

REVISTA | MAGAZINE

IPH

14

INSTITUTO DE
PESQUISAS
HOSPITALARES
ARQUITETO
JARBAS KARMAN

ESPECIAL CENTENÁRIO
JARBAS KARMAN



Revista IPH

Edição Nº14

Segundo Semestre de 2017

Conselho Editorial

Fabio Bitencourt

Jorgeny Catarina Gonçalves

Marilena Pacios

Ricardo Karman *diretoria@iph.org.br*

Editor

Ana Beatriz Bueno Ferraz Costa *revista@iph.org.br*

Expediente IPH

Rita Moraes *secretaria@iph.org.br*

Paulo Mauro Mayer de Aquino *paulomauro@iph.org.br*

Erick Vicente *erick@iph.org.br*

Revisão e Versão

Marina Aun

ISSN 2358-3630 *digital*

ISSN 1519-14-51 *impresso*

Endereço para correspondência

IPH - Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman

Rua Vargem do Cedro, 74 – Sumaré

CEP.: 01252-050

São Paulo, SP

Tel. (11) 3868-4830

E-mail: *revista@iph.org.br*

Endereço eletrônico: *www.iph.org.br/revista*

Editorial	3
Quando a ventilação natural saiu de moda nos hospitais	4
Planos Diretores para hospitais nos dias de hoje	7
Normas de Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde no Brasil	21
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: patrimônio arquitetônico hospitalar	39
A Influência da Arquitetura para Promoção da Hotelaria Hospitalar e Humanização	48
O hub de saúde	58

Em 13 de abril de 1917, nascia Jarbas Bela Karman, em Campanha, MG, Brasil, idealizador do IPH, que hoje o homenageia com uma nova edição da Revista IPH. É também um tributo ao seu espírito independente e crítico. Jarbas Karman não poupava esforços na busca por soluções criativas aos inúmeros desafios que sempre confrontaram os hospitais de qualquer época. Atenta à essa cultura de excelência implantada por seu fundador, a presente edição da Revista IPH aprofunda e atualiza importantes discussões sobre as inquietações e os problemas enfrentados pelos hospitais contemporâneos.

Assim, a **Revista IPH 14 - Especial Centenário de Jarbas Karman** buscou congregar nomes já consagrados na área e suas expertises. O Arquiteto Jonas Badermann fala sobre “Planos Diretores para hospitais nos dias de hoje”; o texto do Prof. Dr. Antonio Pedro faz uma revisão das Normas de Arquitetura para estabelecimentos assistenciais de saúde, buscando aprofundar as discussões que vêm ocorrendo atualmente sobre a revisão da RDC 50; o artigo do Prof. Me. Evandro Pereira da Silva desenvolve o histórico da arquitetura da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo apontando a importância de se conhecer a história da arquitetura da saúde; a especialista em Hotelaria Hospitalar, Ana Augusta Blumer, traz a importância da hotelaria para a construção da tão falada “humanização”. Há ainda a tradução do texto da pesquisadora americana Jeanne Kisacky, inédito em português, que traça um interessante e breve histórico sobre ventilação e iluminação nos edifícios hospitalares americanos desde o século 18 até os dias atuais.

Neste número, lamentamos a perda e homenageamos o arquiteto italiano Romano del Nord que, sempre generoso e competente, provia de materiais e boas conversas os interessados em projetos de saúde. Na edição de maio de 2014 da **Revista IPH** você pode ler o artigo “Futuras Tendências para o Desenho do Ensino e da Pesquisa Hospitalar”, escrito por ele especialmente para o IPH.

Esperamos que esta edição possa servir de fonte de informação e reflexão para todos aqueles que trabalham na área da saúde. Lembramos que a Revista IPH mantém sua política de total abertura para contribuições.

Quando a ventilação natural saiu de moda nos hospitais

Como os hospitais foram de resorts de luxo para caixas sem janelas

Jeanne Kisacky

Na edição de março de 1942 da revista *Modern Hospital*, Charles F. Neergaard, um proeminente consultor hospitalar da cidade de Nova Iorque, publicou um *layout* do setor de internação que era tão inovador que ele registrou os direitos autorais do desenho. O plano apresentava duas unidades de enfermagem - grupos de quartos supervisionados por uma única equipe de enfermagem - numa única ala da construção. Para cada unidade, um corredor dava acesso a uma fileira de pequenos quartos ao longo de uma parede exterior e para uma área de atendimento compartilhada entre os dois corredores. Qual a característica que tornou essa planta tão inovadora - e, portanto, arriscada? Ela incluía quartos que não tinham janelas.

Hoje em dia, dificilmente um quarto sem janela seria considerado inovador, mas nos idos de 1940 era uma proposta chocante para uma ala de pacientes. Ela violava um entendimento duradouro do que deveria ser exatamente o papel do edifício hospitalar enquanto promotor de saúde.

Por quase dois séculos o planejamento de hospitais embasou seus desenhos numa hipótese fundamental: os espaços hospitalares precisavam de acesso direto à luz solar e ao ar fresco para se manterem livres de doenças e com ambiente saudável. Essa regra foi produto de crenças centenárias de que as doenças poderiam se espalhar ou seriam diretamente causadas por espaços estanques e escuros onde se acumulava o ar ruim, fétido, viciado, parado e carregado de partículas.

Ao final do século 18, essa correlação era estatisticamente correta. As epidemias sempre atingiram com mais força os moradores dos distritos urbanos empobrecidos e superpovoados do que os habitantes de vizinhanças mais ricas e arejadas. Os pacientes sofriam com infecções cruzadas e infecções secundárias com maior frequência nos grandes hospitais urbanos do que aqueles de hospitais em cidades pequenas ou rurais. Era conhecimento comum que ambientes sem janelas não causavam diretamente as doenças, eles criavam as condições que levavam às doenças.

Dada essa correlação, antes do século 20, todo quarto de hospital tinha, usualmente, acesso ao exterior. Os corredores tinham janelas. Os armários de rouparia tinham janelas. Em alguns hospitais, até dutos, gabinetes de encanamentos, de esgoto, e os espelhos das escadas chegavam a ter janelas. As janelas nos quartos e nas salas de cirurgia eram tão grandes que o brilho causava problemas - deixando pacientes acordados e gerando cegueira temporária em cirurgões durante as operações.

Ao final do século 19 e início do século 20, ocorreram avanços teóricos na medicina e as práticas se alteraram, mas não ofuscaram a fé nas janelas. Com o desenvolvimento da teoria sobre os micróbios, luz e ar fresco tinham novos propósitos. Experimentos comprovavam que a luz ultravioleta era germicida. Assim, janelas de vidro transparente, ou até mesmo vidros especiais - os "vita-glass" - que não bloqueavam os raios UV - eram formas de descontaminação de superfícies.

Do mesmo modo, os registros dos sanatórios para tuberculosos provavam que a simples exposição ao ar fresco poderia ser curativa. Os edifícios hospitalares eram em si mesmos uma forma de terapia. Numa edição de 1940 da

revista de arquitetura *Pencil Points*, Talbot F. Hamlin apontava confiantemente que “a qualidade do ambiente ao redor de uma pessoa doente pode ser tão importante para cura quanto as próprias medidas terapêuticas específicas”.

Mas os ambientes circundantes eram importantes parcialmente, por conta de quem ia aos hospitais. De fato, até o final do século 19, o tratamento médico não era a razão para ir a um hospital - a pobreza era. A grande maioria dos pacientes dos hospitais do século 19 eram casos de caridade - pessoas doentes que não podiam pagar por um médico em casa, que não tinham familiares para cuidar deles e que não tinham outro lugar para ir. Um paciente ocupava a mesma cama na enfermaria que abrigava algo entre seis a trinta pacientes. Enfermeiras proviam comida, trocavam bandagens, limpavam e trocavam os lençóis, mas ofereciam muito pouco em termos de tratamento efetivo. O hospital escrupulosamente limpo, brilhante e com ambientes arejados era o antídoto para os ambientes habitacionais originários dos empobrecidos pacientes.

No entanto, a população hospitalar mudou nas primeiras décadas do século 20. Avanços médicos, crescimento urbano e transformações na filantropia transformaram os hospitais em um novo tipo de instituição onde pessoas de todas as classes iam para obter o tratamento de ponta. Anestesia e assepsia tornaram as cirurgias em hospitais não somente mais seguras, mas também mais suportáveis. Novos equipamentos, como máquinas de raios-X, oftalmoscópios e cardiogramas, melhoraram as opções de diagnóstico e de terapias. Técnicos de laboratórios bacteriológicos podiam identificar patógenos com uma precisão nunca antes sonhada na era anterior de diagnósticos por sintomas. No início do século 20, o que acontecia nos hospitais estava cada vez mais ligado aos procedimentos médicos e à eficiência de fluxos de trabalho, e não mais ao ambiente ostensivamente salutar em si mesmo.

Essas mudanças tornaram evidentes as limitações dos projetos “terapêuticos” anteriores. A fim de fornecer uma janela para cada quarto, os edifícios não poderiam ser mais largos do que a profundidade de dois quartos e isso, inevitavelmente, requeria longas e estreitas alas. Tais estruturas desconexas não só eram caras de construir, mas também caras para aquecer, iluminar e prover com água; eram ineficientes e demandavam trabalho intensivo na sua operação. A comida chegava fria aos pacientes após ser transportada de uma cozinha central distante; pacientes que precisavam ser operados eram trasladados por vários prédios até chegarem ao conjunto cirúrgico.

Assim, projetistas de hospitais passaram a organizar profissionais, espaços e equipamentos em um desenho mais eficiente. As palavras de ordem passaram de “luz” e “ar” para “eficiência” e “flexibilidade”. A ênfase em eficiência rapidamente tomou de assalto as áreas de atendimento do hospital, estudos de tempo e movimento determinaram *layouts* e localização de cozinhas, lavanderias e centrais de esterilização. Espaços de diagnóstico e tratamento foram redesenhados para permitir o movimento eficiente, mas septicamente seguro, de pacientes, enfermeiras, técnicos e suprimentos. Porém, num primeiro momento, deixou o design da internação inalterado.

Projetistas e médicos temiam que áreas para pacientes desenhadas com foco na eficiência não seriam salubres, iriam prolongar tratamentos, impedir a recuperação ou até causar a morte. Numa edição de 1942 da revista *Modern Hospital*, Lt. Wilber C. McLin considerava “impensável considerar as possibilidades de aplicar estudos de tempo e movimento aos métodos de atendimento direto ao paciente”. Internações permaneceram como o templo sacrossanto do ar e da luz.

Assim sendo, a partir dos anos 1940, a maior parte dos edifícios hospitalares eram uma estranha mistura de espaços de tratamento médico eficientemente organizados e unidades de internação ineficientes. As enfermeiras caminhavam penosamente para cima e para baixo de longos salões que abrigavam 20 ou mais pacientes, ou de longos corredores duplamente carregados que conectavam salas menores (de seis, quatro ou duas camas) e quartos privativos. As áreas de serviço ficavam na extremidade dessa caminhada, pegar até mesmo o mais básico dos suprimentos significava uma longa caminhada. Pedômetros provaram que a distância percorrida por dia seria melhor contada em quilômetros, algumas enfermeiras andavam em torno de 12 a 16 km por turno. Em 1939, um

proeminente médico da Filadélfia, Dr. Joseph C. Doane, observou laconicamente: “aparentemente, alguns hospitais são planejados com a teoria errada de que as enfermeiras caminham por longínquas áreas de serviço para camas distantes sem incorrer em fadiga”.

Esse foi o dilema do projeto que confrontou Neergaard, uma estrela iconoclasta na novíssima profissão de “consultor hospitalar” (médicos que aconselhavam comitês de construção e arquitetos na melhor prática). Ele propunha a racionalização da unidade de enfermagem, mantendo as janelas nos invioláveis quartos dos pacientes, mas priorizando eficiência em vez de acesso direto à luz e ao ar fresco nas áreas de serviço adjacentes. Seu planejamento permitia duas unidades de enfermagem¹ diferentes compartilhar a mesma central de atendimento sem janelas, reduzindo a redundância espacial.

Neergaard calculou que seu “projeto de pavilhão duplo” exigia apenas dois terços da área construída do que o *layout* tradicional da unidade de enfermagem. Ele também aproximou as salas de atendimento dos quartos dos pacientes, reduzindo drasticamente as viagens diárias das enfermeiras. Seu desenho foi a primeira incursão a tratar o hospital como se fosse qualquer outro prédio. A estrutura era uma ferramenta facilitadora do fornecimento de atendimento médico, e não mais uma terapia em si mesma.

Neergaard sabia que suas ideias seriam polêmicas. Em 1937, sua apresentação na convenção da Associação Americana de Hospitais (American Hospital Association) impeliu os proeminentes arquitetos de hospitais, Carl A. Erickson e Edward F. Steven, a saírem de um comitê para não parecerem apoiadores das propostas de Neergaard. Um notável arquiteto de hospitais chamou o projeto de pavilhões duplos de “essencialmente uma favela”.

Entretanto, as ideias de Neergaard venceram. O aumento de custos e a queda das fontes de receita fizeram com que a redução dos orçamentos de construção e operação se tornassem um imperativo financeiro. O desenho centralizado reduziu o volume de despesas com a construção de paredes exteriores, facilitou a centralização do atendimento e diminuiu o número de enfermeiras ao reduzir as distâncias. Nos anos 1950, com o advento dos antibióticos e a melhoria das práticas assépticas, os médicos também acreditavam que a saúde do paciente poderia ser mantida independente do projeto do quarto. Alguns médicos até preferiam o controle ambiental total oferecido pelo ar-condicionado, pela central de aquecimento e pela luz elétrica. Janelas não eram mais necessárias para um hospital saudável e, entre os anos 1960 e 1970, surgiram até mesmo quartos de pacientes sem janela.

Os edifícios eficientes, desumanos e monótonos da segunda metade do século 20 testemunham até que ponto o projeto hospitalar se tornou uma ferramenta para facilitar a medicina, em vez de uma terapia. Hoje, uma estadia num quarto de hospital é suportada, não apreciada.

O pêndulo, no entanto, ainda se move. Em 1984, o arquiteto de hospitais Roger Ulrich publicou um artigo que tinha uma descoberta clara e influente: pacientes em quartos com janelas melhoravam numa taxa mais rápida e em maior porcentagem do que pacientes em quartos sem janelas.

Notas

1. Unidades de enfermagem são grupos de pacientes supervisionados por uma enfermeira.

Planos Diretores para hospitais nos dias de hoje

Arq. Jonas Badermann de Lemos

O hospital compõe-se de um edifício que abriga uma variedade de funções, sendo considerado o espaço mais dinâmico da sociedade contemporânea. Administrá-lo constitui um grande desafio, considerando os inúmeros serviços e a diversidade de funções que são exercidas em seu interior. Nesse edifício, encontram-se conjugados desde hotel, laboratório, lavanderia, farmácia até restaurante. Nele, deve-se praticar uma gestão administrativa qualificada e a assistência deve respeitar protocolos rigorosos; os padrões de relacionamento interpessoal são diferenciados, a educação continuada ocorre cotidianamente. Ali, encontra-se uma complexidade de tratamentos e uma complexidade de pacientes, cada qual com sua patologia específica, dirigindo-se ao hospital em busca de saúde, seja para a manter ou para a recuperar. Além disso, os que frequentam o hospital, desde pacientes até os que trabalham ali, apresentam uma diversidade de formação e de nível de instrução, como por exemplo, médicos, enfermeiros, administradores, fornecedores, farmacêuticos, auxiliares gerais, técnicos de manutenção etc., o que dificulta o estabelecimento de perspectivas profissionais. Por último, e nem por isso de menor importância, o hospital lida com temas críticos humanos, entre eles, saúde, doença, morte, nascimento, medo, crenças, em suma, lida com o psicológico e o subjetivo, justamente com os aspectos que demandam autocontrole emocional.

Nos últimos anos, os hospitais sentiram a necessidade de se adequarem ao novo perfil do usuário. Ele tornou-se mais exigente e com expectativas igualmente mais definidas como resultado da evolução tecnológica acelerada, do melhor nível instrucional e do maior acesso à informação. A relação entre prestadores de saúde e pacientes reflete essa nova realidade na medida em que é pressuposta maior qualidade na prestação dos serviços. Soma-se a isso o fato de o número de pacientes que dispõem de planos de saúde ter aumentado nos últimos anos, o que obrigou os hospitais a se reformularem e ampliarem seus espaços.

Esse processo de mudança e atualização está estampado de forma clara nas normas brasileiras, perceptível, entre outros aspectos, na evolução da complexidade dos hospitais. Ao acompanharmos os Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia que atende pacientes externos e internos, por exemplo, verificamos um crescimento espantoso. A Portaria 400, de 6 de dezembro de 1977, no capítulo 5, que trata da Unidade de Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento, concebe poucas unidades comparativamente ao mesmo grupo na atual norma em vigência, evidenciando a pouca tecnologia empregada há quatro décadas. No caso dos exames de imagens, o aparelho de RX espelhava toda a tecnologia empregada na época.

As unidades descritas eram as seguintes:

- Unidade de Fisioterapia;
- Unidade para Hemoterapia;
- Unidade de Patologia Clínica;
- Unidade de Anatomia Patológica;
- Unidade de Radiologia Clínica;
- Unidade de Eletrocardiografia e
- Dispensário para Medicamentos.

Observa-se igualmente nessa norma de 1977 a ênfase na área total construída de um mínimo de 45 m²/leito para hospitais gerais de até 150 leitos. Hoje, deve-se considerar duas ou mesmo três vezes essa área. Especificamente para a Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento, a recomendação era de 12 m²/leito. Atualmente, a área destinada aos serviços desse grupo não guarda relação de proporcionalidade com o número de leitos, e sim com o perfil assistencial, expandindo-se ao perfil comercial da organização de saúde, ultrapassando, em muitos casos, aquela área recomendada na norma de 1977 e que condicionava o partido arquitetônico.

Em 11 de novembro de 1994, foi publicada a Portaria 1884, que incluiu muitos outros serviços naquele grande grupo dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. Ficava assim comprovado o avanço tecnológico e o consequente espaço aberto à sua incorporação nos hospitais. Além das unidades acima descritas, foi criada a Unidade de Imagenologia, que passou a incorporar os exames de ultrassonografia, de ressonância magnética e de exames radiológicos através dos resultados de estudos fluoroscópicos ou radiográficos. São eles obtidos por meio da radiologia cardiovascular ou por meio da tomografia. Incluiu-se, em relação aos exames de traçados gráficos, os exames de ecocardiograma, ergometria, fonocardiograma, eletroencefalograma etc. As atividades de Medicina Nuclear, Radioterapia, Quimioterapia e Diálise também foram incorporadas. Outro aspecto considerado na Portaria 1884 que comprova o avanço tecnológico foi o de agrupar o programa do Centro Cirúrgico junto aos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia. A evolução das técnicas cirúrgicas fez surgir o conceito de cirurgia ambulatorial, cujos pacientes ficam em observação de 12 a 24 horas e não necessitam de internação. Assim, o tratamento ambulatorial foi ampliado com o suporte das diversas equipes do hospital e houve, por conseguinte, a incorporação de outras áreas da medicina, originando o conceito de “Hospital-dia”. Os hospitais, então, passaram a receber progressivamente pacientes que não internam, os chamados pacientes externos, de permanência curta, no máximo 24 horas, e que recebem cuidados semelhantes aos dos internados ao realizarem procedimentos diagnósticos, terapêuticos e infusões.

A Resolução – RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2002, que substituiu a Portaria 1884, avançou pouco no que se refere às novas tecnologias. Nela, vale destacar a incorporação do programa de oxigenoterapia hiperbárica.

Atualmente, ao confrontarmos a norma brasileira com as técnicas assistenciais praticadas nos hospitais e a utilização de novas tecnologias, percebemos um desajuste e uma necessidade de modernização. A norma não corresponde a inúmeros processos praticados e, à vista disso, conduz obrigatoriamente a uma prática de planejamento normativo desatualizada. Nesse momento em que se discute a revisão da RDC 50, cabe a reflexão a respeito de seu caráter. Que instrumento normativo deverá se estabelecer? Aquele que dá margem a adaptações e transformações cotidianas ou aquele que determina atividades, programas, áreas e dimensões, anulando a correlação arquitetônica com os novos processos? Aquele que corresponde ao planejamento estratégico e é flexível ou aquele que corresponde ao planejamento normativo com regras inflexíveis e que impede os avanços? Não se pode esquecer que o programa de necessidades sofre constantes alterações e que os processos são constantemente avaliados. Na busca da qualidade total, a arquitetura e as instalações em geral são rapidamente modificadas. A complexidade do aspecto funcional dos hospitais exige a prática de planejamento estratégico esteado pela permanente discussão e análise, cujo foco é a valorização do paciente e dos processos assistenciais. Observa-se, dessa maneira, que o exercício da arquitetura hospitalar pressupõe um preparo profissional que extrapole a simples composição formal e programática de um edifício, exigindo do arquiteto um conhecimento específico, abrangente, circunstanciado e atualizado.

A incorporação tecnológica à área da saúde, tendo em vista a perspectiva coletiva e as implicações médicas, econômicas, sociais e éticas, possui grande valor transformador para os hospitais e provoca uma ruptura no modelo médico-hospitalar tradicional (SILVA, 2011). Atuar no âmbito da saúde deixou de ser “manual-artesanal” para fazer uso da tecnologia à disposição, remodelando, assim, a configuração do fazer saúde em suas várias ligações profissionais que se inter cruzam no meio hospitalar. Consequentemente, o edifício deve adaptar-se aos novos processos. São necessárias constantes reformulações e ampliações que correspondam às evoluções tecnológicas e humanas. Os prédios devem ser progressivamente ajustados às estratégias da instituição, à facilidade dos processos assistenciais, aos custos operacionais, às facilidades de manutenção, ao consumo de água e à eficiência energética. A arquitetura, em vista disso, ganha outro enfoque e participa decisivamente do processo de recuperação dos pacientes, correspondendo aos atuais resultados dos estudos da Arquitetura Baseada em Evidências (Evidence Based Design), a qual ratifica o impacto positivo em pacientes e funcionários de elementos como a

ventilação natural, a incidência de luz natural nos espaços interiores, as vistas às áreas externas e as “distrações positivas”. Por distrações positivas entendem-se aquelas ações promovidas pelos hospitais que provocam sensações positivas nos pacientes, desviando a atenção de seus aspectos físico-emocionais por meio de, por exemplo, música, exposições de arte, teatro, convívio social e com animais de estimação etc.

Os hospitais, paulatinamente, transformam-se em centros de alta tecnologia, capazes de desempenhar funções pendulares, ou seja, de um lado as funções que mantêm as pessoas saudáveis, por meio de exames diagnósticos e tratamentos de prevenção e, de outro, as de assistir pacientes em estado crítico que necessitam das mais avançadas tecnologias para sobreviver. Ao mesmo tempo, os hospitais devem estar integrados à rede de saúde de uma localidade, região e país, comportando-se como centros de referência norteados por estratégias de qualidade total e praticando atividades permanentes de investigação, avaliação de processos e de retroalimentação.

A atual gestão hospitalar tem algumas características diferentes daquelas do passado, uma vez que os hospitais, hoje, são concebidos como empresas prestadoras de serviços de saúde em disposição permanente para atender a todas as expectativas e demandas de um cliente - o paciente - e preparadas para operar em um mundo de competência e qualidade (MALAGÓN-LONDOÑO, 2000). Essa competência deve ser estabelecida sobre os seguintes pilares: planejamento, organização, satisfação do trabalhador, orçamento, avaliação de gestão, disponibilidade de retroalimentação e ética.

O planejamento estratégico, assim, adquire importância relevante: consiste num processo de elaboração e execução de estratégias organizacionais para buscar a inserção da organização e de sua missão no ambiente em que atua. Ele assume papel determinante, pois representa um curso de ação escolhido pela organização a partir da premissa de que uma futura e diferente posição poderá oferecer ganhos e vantagens em relação à situação presente. Mudar é uma questão de sobrevivência para as organizações. É o processo de planejamento estratégico que vai conduzi-las ao desenvolvimento e formulação de ações que assegurem sua evolução continuada e sustentável (CHIAVENATO; SAPIRO, 2010).

Ao se iniciar o desenvolvimento de um Plano Diretor, o planejamento estratégico corresponde à primeira etapa. No primeiro momento, deve-se definir claramente a razão de existir de um hospital, pois as organizações têm uma razão de ser, um objetivo, uma missão, que é a síntese operativa de sua natureza e seus valores centrais. A razão de existir de um hospital resume-se ao seu comprometimento com a sociedade em cinco pontos: o que faz, por que faz, onde faz, para quem faz e como faz. Infelizmente, não é o que normalmente se observa nas organizações de saúde. As soluções de problemas pontuais, todavia, predominam e abarrotam o sistema com respostas inadequadas que, em muitos casos, comprometem a organização sob o ponto de vista funcional. Esta situação é frequentemente visível em relações de vínculo incorretas entre as unidades e uma organização circulatória, estabelecendo um crescimento desorganizado que não observou uma visão sistêmica de planejamento. O Plano Diretor Hospitalar, portanto, é peça indispensável no planejamento da organização e é fundamental em dois momentos: primeiro para a reorganização físico-funcional de um hospital existente e, segundo, por ocasião do desenvolvimento do projeto arquitetônico de um novo hospital.

Nesses dois momentos, o planejamento arquitetônico físico-funcional é necessário para reger a evolução do trabalho por meio de uma metodologia que possa ser aplicada em ambas as situações.

Num hospital existente, o sistema de informação permite conhecer rapidamente conteúdos relacionados às atividades administrativas e às de assistência médica assistencial. Esses dados tornam possível identificar o ambiente epidemiológico no qual a organização se encontra e auxiliam, por conseguinte, na eventual alteração de rumo que será proposta no Plano Diretor. Será ele a definir os tipos de intervenções a serem realizadas com base na evolução da capacidade existente, no estado das instalações da infraestrutura e nas projeções de demanda dos serviços. Será o Plano Diretor o responsável pelos redimensionamentos e possíveis ampliações com as qualificações necessárias, sempre prezando a redução de riscos.

Planejamento de um Plano Diretor Hospitalar em uma organização existente – Etapas e Objetivos:

Etapa	Correspondência	Objetivos
I. Análise	Planejamento estratégico	Entender a missão do hospital e as estratégias relacionadas aos interesses sociais e comerciais.
	Epidemiologia loco regional	Estudar a população de usuários e suas características culturais, socioeconômicas, as tendências de morbidade, a demografia, nascimentos e mortalidade. Estudar as projeções populacionais e as taxas de envelhecimento. Entender a situação de referência e contrarreferência de pacientes.
	Estrutura assistencial loco regional	Estudar a rede assistencial (atenção básica, ambulatorial e hospitalar), nº de estabelecimentos, nº de profissionais especializados, equipamentos e financiamentos. Observar futuras tecnologias que poderiam ser incorporadas aos serviços.
	Imagem da organização	Apreender a imagem que os pacientes, clientes e colaboradores têm em relação à organização.
	Infraestrutura	Verificar o estado de conservação e obsolescência da infraestrutura existente como elétrica, lógica, hidrossanitária, de combate a incêndios, de climatização e exaustão, de gases medicinais, de eficiência energética, de tratamento de efluentes etc.
	Aspectos arquitetônicos	Analisar a situação existente dos aspectos funcionais, sociais e culturais e suas manifestações espaciais, acessibilidade, contiguidade entre as unidades/serviços e suas relações funcionais, organização circulatória, acessos externos, controles e recepções, distribuição de refeições e suprimentos, aspectos de flexibilidade, obsolescência da edificação e aspectos de humanização. Analisar os processos das atividades que condicionam a planta arquitetônica.
II. Diagnóstico	Elaboração do Relatório Diagnóstico Arquitetônico e de Infraestrutura	Verificar a correspondência arquitetônica da proposta assistencial e comercial. Comparar a programação físico-funcional normativa necessária e obrigatória com a situação existente. Indicar os conflitos. Elaborar diagnóstico de infraestrutura.

III. Prognóstico	Elaboração do Plano Funcional	Determinar os serviços que são necessários para o funcionamento do hospital e os que deverão ser incorporados ao programa de necessidades com a projeção de demanda conforme o planejamento estratégico. Verificar o modelo de gestão do EAS e do número de colaboradores. Determinar as atribuições e a listagem das atividades do Estabelecimento Assistencial de Saúde conforme RDC nº 50 e os processos praticados. Elaborar o Programa de Necessidades e quadro de áreas. Verificar o Programa de Equipamentos Biomédicos e suas características espaciais, de instalação e de consumo energético.
IV. Plano Diretor Hospitalar	Elaboração do Plano Mestre Diretor Hospitalar	Sintetizar o Plano Funcional em Relatório Prognóstico e considerá-lo na solução arquitetônica da organização através de plantas esquemáticas bi ou tridimensionais. Propor novo zoneamento, se necessário, considerando o terreno, os acessos, as relações intersetoriais, a organização circulatória e os aspectos de eficiência energética. Indicar possibilidade de futuras ampliações. Representar a solução arquitetônica final.

Observa-se na tabela acima a introdução de um conceito internacionalmente utilizado denominado *Plano Mestre Diretor Hospitalar*, que corresponde à síntese de todos os aspectos necessários ao funcionamento de um hospital - não somente os arquitetônicos, mas também os organizacionais, de gestão, além dos de infraestrutura do edifício.

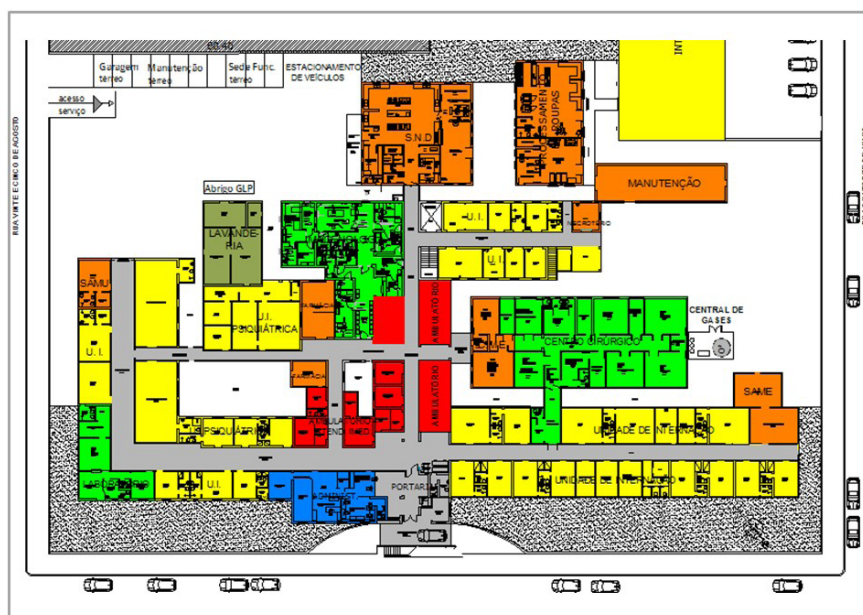


Figura 1 – Caso 1 – Plano Mestre Diretor Hospitalar para um hospital existente – Planta baixa com o zoneamento existente das unidades funcionais. Fonte: Badermann Arquitetos, 2015.

A	- Definir a vocação do hospital: BUSCA POR REFERÊNCIAS MICRORREGIONAIS E ALTA COMPLEXIDADE - CENTRO CIRÚRGICO - UTI - ADULTO - AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES	F	- Qualificar as instalações de Obstetrícia e Centro Cirúrgico, prevendo novo dimensionamento para demanda futura. NOVO CENTRO CIRÚRGICO E CENTRO DE PARTO NORMAL ANEXO.
B	- Ampliar as instalações de Portaria SEPARAR FLUXO DE PACIENTES A INTERNAR E EXTERNOS DO ATEND. IMEDIATO.	G	- IMPLANTAR A UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO - U.T.I. ADULTO COM 10 LEITOS
C	- Reorganizar os fluxos internos: UNIDADES DE INTERNAÇÃO, PACIENTES EXTERNOS E INTERNOS, APOIOS E ABASTECIMENTO.	H	- Qualificar unidades de internação E IMPLANTAR NOVAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO, ATINGINDO 174 LEITOS
D	- Ampliar e Reposicionar o serviço de Atendimento Imediato TORNÁ-LO AUTÔNOMO COM ACESSO EXCLUSIVO DE PACIENTES DE URGÊNCIA	I	- Organização de Unidades de Apoio Técnico, Logístico e Administrativo em áreas existentes não passíveis de aproveitamento para Assistência de qualidade
E	- Ampliar e reposicionar o serviço de IMAGENOLOGIA - torná-lo autônomo com acesso para pacientes externos.	J	- Criar estrutura para treinamento e endomarketing: MINIAUDITÓRIO

Figura 2 – Caso 1 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um hospital existente – Resumo do Diagnóstico / Prognóstico. Fonte: Badermann Arquitetos, 2015.



Figura 3 – Caso 1 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um hospital existente - Resumo Gráfico correspondente às etapas de Diagnóstico e Prognóstico. Fonte: Badermann Arquitetos, 2015.

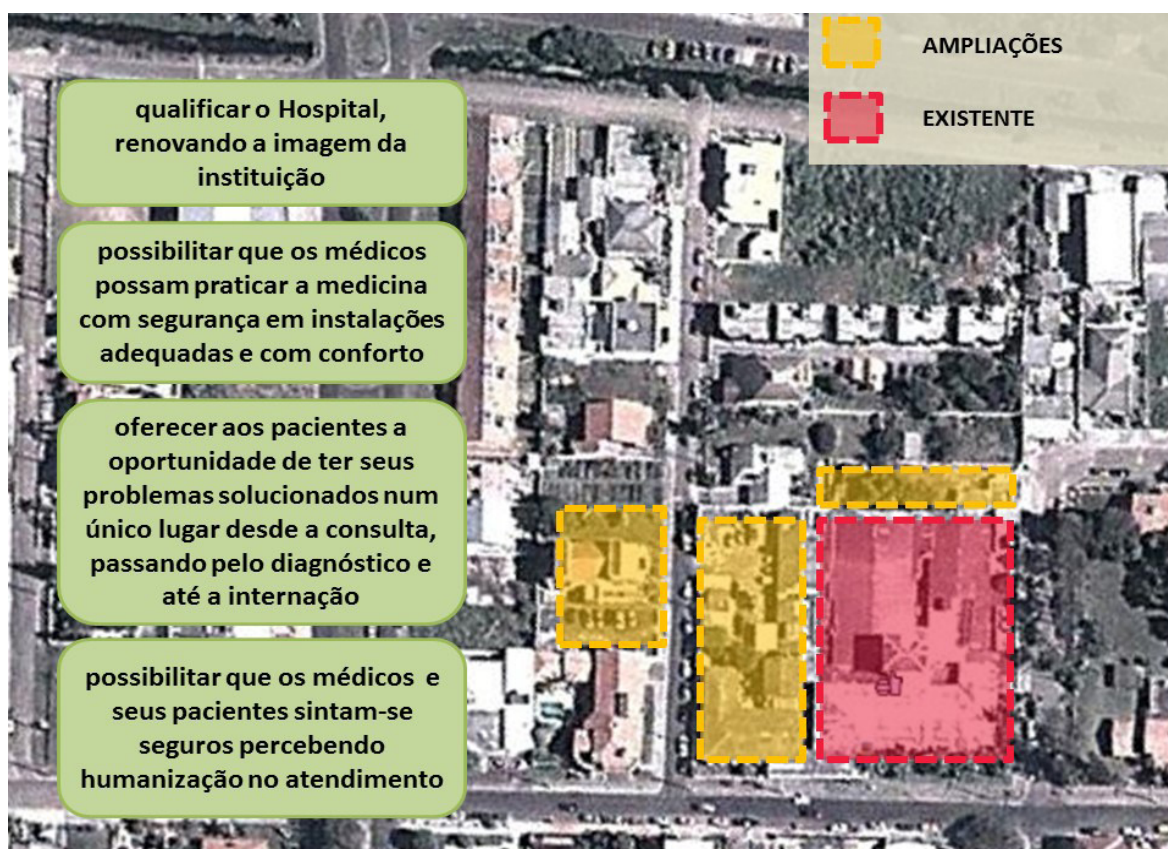


Figura 4 – Caso 2 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um hospital existente - Resumo do Diagnóstico / Prognóstico. Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.

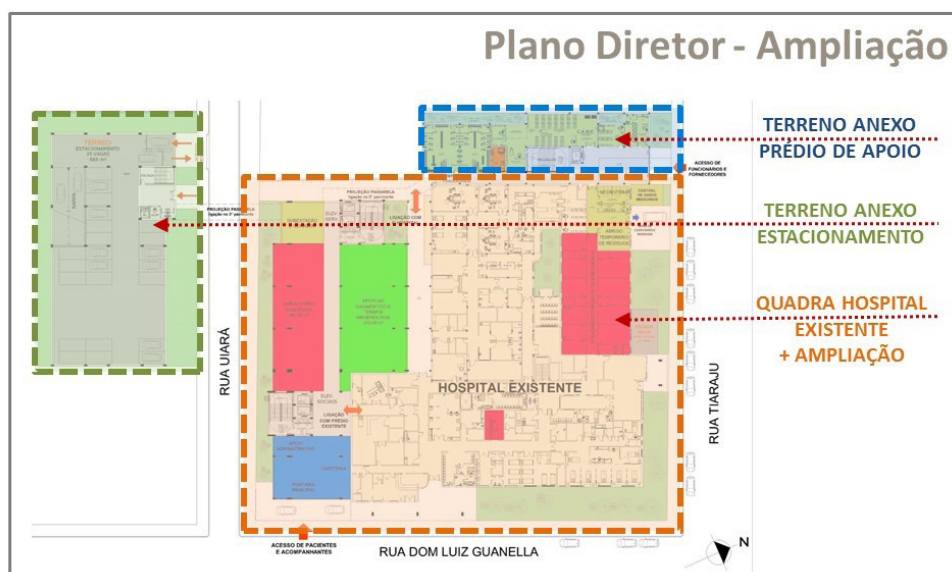


Figura 5 – Caso 2 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um hospital existente – Plano Diretor - Ampliações.
Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.

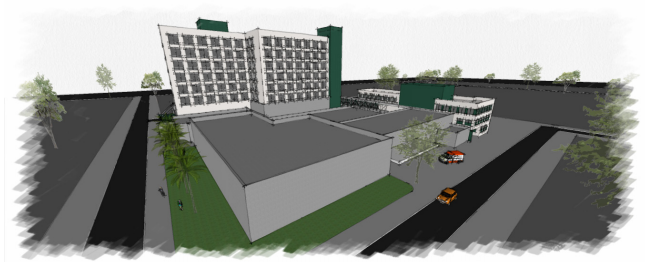
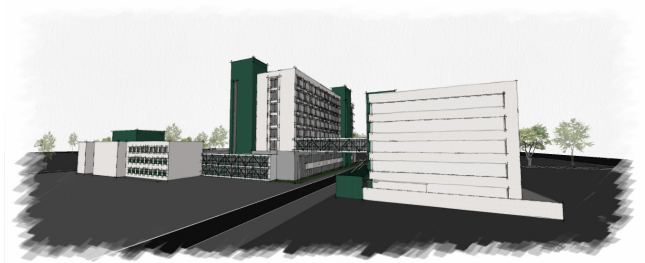


Figura 6 – Caso 2 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um hospital existente
Perspectivas Volumétricas Esquemáticas. Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.

Ao se iniciar um projeto de um novo hospital, exige-se um cuidado maior. Para tanto, todos os dados necessários que determinarão o Plano Mestre Diretor Hospitalar devem ser previamente coletados, sistematicamente analisados e estudados. Deve-se considerar o sítio com seu entorno geográfico e ambiental, a população, a rede de atenção de saúde, a oferta de serviços locais e a demanda de serviços necessários.

Planejamento para o desenvolvimento de um Plano Diretor Hospitalar para uma nova organização – Etapas e Objetivos:

Etapas	Correspondência	Objetivos
I. Análise	Planejamento Estratégico	Conceituar a missão do hospital e as estratégias relacionadas aos interesses sociais e comerciais.
	Epidemiologia loco regional	Estudar a população e sua evolução histórica. As características culturais, socioeconômicas, as tendências de morbidade, a demografia, nascimentos e mortalidade. Estudar as projeções populacionais e as taxas de envelhecimento. Entender a situação de referência e contrarreferência de pacientes.
	Estrutura assistencial loco regional	Estudar a rede assistencial (atenção básica, ambulatorial e hospitalar), nº de estabelecimentos, nº de profissionais especializados, equipamentos e financiamentos. Observar quais tecnologias necessárias e quais poderiam ser incorporadas futuramente aos serviços.
II. Prognóstico	Elaboração do Plano Funcional	Determinar os serviços que são necessários para o funcionamento do hospital e os que deverão ser incorporados ao programa de necessidades com a projeção de demanda conforme o planejamento estratégico. Verificar o modelo de gestão do EAS e a população de colaboradores. Determinar as atribuições e a lista das atividades do Estabelecimento Assistencial de Saúde conforme RDC nº 50. Elaborar o programa de necessidades e quadro de áreas. Verificar o Programa de Equipamentos Biomédicos e suas características espaciais, de instalação e de consumo energético. Conceituar a infraestrutura e o padrão de eficiência energética.

III. Plano Diretor Hospitalar	Elaboração do Plano Mestre Diretor Hospitalar	Sintetizar o Plano Funcional e considerá-lo na solução arquitetônica da organização através de plantas esquemáticas bi ou tridimensionais. Propor o zoneamento, considerando um partido arquitetônico eficiente, o terreno, os acessos, as relações intersetoriais, a organização circulatória e os aspectos de eficiência energética. Indicar possibilidade de futuras ampliações. Representar a solução arquitetônica final.
-------------------------------	---	--

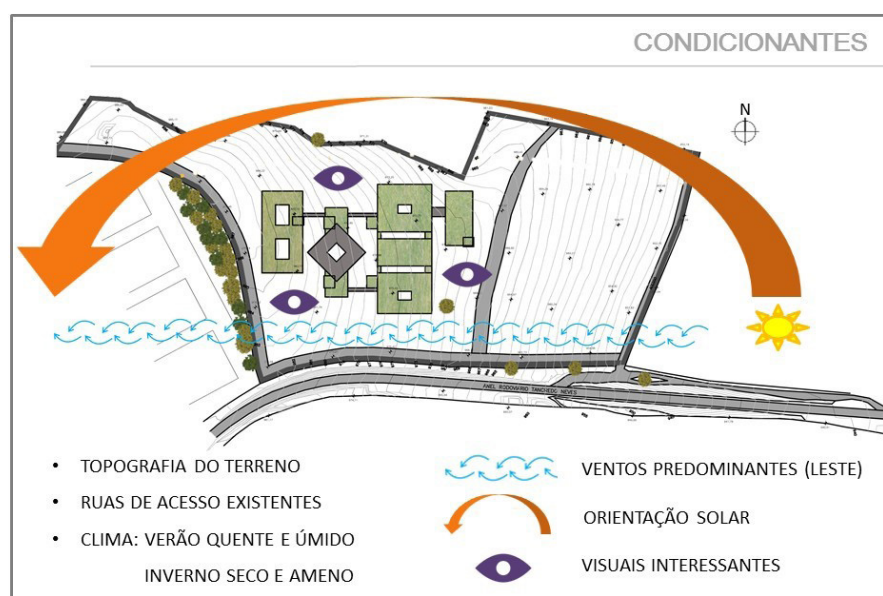


Figura 7 – Caso 3 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um novo hospital – Partido Arquitetônico e Condicionantes. Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.



Figura 8 – Caso 3 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um novo hospital – Partido Arquitetônico e Acessos. Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.

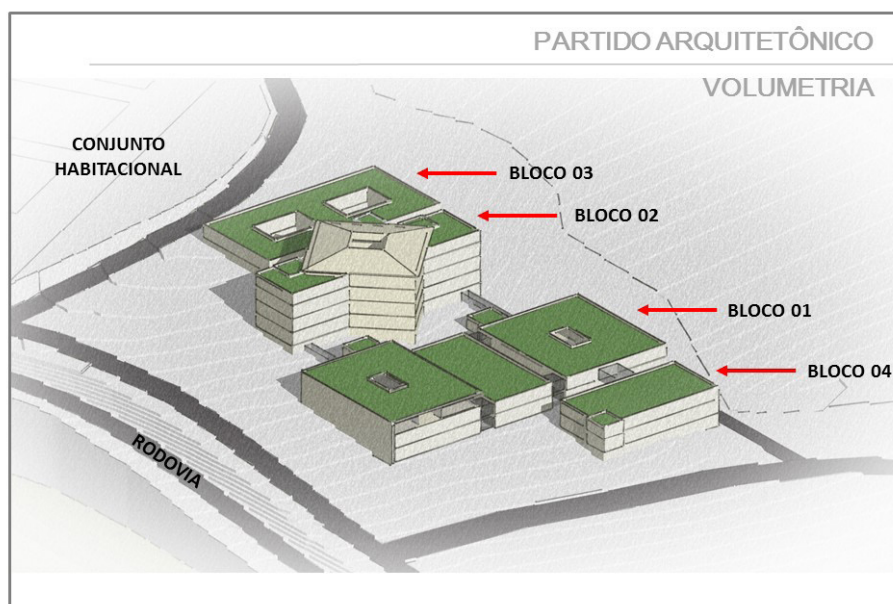


Figura 9 – Caso 3 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um novo hospital – Partido Arquitetônico e Volumetria. Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.

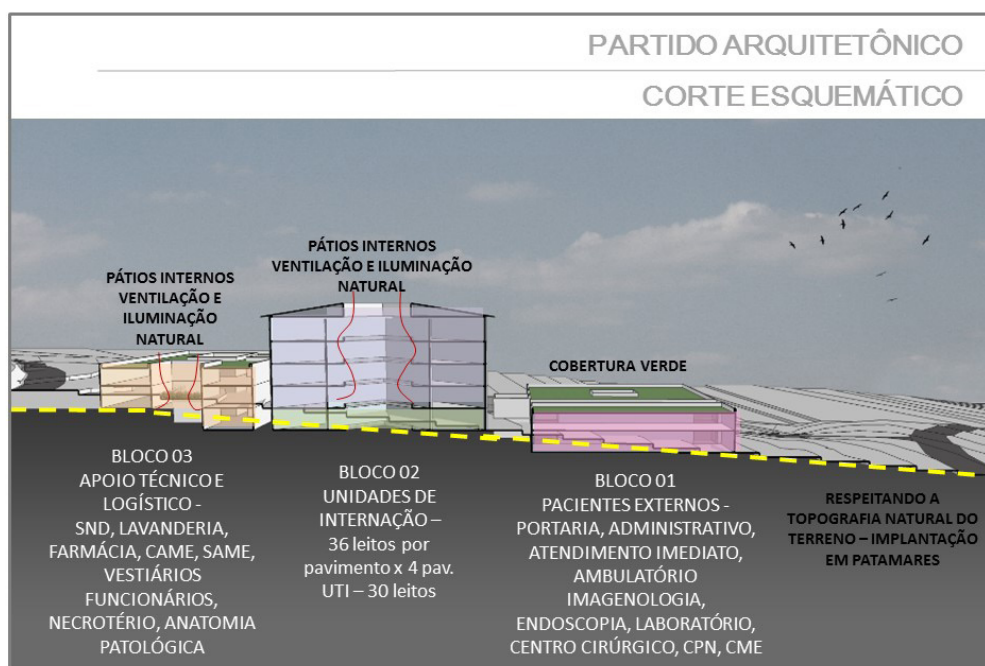


Figura 10 – Caso 3 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um novo hospital – Partido Arquitetônico e Corte Esquemático. Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.

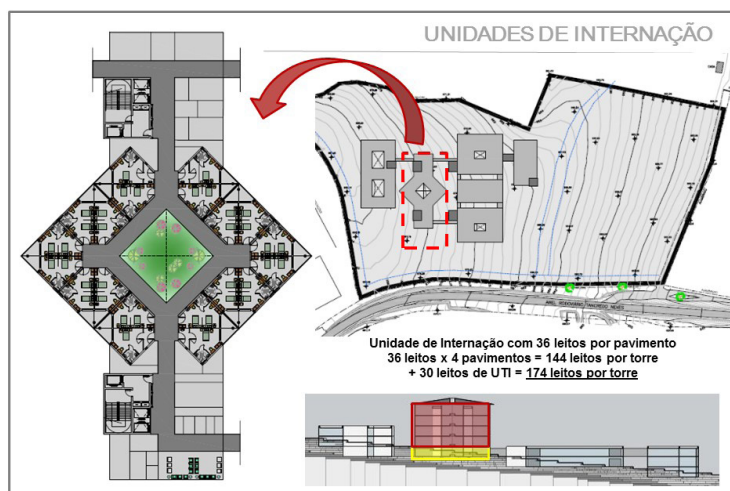


Figura 11 – Caso 3 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um novo hospital – Partido Arquitetônico Unidades de Internação.
 Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.



Figura 12 – Caso 3 - Plano Mestre Diretor Hospitalar para um novo hospital – Implantação em Fases.
 Fonte: Badermann Arquitetos, 2016.

O partido arquitetônico originado no Plano Mestre Diretor é determinante para a eficiência da gestão hospitalar. Recomenda-se minimizar as distâncias relativas ao deslocamento de pacientes, funcionários e abastecimento, considerando as relações funcionais e os vínculos das unidades entre si. Os hospitais crescem e mudam. Por isso, é fundamental, na escolha e conceituação do partido arquitetônico, estabelecer uma organização circulatória eficiente para os fluxos internos e pensar um sistema estrutural racional, além de reservar áreas livres para futuras ampliações. Por sistema estrutural racional, entende-se uma malha que permita que serviços possam ser alterados sem a interferência de vigas e pilares. É importante considerar uma demanda para, pelo menos, dez anos no dimensionamento do programa de necessidades e na sugestão da planta, apesar de todas as indefinições do futuro.

Atualmente, quando pensamos num hospital, não pensamos somente num grupo de médicos e enfermeiros reunidos em postos de enfermagem. Pensamos em organizações de alta complexidade que, além de recuperar as condições físicas dos pacientes, promovem ações coordenadas para manter e conservar a saúde dos indivíduos. Pensamos em centros de alta tecnologia utilizada para o diagnóstico e o tratamento de diversas patologias, onde a docência é praticada e onde a educação continuada é desenvolvida cotidianamente com os colaboradores da organização. Pensamos num lugar onde a administração assume uma relevância no gerenciamento e controle de muitas atividades concentradas e autônomas. Pensamos na infraestrutura disponibilizada para receber a alta tecnologia bem como para a instrução dos profissionais responsáveis por ela. Essa concepção faz-nos perceber que sua organização espacial não se revela tarefa simples e que implica uma multiplicidade de dados, os quais somente serão obtidos com o envolvimento dos vários profissionais especializados. O Plano Mestre Diretor, dessa forma, por não resumir unicamente conceitos arquitetônicos, mas também administrativos, assistenciais, de infraestrutura etc., e para assim corresponder às expectativas gerais dos interlocutores, deve ser pensado de maneira multidisciplinar. Consequentemente, propõe-se a composição de um grupo de trabalho com representantes dos setores gerais do hospital como, p. ex., dos serviços fins, da gestão de pacientes, da administração, do apoio técnico e logístico, e, quando for o caso, da docência e, além disso, dos consultores externos especializados.

O hospital tem a responsabilidade ética de ofertar serviços com qualidade, por isso, deverá propor estratégias de planejamento eficientes que incluem o Plano Mestre Diretor Hospitalar. Ele indicará o rumo arquitetônico que a organização percorrerá, as etapas das obras, os incrementos de infraestrutura e seus financiamentos em conformidade com as decisões políticas e gerenciais.

Um Plano Mestre Diretor Hospitalar criterioso e bem estudado garantirá ao hospital um ambiente harmônico físico e funcional.

Referências Bibliográficas

ALATRISTA, Celso Bambarén; BAMBARÉN, Socorro Alatriza Gutiérrez de. Programa médico arquitectónico para el diseño de hospitales seguros. 1ª ed. Lima: SINCO editores, 2008.

BADERMANN DE LEMOS, Jonas. Planos Diretores para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. In: BITENCOURT, Fabio; COSTEIRA, Elza (org.). Arquitetura e Engenharia Hospitalar. Rio de Janeiro: Rio Books, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. Portaria nº 400 de 6 de dezembro de 1977: Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde. Brasília, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Portaria nº 1884 / GM de 11 de novembro de 1994: Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília, 1994.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002: Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto; SAPIRO, Arão. Planejamento Estratégico. Fundamentos e Aplicações. Da intenção aos resultados. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2010.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo. Generalidades sobre Administração Hospitalar. In: MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón (org.). Administração Hospitalar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.

SILVA, Alceu Alves da. Cenários e Tendências em Saúde. In: ALLGAYER, Cláudio. Org. Gestão e saúde: temas contemporâneos abordados por especialistas do setor. Porto Alegre: Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2011.

VECINA NETO, Gonçalo; MALIK, Ana Maria. Org. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda, 2011.

Normas de Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde no Brasil

Antonio Pedro Alves de Carvalho

O Brasil é um dos países que possuem normas mais avançadas relativamente à Arquitetura Hospitalar. Isto não se trata de algo sem importância, pois se reflete na qualidade do espaço desses serviços.

As normas atuais, no entanto, espelham a resultante de uma evolução lenta, iniciada na década de 1940, com a contratação de arquitetos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), órgão criado no Ministério da Educação e Saúde, que recebeu ajuda americana para o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas essenciais ao esforço de guerra, como a borracha, na Amazônia, e o minério de ferro e a mica no Vale do Rio Doce (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

Ao contrário de leis e decretos, que têm como característica principal o aspecto punitivo e de orientação comportamental, as normas devem se destacar por seu papel didático e de orientação, não possuindo, em si mesmas, o poder repressor. Nesse ponto de vista, as normas de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) não poderão ser analisadas sem a observação das iniciativas de ensino e a divulgação dos conhecimentos nelas contidos.

Não será suficiente a simples confecção e publicação de normas, mas a sua publicidade e contínuo aprimoramento, pois os critérios adotados em certo momento podem, com brevidade, serem superados ou, até, negados. A evolução das normas de infraestrutura em saúde demonstra claramente o forte papel da formação técnica, do ensino e da pesquisa como diretrizes fundamentais.

Desde o estabelecimento dos Padrões Mínimos Hospitais, pelo SESP (BRASIL, 194?), que recebeu inspiração na publicação americana *Elements of the General Hospital* (USA, 1946), até as normas atuais, observa-se o aspecto orientador na elaboração e divulgação desses regulamentos.

No atual momento, em que se discutem modificações nas normas, não será demais ressaltar a necessidade do debate sobre o processo de manutenção normativa constante que deve ser implementado, garantindo o papel formador desse tipo de documento.

Elements of the General Hospital

Pode-se considerar a publicação do Departamento de Saúde Americano, *Elements of the General Hospital* (USA, 1946) (fig.01), como a grande inspiradora dos arquitetos que prestaram serviços ao SESP na elaboração das primeiras orientações sobre o tema.

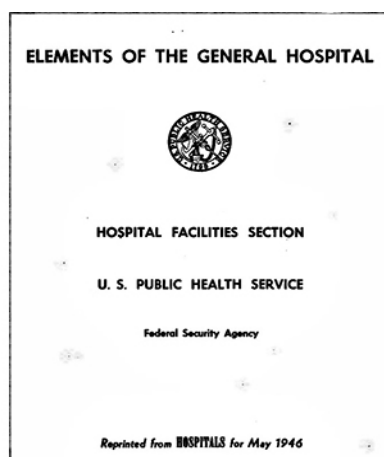
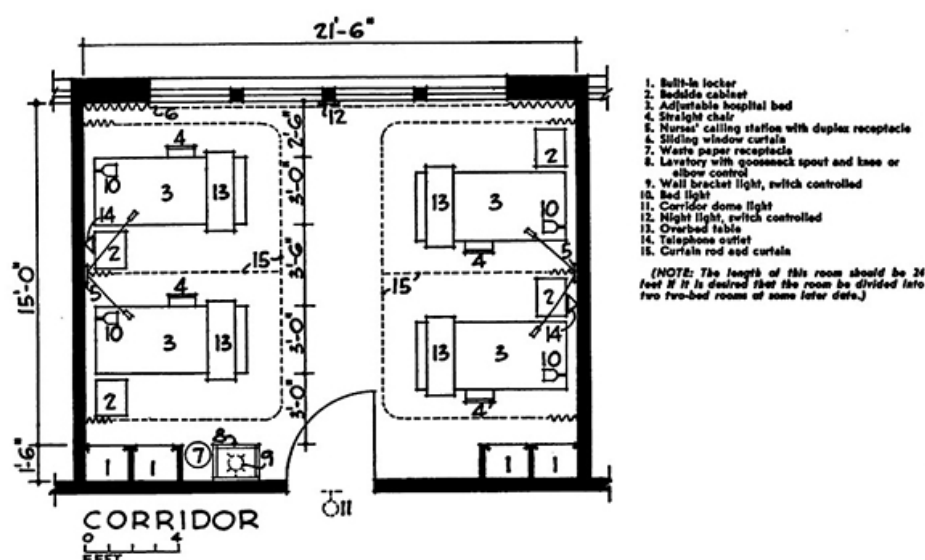


Fig. 01: Página de rosto da publicação *Elements of the General Hospital* (USA, 1946).

Nessa publicação, pode-se observar um guia ilustrado de plantas de setores hospitalares com esmerado pré-dimensionamento, inclusive com relação detalhada de mobiliário e equipamentos. Nenhuma outra orientação escrita é dada, indicando que se tratou, na verdade, de estudos efetuados por arquitetos especializados na área hospitalar para indicar a outros colegas os componentes necessários ao desempenho de cada atividade.

NURSING DEPARTMENT



26—Typical Four-Bed Room

Fig. 02: Exemplo de planta colocada no livro *Elements of the General Hospital* (USA, 1946, p.20).

A colocação de dimensões detalhadas de cada ambiente, bem como a confecção de plantas completas de unidades, demonstra a intenção de proporcionar um instrumento de auxílio para profissionais que não possuíssem o tempo e a consultoria necessária para o projeto e execução de unidades hospitalares (fig.02).

Consta, nessa pequena brochura composta exclusivamente de desenhos, sugestões arquitetônicas para as unidades de ambulatório, diagnóstico, centro cirúrgico, internação, obstetrícia, administração e serviços gerais, aparentemente consideradas as mais importantes.

Padrões Mínimos Hospitais

O SESP atuou em diversos programas de saúde e saneamento rural até sua extinção em 1990. Um dos grandes avanços desse serviço, na época, foi a formação de especialistas em cursos nos Estados Unidos. Esse intercâmbio de conhecimentos também abarcou a arquitetura, com a criação da seção de arquitetura hospitalar.

Para orientar a consultoria na área de pequenas construções hospitalares, o SESP publicou os Padrões Mínimos Hospitais (BRASIL, 194?) (fig. 03), um pequeno livro de 23 páginas com modelos de plantas arquitetônicas nos mesmos moldes do *Elements of the General Hospital* (USA, 1946).

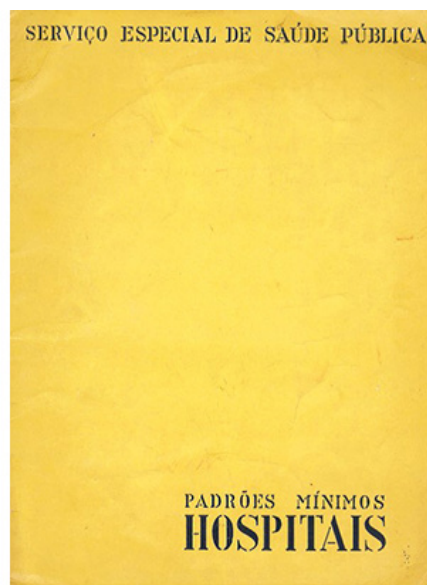


Fig. 03: Capa do guia Padrões Mínimos Hospitais (BRASIL, 194?)

Na introdução, o superintendente do SESP, na época, afirma:

Com a criação, na divisão de engenharia do SESP, de uma seção especializada em arquitetura, julgou este serviço conveniente preparar, para uso próprio, um guia composto dos elementos constitutivos do que moderadamente se recomenda para hospitais de pequena capacidade. Simplificar-se-ia, assim, o método de planejamento, estudo e concepção de projeto para as unidades hospitalares que o SESP iria construir nas zonas rurais a seu cargo, mantendo-se, de outro lado, a necessária uniformidade quanto aos padrões de construção e equipamento básico das células competentes do conjunto. (BRASIL, p.3).

O livro apresenta soluções arquitetônicas em escala gráfica de diversas unidades que compõem um hospital, retiradas aparentemente de projetos arquitetônicos de edifícios de 50 e 100 leitos. Os setores são colocados de tal forma que poderiam servir como indicação de soluções técnicas moduladas. Para tanto, apresentam listas detalhadas de mobiliário e equipamentos, que seriam utilizados em cada espaço (fig. 04).

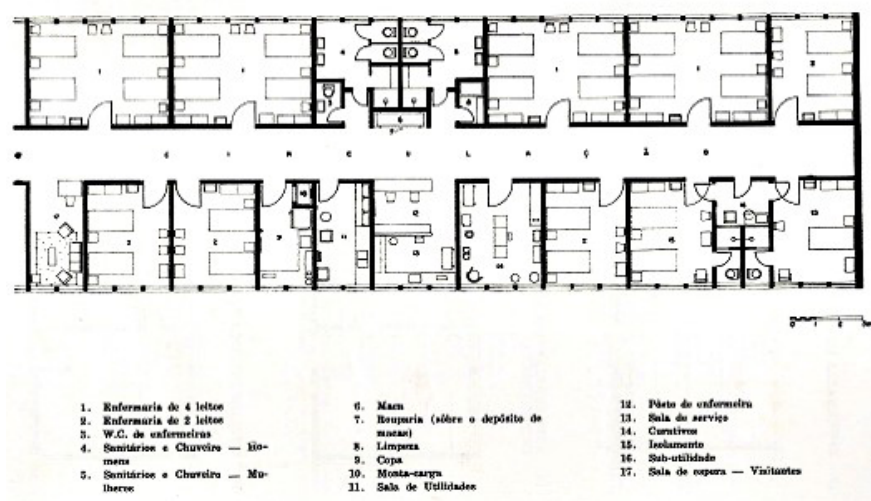


Fig. 04: Exemplo de planta do guia Padrões Mínimos Hospitais (BRASIL, 194?, p. 9)

Essa publicação pode ser considerada a base de toda a legislação na área da arquitetura de EAS no Brasil e, visivelmente, serviu de modelo para o que seria publicado posteriormente.

Observa-se a semelhança entre a apresentação das plantas esquemáticas do *Elements of the General Hospital* (USA, 1946), buscando orientar os executores de infraestrutura em saúde. Não se pode esquecer que, no início do século XX, os principais responsáveis pelos projetos de unidades de saúde eram os médicos administradores. Até a década de 1950, os cursos que havia sobre infraestrutura em saúde estavam ligados à administração hospitalar e eram frequentados, na maioria dos casos, por médicos. Nomes de médicos administradores, como o de Odair Pacheco Pedroso (1909-1981) e Ernesto Souza Campos (1882-1970), eram conhecidos por prestar consultoria em projetos hospitalares.

O primeiro evento formador de arquitetos no Brasil na área de projeto de edificações de saúde pode ser datado no I Curso de Planejamento de Hospitais, promovido pelo IAB-SP, em 1953.

I Curso de Planejamento de Hospitais do IAB-SP

Esse curso pioneiro ocorreu, de forma intensiva, entre 13 e 17 de abril de 1953, promovido pelo Instituto de Arquitetos do Brasil, Departamento de São Paulo, e organizado pela Comissão de Planejamento de Hospitais do IAB-SP, composta pelos arquitetos Amador Cintra do Prado, Jarbas Karman e Rino Levi.

Foi um evento marcadamente interdisciplinar, com a participação de médicos, enfermeiros, engenheiros, arquitetos e administradores. Teve aulas inteiramente transcritas em uma publicação com 528 páginas tamanho A4, que se tornou referência no tema: Planejamento de Hospitais (IAB, 1954) (fig. 05).



Fig. 05: Capa da publicação Planejamento de Hospitais (IAB, 1954).

O livro foi organizado em doze capítulos, tratando de temas que foram alvo de palestras de especialistas: I) Planejamento e Administração; II) Enfermagem; III) Radiologia; IV) Fisioterapia; V) Cirurgia; VI) Maternidade; VII) Farmácia; VIII) Ambulatório; IX) Lavandaria; X) Lavandaria e Cozinha; XI) Pesquisas no campo hospitalar; XII) Encerramento.

Durante esse curso, o arquiteto Jarbas Karman propõe a criação do Instituto de Pesquisas Hospitalares (IPH), que desempenha até hoje importante papel incentivador da pesquisa e estudo em infraestrutura hospitalar. Esse curso representou um marco nos estudos em arquitetura hospitalar no Brasil. Mostrou à comunidade da área de saúde uma nova especialidade da arquitetura, indicando a necessidade de conhecimento específico por parte dos profissionais ligados ao projeto arquitetônico de estabelecimentos de saúde.

Diversos instrutores do curso devem ser destacados. O arquiteto Oscar Valdetaro, do SESP, discorreu sobre o arranjo funcional das diversas unidades do hospital. O arquiteto Jarbas Karman ministrou uma palestra sobre a unidade de centro cirúrgico e centro de material e esterilização, cujo texto pode ser considerado um dos mais importantes estudos sobre o tema até hoje (fig.06).



Fig. 06: Jarbas Karman ministrando a palestra sobre centro cirúrgico no I Curso de Planejamento de Hospitais do IAB-SP, em 1953 (IAB, 1954, p. 175).

O doutor Odair Pacheco Pedroso tratou da unidade de ambulatório, profissionais e técnicos necessários à elaboração de um projeto de hospital e do planejamento de hospitais sob o ponto de vista do administrador. O arquiteto Rino Levi proferiu uma conferência sobre o planejamento de hospitais sob o ponto de vista do arquiteto. O arquiteto Jorge Machado Moreira colocou uma visão geral sobre a arquitetura hospitalar. O arquiteto Roberto Cerqueira César tratou da circulação e meios de comunicação nos hospitais. Pode-se observar, portanto, que esse curso foi constituído por um corpo docente notável e de importante conteúdo, tendo sido um marco no tema da infraestrutura em saúde no Brasil.

Essas publicações pioneiras foram a inspiração para as primeiras normas realmente abrangentes no país, o *Projeto de Normas Disciplinadoras das Construções Hospitalares* (BRASIL, 1965).

Projeto de Normas Disciplinadoras das Construções Hospitalares

Em 1965, foi publicado pelo Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, o Projeto de Normas Disciplinadoras das Construções Hospitalares (BRASIL, 1965) (fig.07), de autoria dos arquitetos Oscar Valdetaro e Roberto Nadalutti, com consultoria do doutor Henrique Bandeira de Mello. Nessa publicação, nota-se uma ampliação no número de desenhos de unidades e a colocação de explicações teóricas para o projeto, constituindo-se em grande evolução, relativamente ao livro do SESP, Padrões Mínimos Hospitais (BRASIL, 194?).

Fig. 07: Capa do Projeto de Normas Disciplinadoras das Construções Hospitalares (BRASIL, 1965)



A publicação teve texto introdutório do presidente do IAB, que enaltece o seu caráter didático e ressalta: “O presente trabalho representa uma tentativa de promover uma orientação nas construções hospitalares, não se revestindo de rígidos partidos a serem impostos.” (BRASIL, 1965 [s.p.]).

A obra foi dividida nos seguintes capítulos: Terminologia hospitalar; Hospital: conceitos, definições e classificações; Informações preliminares para planejamento; Programas Mínimos Funcionais; Partidos Gerais para hospitais especializados.

É introduzido o conceito de Rede Hospitalar, especificando-se uma matriz de atendimento hierarquizada, composta por Hospital de Base, Hospital Distrital, Hospital Periférico (local ou de comunidade) e Hospital Unidade Sanitária, Unidade Mista ou Unidade Integrada de Saúde.

O livro tem sua maior parte constituinte no item 4, Programas Mínimos, onde são colocadas as plantas (fig. 08) e tabelas, com relação de espaços e áreas mínimas, e explicações diversas, como: “Sempre que existente um serviço de emergência, é de toda conveniência que as instalações de radiodiagnóstico dele esteja o mais próximo possível.” (BRASIL, 1965, p. 46).

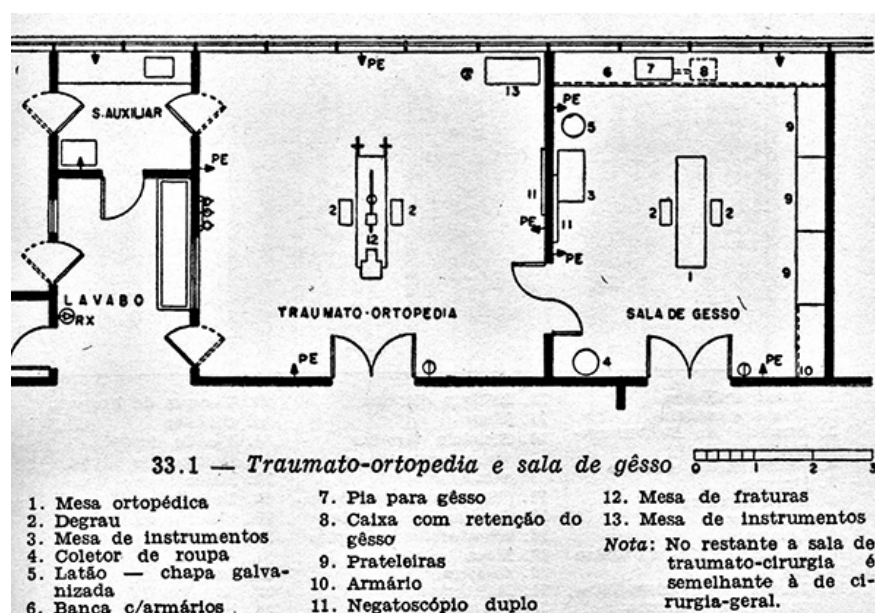


Fig. 08: Exemplo de planta constante no Projeto de Normas Disciplinadas das Construções Hospitalares (BRASIL, 1965, p. 93)

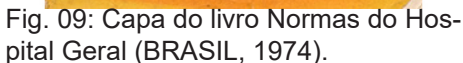
Esse livro permaneceu como orientação para obras de infraestrutura em saúde a nível nacional até o ano de 1974, quando foram editadas as Normas do Hospital Geral (BRASIL, 1974).

Normas do Hospital Geral

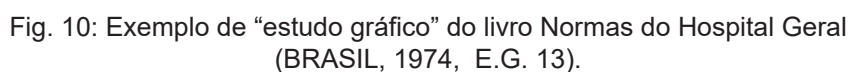
As primeiras normas de infraestrutura hospitalar no Brasil – *Normas do Hospital Geral* (BRASIL, 1974) – foram o resultado do trabalho de décadas de dedicação e estudo de um grupo de arquitetos e engenheiros especialmente interessados no tema (fig. 09). Em sua introdução, constam as seguintes observações:

As presentes normas foram estabelecidas pela Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar do Ministério da Saúde, para assegurar que programação, projeto, construção e instalação adequados permitam ao Hospital Geral um atendimento eficiente, seguro e econômico.

Têm como objetivo orientar os arquitetos, engenheiros e consultores hospitalares, sem pretender restringir inovações em partido arquitetônico e técnica construtiva. Estas normas constituem, assim, requisitos mínimos para planejamento, construção, reforma ou ampliação do Hospital Geral de qualquer capacidade e localidade do território nacional. (BRASIL, 1974 [s.p.])



150).



prevalência, pois em 1977 foi saltada a 1 entre 400 (BIS/CIE, 1979).

A Portaria 400/1977

A Portaria 400/1977 (BRASIL, 1979) foi uma edição revisada das normas anteriores, editadas em 1974. Utilizou-se, no entanto, de uma clara filosofia impositiva, com tabelas de áreas mínimas para cada compartimento e uma parte gráfica, com explicações técnicas e exemplos de projetos – alguns destes, inclusive, repetidos da norma anterior. Inicialmente, foi editada em dois volumes, o primeiro apenas com as tabelas e o segundo com explicações detalhadas sobre as unidades hospitalares e plantas de exemplo (fig.11).

A Portaria 400/1977 orientou a fiscalização e os projetos de unidades hospitalares por cerca de dezessete anos. Transformou-se em um instrumento rígido, criando um sistema de fiscalização rigoroso por parte das Vigilâncias Sanitárias, que não admitiam grandes variações relativas às áreas mínimas estabelecidas. Logicamente, teve muitas soluções arquitetônicas copiadas pelo Brasil afora. A adoção das mesmas soluções da norma garantia a aprovação dos projetos junto à Vigilância Sanitária, exigida pelos órgãos fiscalizadores de obras e de fomento.

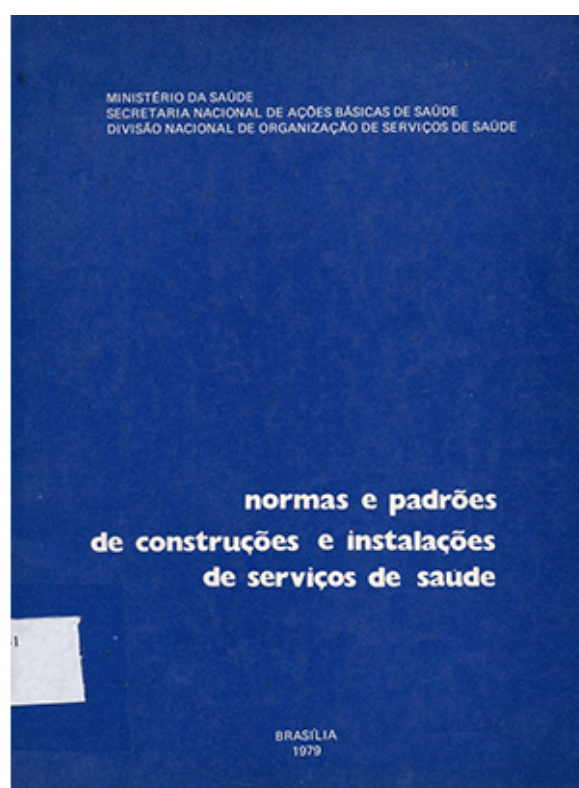


Fig. 11: Capa da primeira edição volume 1 da Portaria 400/1977 (BRASIL, 1979).

As tabelas apresentavam áreas mínimas com programas fechados das unidades hospitalares, que valiam para hospitais de pequeno e médio portes. Tinham duas colunas, uma para hospitais até 50 leitos e outra para hospitais até 150 leitos e algumas observações. Os hospitais maiores que 150 leitos eram considerados excepcionais e deveriam ser analisados de forma especial

Antes das tabelas, possuía um texto introdutório que tratava de: I-Terminologia Física; II-Localização Adequada; III-Áreas de Circulação Externa e Interna; IV-Área Total Construída. O segundo volume possuía caráter informativo, explicando o funcionamento administrativo do hospital e fornecendo premissas de projeto. Mantinha, da norma anterior, diversas orientações técnicas valiosas para o estudo dos projetos de estabelecimentos de saúde, como as observações relativas à localização:

Deverá ser levado a efeito estudo das condições especiais para a localização do hospital e escolha de terreno, objetivando-se:

a) Abastecimento de água adequado em qualidade e quantidade, com um mínimo de 500 litros por dia e por leito. Disponibilidade de rede de esgotos e de água pluviais, assim como de luz, força, telefone e gás.

- b) Proximidade do centro da comunidade a que a instituição médico-hospitalar se destinar, facilidade de vias de acesso e meios de transporte.
- c) Ocupação de, no máximo, 50% da área total do terreno, já computadas as de ampliações futuras. [...] (BRASIL, 1987, p.13)

Não se pode deixar de considerar que o estudo da infraestrutura de estabelecimentos de saúde era incipiente na época, havendo pouquíssimas publicações em português. Em 1987, a Portaria teve uma segunda edição em um só volume (fig. 12).



Fig. 12: Capa da segunda edição da Portaria 400/1977 (BRASIL, 1987).

As plantas eram colocadas cotadas, obedecendo a modulação de 1,2x1,2m e com indicação do mobiliário e equipamento básico. Os modelos apresentados eram introduzidos por um conjunto de informações (fig.13). Essa norma influenciou uma geração de arquitetos hospitalares e era uma excelente fonte de estudos sobre o assunto em português. Não se pode deixar de reconhecer, ainda, que muito dos seus preceitos continuaram sendo utilizados nas normas posteriores.

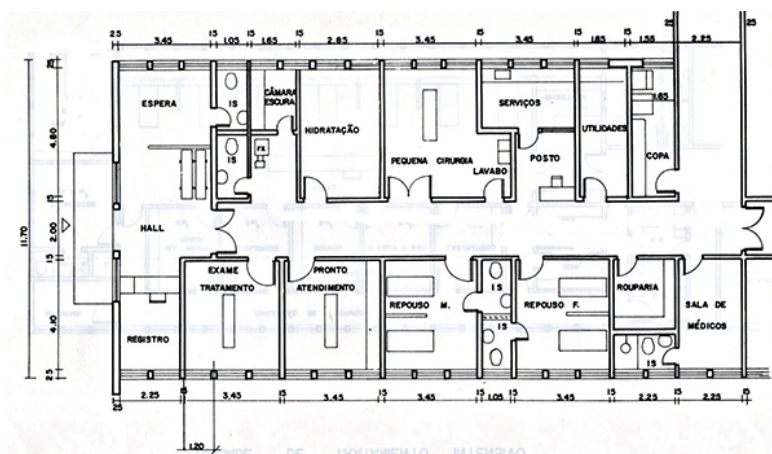


Fig. 13: Exemplo de plantas colocadas na Portaria 400/1977 (BRASIL, 1987, p. 92).

A Portaria 400/1977 foi um importante instrumento educativo e garantidor da qualidade das construções em saúde até 1994, quando foi editada a Portaria 1884/1994 (BRASIL, 1994), que representou uma modificação radical da estrutura das normas estabelecidas anteriormente para infraestrutura em saúde.

Não é possível, contudo, explicar o contexto de execução da Portaria 1884/1994 sem entender o processo de formação profissional estabelecido para arquitetos e engenheiros pelo Ministério da Saúde na década de 1980, com a implementação dos Cursos de Especialização de Arquitetura em Sistemas de Saúde, na Universidade de Brasília (UnB).

Cursos de Especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde

Em 1981, foi instituído pelo Ministério da Saúde, em convênio com a Universidade de Brasília (UnB), o primeiro *Curso de Especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde*. Seu objetivo primordial era o treinamento de arquitetos e engenheiros das secretarias de saúde estaduais e municipais para a confecção, aprovação e fiscalização de projetos e obras de estabelecimentos de saúde.

O conteúdo do curso, no entanto, foi além do estudo das normas vigentes. A Universidade de Brasília possuía, na época, um pesquisador português, o Professor Mário Júlio Krieger, que havia concluído doutorado na Inglaterra, onde estudou princípios de Programação Arquitetônica e sua aplicação no sistema de saúde inglês – até os dias de hoje o mais conceituado mundialmente. Esses princípios, que utilizavam conceitos de matemática topológica, iriam se mostrar essenciais na elaboração das normas posteriores, que tiveram a participação de muitos dos arquitetos formados neste período.

Deve-se adicionar, ainda, que o financiamento desses cursos pelo Ministério da Saúde proporcionava à UnB recursos para contratação dos mais renomados arquitetos hospitalares da época, como Jarbas Karman e João Carlos Bross.

Dentre os alunos desses cursos, podem ser citados vários profissionais que ainda mantêm importante participação nos rumos da arquitetura para a saúde no Brasil, como Flávio de Castro Bicalho e Regina Maria Gonçalves Barcellos, que foram os organizadores e idealizadores da Portaria 1884/1994; Mariluz Gomez Esteves, colaboradora na elaboração da Portaria 1884/1994 e presidente da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar no período de 1998 a 2000; Frederico Flósculo Pinheiro Barreto, pesquisador na área da Programação Arquitetônica e Antonio Pedro Alves de Carvalho, que viria a organizar cursos de especialização semelhantes por sete edições, em Salvador.

Esses cursos, portanto, formaram os futuros idealizadores da Portaria 1884/1994, que se constituiu em uma norma aberta, justificada funcionalmente e sem exigências rígidas de áreas e espaços obrigatórios.

Portaria 1884/1994



A base da Portaria 1884/1994 (BRASIL, 1994) (fig. 14) foram os princípios da Programação Arquitetônica que se constitui, resumidamente, em trabalhos de quantificação, relacionamento e dimensionamento dos espaços baseados em suas características funcionais. Cada ambiente constante na norma foi estudado detalhadamente para as atividades nele desenvolvidas, incluindo necessidade de mobiliário, equipamentos, pessoas, instalações complementares e fluxos internos e externos.

Para sua elaboração, não somente foram chamados os melhores consultores brasileiros na área, mas houve o seguimento de uma metodologia aberta, que permite relativamente fácil atualização e adaptação.

Fig. 14: Capa da edição em livro da Portaria 1884/1994 (BRASIL, 1994).

A coordenação e redação geral coube aos arquitetos Regina Maria Gonçalves Barcellos, Flávio de Castro Bicalho e Maurício Freire Santiago Malta. Como consultores, podem ser listados Antônio Carlos Azevedo (médico), Carmen Vieira de Sousa Unglert (médica), Domingos Marcos Flávio Fiorentini (arquiteto e médico), Eduardo Luiz Brito Neves (engenheiro e administrador), Frederico Flósculo Pinheiro Barreto (arquiteto), Jarbas Karman (arquiteto, administrador e engenheiro), Leni Helena Calixto de S. Dias (médica), Manoel Altivo da Luz Neto (arquiteto), Maria Elaine Kohlsdorf (arquiteta), Maria Lúcia Ramalho Martins (enfermeira), Otto Toledo Ribas (arquiteto), Oviomar Flores (sociólogo), Sandra Suzana Prade (enfermeira), Salim Lamha Neto (engenheiro e administrador) e Tadeu Almeida de Oliveira (arquiteto). Participaram ainda dezenas de colaboradores eventuais, das mais diversas áreas.

A norma não possuía nenhum desenho explicativo. O seu objetivo principal foi constituir um instrumento que permitisse a compreensão de que os espaços a serem projetados dependiam das atividades neles desenvolvidas, bem como do seu mobiliário e equipamento. Para tanto, foram colocadas listas de atividades, que estavam atreladas a cada ambiente especificado nos quadros-resumo, que indicavam as áreas mínimas e outras condições de projeto. Já em sua introdução pode-se ler:

[...] substitui as normas vigentes (Portaria MS nº 400/77) de caráter restrito e pouco flexível e considera a globalidade do planejamento físico de sistemas de saúde.

Ao adotar os princípios do SUS, incluindo critérios epidemiológicos, ambientais, culturais e geográficos, substitui modelos rígidos por tipologias resultantes da composição de atribuições funcionais na concepção básica do edifício.

Aprofunda também critérios existentes e inclui novos, resultando em soluções alternativas e variadas.

[...] este documento traz o embasamento técnico para a elaboração e a análise de projetos arquitetônicos de EAS, contribuindo na área dos recursos físicos, para a qualidade da assistência prestada. (BRASIL, 1994, p. 6)

A primeira parte da norma trata das condições de apresentação dos projetos para as Vigilâncias Sanitárias – parte hoje pertencente à RDC 51/2011 (BRASIL, 2011b). Na segunda parte, que trata da Programação Físico Funcional, pode-se ler:

A metodologia utilizada para a composição dos programas funcionais é a apresentação da listagem, a mais extensa possível, do conjunto das atribuições e atividades do EAS, aqui tratado genericamente, sem compromisso com soluções padronizadas [...] (BRASIL, 1994, p. 28)

Foi composta dos seguintes itens:

- 1 - Atribuições
- 2 - Listagem de atividades

Para cada atribuição são listadas algumas atividades, que estão relacionadas aos espaços de cada Unidade Funcional. Exemplo:

ATRIBUIÇÃO 1: REALIZAÇÃO DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

1.1-Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde, tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças transmissíveis, visita domiciliar, coleta de material para exame etc.;

1.2-Realizar vigilância epidemiológica por meio de: coleta e análise sistemática de dados, investigação epidemiológica, informação sobre doenças etc.;

1.3-Promover ações de educação para a saúde; por meio de palestras; demonstrações e treinamento in loco; campanha etc. [...] (BRASIL, 1994, p. 32)

No capítulo 3, são colocados quadros por Unidades Funcionais. Estes não são apenas quantitativos, mas, principalmente, determinam limites e condições para a elaboração dos projetos das edificações de saúde (fig.15).

UNIDADE FUNCIONAL: S - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (mín.)	DIMENSÃO (mín.)	
5.6	Centro Cirúrgico			
5.6.1	Área de recepção de paciente	1	Suficiente para o recebimento de uma maca	
5.6.2	Sala de guarda e preparo de anestésicos	1	4,0 m ²	HF,FAM
5.6.2	Sala de indução anestésica		Sala com 2 leitos no mínimo: 8,5m ² por leito, com distância entre estes e paredes, exceto cabeceira, de 1,0m. 6,5m ² quando houver mais de 2 leitos	HF,FN,FVC;FO; FAM;AC;EE;ED
5.6.3	Área de escovação	Até 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras por cada sala Mais de 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras a cada novo par de salas	1,10 m ² por torneira	HF,HQ
5.6.4;5.6.8	Sala pequena de Cirurgia (oftalmologia , endoscopia , otorrinolaringologia, etc)	2 salas. Para cada 50 leitos não especializados ou 15 leitos cirúrgicos, deve haver uma sala. Estabelecimentos especializados (cardiologia , cirurgia, etc) tem de fazer um cálculo específico	20,0 m ² com dimensão mínima= 4,0 m	FO,FN;FAM;FVC; AC;EE;ED;E;ADE
5.6.4;5.6.8	Sala média de cirurgia (geral)		25,0 m ² com dim. mínima = 4,7 m	
5.6.4;5.6.8	Sala grande de cirurgia (ortopedia, neurologia, cardiologia, etc)		36,0 m ² com dim. mínima = 5,0 m	
5.6.4;5.6.8	Sala de apoio às cirurgias especializadas		12,0 m ²	HF,CD;AC;EE;ED
5.6.5	Área para prescrição médica		2,0 m ²	EE
5.6.5	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de recuperação pós-anestésica	6,0 m ²	HF;AC;EE
5.6.6	Sala de recuperação pós-anestésica	1 sala. O nº de leitos depende dos tipos de cirurgias previstas. De um modo geral estima-se 2 leitos por sala cirúrgica	Sala com 2 leitos no mínimo: 8,5m ² por leito, com distância entre estes e paredes, exceto cabeceira, de 1,0m. 6,5m ² quando houver mais de 2 leitos	HF;FO;FAM;AC;EE; ED

AMBIENTES DE APOIO :

- Sala de utilidades
- Sanitários com vestiários para funcionários (barreira)
- Sanitários para acompanhantes (sala de espera)
- Sala de espera para acompanhantes (anexo à unidade)
- Sala de preparo de equipamentos / material
- Sala administrativa
- Laboratório para revelação de chapas ("in loco" ou não)
- Copa
- Depósito de material de limpeza
- Área para guarda de macas e cadeira de rodas

Fig. 15: Exemplo de quadro da Portaria 1884/1994 (BRASIL, 1994, p. 67).

O conceito de Unidade Funcional é muito importante na estrutura da norma. Significa um conjunto de espaços relacionados a atividades interdependentes e não tipologias construtivas. Por exemplo: os espaços para pronto atendimento devem ser consultados na Unidade Funcional de Atendimento Imediato, servindo para pequenas clínicas ou grandes hospitais.

São colocadas algumas instruções para o uso dos quadros que devem ser ressaltadas:

A existência ou não de um determinado ambiente depende da execução ou não da atividade correspondente.

Entretanto, o fato de determinada atividade ser realizada não garante a existência de ambiente específico para esta, pois a atividade eventualmente pode ter lugar em mais de um ambiente ou estar junto com outra atividade em outro ambiente. (BRASIL, 1994, p. 43)

Na Parte III da norma, são colocadas informações complementares típicas dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, como: Circulações externas e internas; Condições ambientais de conforto; Condições ambientais de controle de infecção hospitalar; Instalações prediais ordinárias e especiais e Condições de segurança contra incêndio.



Resolução da Diretoria Colegiada 50/2002 (RDC-50/2002)

A RDC-50/2002 (BRASIL, 2004) pode ser considerada uma atualização da Portaria 1884/1994, não apresentando modificações relativas às metodologias de confecção, apresentação ou consulta. Podem-se notar apenas atualizações e pequenos acréscimos, constituindo-se em um documento de assunção, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999, das atribuições de fiscalização da infraestrutura em saúde (fig.16).

Na sua apresentação, é ressaltado: "Ao longo do processo de atualização, o Ministério da Saúde publicou várias Portarias sobre temas específicos e o presente trabalho não se furtou a observar os conteúdos dessas normas de modo a unificar toda a legislação sobre o tema." (BRASIL, 2004, p.3).

Fig. 16: Capa da RDC-50/2002 em sua edição de 2004. (BRASIL, 2004)

Essa unificação é a forma ideal de tornar as normas para infraestrutura em saúde melhor divulgadas e aplicadas.

Um acréscimo que deve ser destacado é a fundamentação detalhada da metodologia utilizada, colocando-se um texto com explicações precisas dos objetivos e alcance da norma no item 3: Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes:

A presente norma não estabelece uma tipologia de edifícios de saúde, como por exemplo posto de saúde, centro de saúde, hospital etc., aqui se procurou tratar genericamente todos esses edifícios como sendo estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), que devem se adequar às peculiaridades epidemiológicas, populacionais e geográficas da região onde estão inseridos. Portanto, são EAS diferentes, mesmo quando se trata de edifícios do tipo centros de saúde, por exemplo.

[...] identificando-se na listagem de atribuições/atividades do capítulo 2 o número da atividade que se irá realizar, deve-se procurar na primeira coluna de cada tabela esse número e conseqüentemente o ambiente correspondente àquela atividade.

Cabe ressaltar que o ambiente somente será obrigatório se, obviamente, o EAS for exercer a atividade correspondente. [grifo nosso]

Portanto não há programas arquitetônicos pré-definidos, e sim uma listagem de ambientes que deve ser usada pela equipe de planejamento do EAS na medida que se está montando o programa desse, ou quando o projeto está sendo analisado para fins de aprovação.

Cada programa é específico e deve ser elaborado pela equipe que está planejando o EAS, incorporando as necessidades e as especificidades do empreendimento, propiciando desta forma uma descentralização de decisões, não mais tomadas sob uma base pré-definida de programas ou formas. (BRASIL, 2004, p.41)

Qualquer proposta de modificação da RDC-50/2002, portanto, deve levar em consideração a metodologia de confecção e uso da norma.

Normas Pós RDC-50/2002

Normas do Ministério da Saúde estão sendo continuamente criadas por diversos grupos de trabalho. Diversas tratam da infraestrutura, complementando, revogando ou acrescentando novas exigências, sem levar em consideração a metodologia da RDC 50/2002. Atualmente, não há uma coordenação que centralize essas mudanças, que são editadas, não somente pela ANVISA, mas por vários órgãos do Ministério da Saúde.

As alterações na norma básica para projetos e construções de EAS é uma constante, como se pode observar na RDC 36/2008 (BRASIL, 2008):

A infraestrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve atender aos requisitos constantes no Anexo II desta Resolução, que alteram os itens referentes à atenção obstétrica e neonatal da RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. (BRASIL, 2008 [s.p.])

A Portaria 11/2015 MS/GM (BRASIL, 2015), sobre Centro de Parto Normal, traz uma tabela que apenas coloca áreas e dimensões mínimas, sem nenhuma referência às atividades desenvolvidas em cada ambiente. Pode-se observar que tal tabela tem a aparência das que existiam na Portaria 400/1977, isto é, com a imposição de quantidades e áreas, sem possibilidade de adaptação a cada caso.

Na RDC 07/2010 (BRASIL, 2010), sobre UTI, há o seguinte item:

Seção II: Infraestrutura Física

Art. 10. Devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Parágrafo único. A infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.

Art. 11. As Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas.

§ 1º Caso essas unidades sejam contíguas, os ambientes de apoio podem ser compartilhados entre si.

§ 2º Nas UTI Pediátricas Mistas deve haver uma separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal. (BRASIL, 2010 [s.p.])

Nota-se que, apesar de citar a RDC 50/2002, são colocadas observações relativas à infraestrutura, tornando o trabalho dos profissionais do projeto e construção de EAS muito complexo, pois obriga ao constante estudo de todas as normas, visto que qualquer uma pode conter algum item relativo à área física.

Na RDC 67/2007 (BRASIL, 2007), sobre Farmácias de Manipulação, não é citada a RDC 50/2002, colocando exigências de ambientes que parecem ter sido retiradas de um projeto específico:

4. INFRAESTRUTURA FÍSICA.

A farmácia deve ser localizada, projetada, construída ou adaptada, com uma infraestrutura adequada às atividades a serem desenvolvidas, possuindo, no mínimo:

- a) área ou sala para as atividades administrativas;
- b) área ou sala de armazenamento;
- c) área ou sala de controle de qualidade;
- d) sala ou local de pesagem de matérias-primas;
- e) sala(s) de manipulação;
- f) área de dispensação;
- g) vestiário;
- h) sala de paramentação;
- i) sanitários;
- j) área ou local para lavagem de utensílios e materiais de embalagem;
- k) depósito de material de limpeza. [...] (BRASIL, 2007 [s.p.])

Não há unidade na estrutura ou qualquer padrão nas observações sobre área física efetuadas nessas normas. Os arquitetos, engenheiros, administradores ou funcionários das Vigilâncias Sanitárias e que trabalham com projetos de EAS são obrigados a interpretar os detalhes e objetivos de cada texto normativo, pois sua leitura não pode ser considerada tarefa trivial.

Há necessidade de uma norma de infraestrutura de EAS que englobe todas as observações da área e seja constantemente atualizada, evitando-se a pulverização de informações, que torna inviável o seu pleno conhecimento e aplicação.

O Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS)

O projeto SomaSUS deve ser destacado como importante auxiliar relativamente à orientação, divulgação e implementação da RDC 50/2002. Trata-se de uma iniciativa do Ministério da Saúde para suprir a lacuna da norma quanto à informação gráfica e de programação arquitetônica.

A Secretaria-Executiva do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde encontrava dificuldade na orientação dos arquitetos e administradores relativamente aos projetos apresentados, que necessitavam de aprovação para financiamento federal. A RDC 50/2002, apesar de ser uma norma bem fundamentada, não explicita as informações essenciais de programação arquitetônica para elaboração dos

projetos, como, por exemplo: fluxos internos, mobiliário, equipamentos, relações entre as atividades e outras normas relativas a cada unidade funcional. Falta a informação gráfica para esclarecer alguns desses dados, principalmente para arquitetos sem experiência na área.

Para suprir essa lacuna, foi efetuado convênio entre o Ministério da Saúde, a Universidade Federal da Bahia (UFBA)/Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar (GEA-hosp) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/Instituto de Engenharia Biomédica (IEB) para a elaboração de um guia orientador para os projetos de infraestrutura.

Nesse trabalho, a UFBA ficou responsável pela elaboração das peças gráficas de orientação arquitetônica, e a UFSC, pela parte de equipamentos e mobiliário, principalmente quanto às especificações técnicas e aos custos estimados.

A maior questão enfrentada, no início do trabalho, foi não incorrer nos erros da Portaria 400/1977 e anteriores, que induziam certas soluções arquitetônicas, pela colocação de plantas completas de tipologias específicas. Foi decidido que seria apresentado apenas a explicitação do processo de programação arquitetônica executado pela RDC 50/2002, que partiu do pré-dimensionamento dos espaços, levando em consideração as atividades desenvolvidas, fluxos internos e externos, mobiliário, equipamentos e pessoal.

O resultado foi a execução de plantas moduladas, sem paredes, divisões ou esquadrias, que apenas explicitam os espaços necessários para cada atividade, com a colocação relativa de mobiliário e equipamentos, de forma a não induzir soluções pré-estabelecidas. Juntamente com esses esquemas gráficos, foram colocadas tabelas com a relação de mobiliário e equipamentos em sua quantidade mínima para cada situação. A adição de custos estimados e especificações técnicas nessa listagem foi efetuada como auxílio para a elaboração de projetos de financiamento. O caráter didático e orientador do guia foi, portanto, garantido por estar totalmente baseado na metodologia utilizada na confecção da RDC 50/2002 (fig.17).

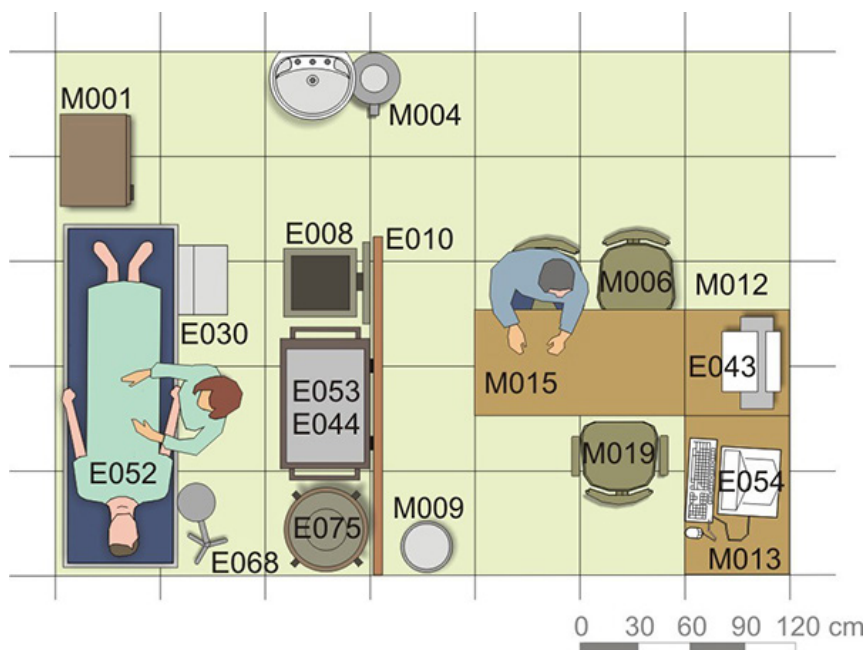


Fig. 17: Exemplo de layout apresentado no SomaSUS com os códigos dos equipamentos e mobiliário (BRASIL, 2017).

Inicialmente, o resultado do trabalho foi disponibilizado em discos compactos com os arquivos digitais, que eram distribuídos em encontros, seminários, congressos da área de saúde e para as vigilâncias sanitárias. Posteriormente, o conteúdo foi disponibilizado na internet. Foram, ainda, editados quatro volumes de livros com parte do conteúdo. Neste caso, foram acrescentados artigos científicos autorais que melhor explicitam o funcionamento das unidades funcionais estudadas e que, inclusive, demonstram exemplos práticos, com plantas arquitetônicas (fig.18).



Fig. 18: Capa do volume 4 do livro do SomaSUS (BRASIL, 2014)

O SomaSUS apresenta uma documentação valiosa para a pesquisa e orientação de profissionais que trabalham na área da infraestrutura em saúde e que necessitam de material em português e adaptado à realidade brasileira. Trata-se de uma iniciativa importante e enriquecedora relativa aos aspectos técnicos que envolvem os projetos de estabelecimentos de saúde.

Outras Iniciativas

Na divulgação dos conhecimentos relativos à infraestrutura em saúde, deve-se destacar outras iniciativas de grande importância. A mais antiga delas foi a criação do Instituto de Pesquisas Hospitalares (IPH), realizada pelo arquiteto Jarbas Karman. O Instituto tem desempenhado um importante trabalho de divulgação e informação técnica da infraestrutura em saúde desde a década de 1950, publicando livros, revistas e implementando cursos de graduação, pós-graduação e atualização (IPH, 2017).

Outra iniciativa de grande importância é a implementação dos Congressos de Engenharia e Arquitetura Hospitalar conjuntamente com a Feira de Equipamentos Hospitalares, a Hospitalar, que acontece todos os anos na cidade de São Paulo. Inicialmente, esses congressos foram organizados pela Fundação São Camilo, que possui um complexo educacional na área da administração de estabelecimentos de saúde. Esses encontros foram, durante muitos anos, o único acontecimento permanente de divulgação de conhecimentos na área da engenharia e arquitetura para a saúde (HOSPITALAR, 2017).

Deve ser destacada também a criação da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH), que atualmente possui mais de 600 associados, sendo responsável pela edição de livros e revistas, além de implementar congressos bianuais, onde são apresentadas comunicações de trabalhos científicos na área da infraestrutura em saúde, inclusive a nível internacional. A ABDEH possui uma página na internet que disponibiliza gratuitamente farto material de estudo e pesquisa na área (ABDEH, 2017).

O Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar (GEA-hosp), da Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Arquitetura, também pode ser apontado como uma instituição com grande produção relativa ao tema. Inclusive, durante o período de 1997 a 2010, organizou cursos de especialização em arquitetura e saúde, tendo publicado livros importantes e, como foi dito, participado da elaboração do SomaSUS (GEA-hosp, 2017).

Ainda no âmbito acadêmico, cabe ressaltar o trabalho do grupo Espaço e Saúde, da pós-graduação em arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que também tem implementado cursos de especialização na área da arquitetura para a saúde, além de editado diversos livros e realizado seminários (UFRJ, 2017). A Universidade Católica de Brasília também mantém, até os dias de hoje, cursos de especialização na área da arquitetura e saúde (UCB, 2017). Não se pode esquecer o papel de diversas unidades educacionais do Estado do Rio Grande do Sul, que implementam cursos de especialização de grande importância para formação de engenheiros e arquitetos na área da infraestrutura em saúde desde a década de 1990.

Todas essas iniciativas devem ser vistas em um contexto amplo de ajuda para a normatização da infraestrutura em saúde, pois representam grupos altamente qualificados que devem interagir no trabalho de aumento da qualidade dos espaços para a saúde.

Considerações Finais

Atravessa-se um momento importante, relativamente à implementação de modificações na atual norma básica de infraestrutura em saúde. Se houver argumentos técnicos bem embasados, será possível encaminhar de forma produtiva as discussões. Sem tal conhecimento, no entanto, o resultado negativo será inevitável, com reflexos na qualidade dos projetos de EAS em todo Brasil.

Para se alcançar um processo exitoso de atualização da RDC-50/2002, deve-se buscar:

- Manutenção (ou aprofundamento) da sua estrutura metodológica;
- Incorporação das mudanças já constantes em normas posteriores;
- Criação, na ANVISA, de um núcleo coordenador de gerência das normas de infraestrutura, que centralize todas as modificações futuras da nova norma, tornando as atualizações mais frequentes.

Desta forma, será possível visualizar um processo que indique uma evolução normativa que mantenha a abertura e o caráter didático da atual RDC 50/2002. Observa-se que o desenvolvimento da legislação em infraestrutura de saúde deve ser acompanhado pela interação com as instituições de pesquisa, divulgação e produção de conhecimentos. Essa área é bastante especializada, necessitando continuar o seu trabalho de formação profissional e atualização com base em premissas abertas e passíveis de permanente possibilidade de adequação.

No atual processo de discussão da atualização da RDC 50/2002, deve-se ressaltar a participação dessas iniciativas, que precisam ser integradas para que possam contribuir efetivamente para o preparo técnico dos profissionais envolvidos.

Referências Bibliográficas

- ABDEH. Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar. Disponível em: < <http://www.abdeh.org.br> >. Acesso em: 21 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SomaSUS: Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos. Disponível em: <www.saude.gov.br/somasus>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 11/2015 GM. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programação arquitetônica de unidades funcionais de saúde. V. 4. Apoio ao diagnóstico e à terapia: Anatomia Patológica, Hemoterapia e Hematologia, Medicina Nuclear e Patologia Clínica. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programação arquitetônica de unidades funcionais de saúde. V. 3. Internação e apoio ao diagnóstico e à terapia: Reabilitação. Brasília, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programação arquitetônica de unidades funcionais de saúde. V. 2. Apoio ao diagnóstico e à terapia: Imagenologia. Brasília, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programação arquitetônica de unidades funcionais de saúde. V. 1. Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato. Brasília, 2011a.

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 51/2011(b). Dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.paulinia.sp.gov.br/downloads/ss/resolucao_51_apresentacao_de_projetos.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 07/2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 36/2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 67/2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2007/res0067_08_10_2007.html>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 50/2002. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2. ed. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual de orientação para planejamento, programação e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde, 2a ed. Brasília, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde. Brasília, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Médica. Normas do Hospital Geral. Brasília, 1974.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Projeto de Normas Disciplinadoras das Construções Hospitalares, de Oscar Valdetaro, Roberto Nadalutti. Rio de Janeiro, 1965.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Padrões Mínimos Hospitalares, de Oscar Valdetaro, Roberto Nadalutti, Israel B. Correa e Hélio Muller, 1947. Fonte: acervo IPH.
- GEA-hosp. Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar. Disponível em: <<https://geahosp.wordpress.com>>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- HOSPITALAR. Feira+Forum Hospitalar. Disponível em: <<http://www.hospitalar.com>>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- IAB. Instituto de Arquitetos do Brasil. Departamento de São Paulo. Planejamento de Hospitais. São Paulo, 1954.
- IPH. Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman. Disponível em: <<http://www.iph.org.br>>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- RENOVATO, Rogério D.; BAGNATO, Maria Helena S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). Educar em Revista, Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 277-290, 2010. Editora UFPR.
- UCB. Universidade Católica de Brasília. Curso de Arquitetura de Sistemas de Saúde. Disponível em: <<http://www.ucb.br/Cursos/185ArquiteturaDeSistemasDeSaude>>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Grupo de Pesquisa Espaço Saúde/PROARQ. Disponível em: <<http://www.proarq.fau.ufrj.br/novo/pesquisa/grupos-de-pesquisa/18>>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- USA. United States of America. U.S. Public Health Service. Elements of the General Hospital, 1946. Disponível em: <<https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015029959809;view=1up;seq=3>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: patrimônio arquitetônico hospitalar

Evandro Pereira da Silva



Figura 01 – Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2015).

As primícias da Misericórdia em São Paulo

O surgimento da Santa Casa de Misericórdia no Brasil seguiu o caminho dos exploradores que penetravam para o interior do novo continente, cumprindo seu papel de levar cuidados aos enfermos e abandonados. Logo, alcançaram e se instalaram em São Paulo dos Campos de Piratininga, por volta de 1560, por meio dos trabalhos realizados pelos padres portugueses destas expedições, como Manuel da Nóbrega¹ e José de Anchieta², além de religiosos da Companhia de Jesus³.

A Santa Casa em território paulistano se localizava bem próximo ao Pátio do Colégio, local hoje conhecido como Largo da Misericórdia, segundo é descrito por alguns historiadores e quadros retratados por artistas como Benedito Calixto⁴.



Figura 02 - "A Santa Casa e o Pátio do Colégio" Benedito Calixto (1853 – 1927).



Figura 03 - "Ponte da Santa Efigênia – SP e a Misericórdia (1827)" de Jean Baptiste Debret⁵.

Segundo Eudes Campos (2011), a Santa Casa de Misericórdia dos Campos de Piratininga, desde sua instalação, permaneceu em edificações próximas à área da fundação de São Paulo. Mas, no início do século XIX, o desenvolvimento começava a chegar e com este outra instituição hospitalar: o hospital militar; diante de tais acontecimentos, a Misericórdia tem seu imóvel retirado da capitania pelo Governo, findando momentaneamente suas atividades e tendo seus pacientes remanejados para atendimentos na nova instituição que assumia seu lugar.

Novas moradas da Misericórdia

Contudo, em 1825, retorna aos trabalhos de socorro aos menos abastados por intervenção dos novos presidentes da província e da Misericórdia, agora, instalada na sede da Chácara dos Ingleses, propriedade de João Rademaker⁶, localizada em um dos pontos de entrada da cidade em direção ao sul e nas adjacências do caminho que levava para o mar. A nova Misericórdia, passou a exercer uma atividade que não se fazia presente no antigo endereço: a roda dos expostos⁷.



Figura 04 e 05 – “Sede da Chácara dos Ingleses - Hospital da Santa Casa” Aquarela de Edmond Pink, 1823 e planta de São Paulo com detalhe do bairro da Liberdade em 1847 - Cemitério dos Aflitos em verde, atual Rua da Glória.

Não obstante, por volta de 1840, as suas instalações são transferidas para uma nova edificação que, segundo Campos (2011), teve projeto concebido pelo engenheiro militar português Daniel Pedro Müller⁸, ainda nos limites da chácara e com um diferencial em relação ao antigo prédio, pois se situava em uma planta totalmente térrea o que facilitava o trabalho de deslocamento dos enfermos. Entretanto, críticas eram lançadas à tipologia arquitetônica adotada para a construção das instalações do novo edifício da Misericórdia, pois a comparavam a uma senzala⁹.



Figura 06 – Sede da Chácara dos Ingleses - Hospital da Santa Casa, 1840. Planta do engenheiro português Marechal Daniel Pedro Müller (1785-1841 c.). Bico de pena de Augusto Esteves, 1943.

Campos (2011) também destaca que, em detrimento às exigências em relação à quantidade de enfermos que os procuravam, o hospital da Misericórdia vai para um novo endereço, ainda na Rua da Glória, com instalações que renderam elogios. Porém, relatórios confeccionados pelo Dr. Antônio Caetano de Campos¹⁰ em 1875 apontavam as instalações como insalubres para um ambiente de cura. Contudo, o número de enfermos continuava a crescer

exponencialmente. Então, em outubro de 1876, a mesa administrativa vê a necessidade de um novo edifício que pudesse passar por ampliações e prestar serviços com maior humanização para todos aqueles que os procuravam.

A Santa Casa e a arquitetura neogótica de Pucci

É proferido por Campos (2011) que, diante de todos os fatores enunciados na época, em meados de 1878, uma gleba¹¹ localizada na Chácara Bexiga foi destinada ao novo edifício de saúde da instituição, e, contando com a presença de autoridades da época, foi lançada a fundação para erigir a obra.

Entretanto, segundo Silva (2010), em 1881, após pressão da comunidade e da imprensa, além da inviabilidade financeira, um novo local precisou ser definido. Diante de tal situação, houve uma proposta de troca de terrenos apresentada por José Pinto Antônio do Rego Freitas¹², proprietário de uma gleba no bairro Arouche que seria vendida ao Barão Rafael Tobias de Barros¹³ pela metade do preço. Este efetuará a doação para a construção do novo hospital, localizado atualmente no bairro de Santa Cecília, mais precisamente, na Rua Dr. Cesário Mota Jr., em troca pela área do Bexiga.

As obras se iniciam e, em agosto de 1884, o novo hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é entregue parcialmente concluído. Ocorre então a transferência em definitivo para o novo endereço no bairro de Santa Cecília, onde permanece atualmente.



Figura 07 – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - 1884

Enfim, o magnífico edifício é concluído. Projetado e construído pelo escritório de Ramos de Azevedo¹⁴ em arquitetura neogótica, concebido pelas mãos habilidosas do arquiteto Luiz Pucci¹⁵ em forma pavilhonar, com tijolos aparentes e alicerces construídos com blocos de pedras assentados apenas por gravidade e sem argamassa, abrigando e proporcionando a continuidade dos trabalhos da Misericórdia no território de São Paulo, que se desenvolvia de forma vertiginosa, porém, com grande carência no atendimento aos menos favorecidos.

Funcionalidade do Edifício da Misericórdia

Segundo Ferreira (2015), a Misericórdia iniciou as atividades no novo edifício em 1884 com 200 leitos, sendo a maior construção na cidade, provocando uma alteração na paisagem da época. Desempenhou funções de hospital, dispensário, asilo, albergue e demais atividades de ajuda aos mais necessitados.



Figura 08 – Enfermaria das crianças - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (s/data).

Destarte, na concepção do projeto, segundo Campos (2011), o arquiteto Pucci foi fortemente influenciado pela arquitetura hospitalar pavilhonar que estava sendo praticada na Europa, principalmente pelos conceitos adotados no hospital de Lariboisière de Paris¹⁶, onde a ventilação foi algo muito bem equalizada entre projeto e uso do edifício, pois, se tratando de um ambiente hospitalar, a aeração é algo que contribui muito para a cura da enfermidade. Diante disso, o arquiteto italiano designado por Ramos de Azevedo lançou mão dessa técnica no edifício de cura da Misericórdia de SP.

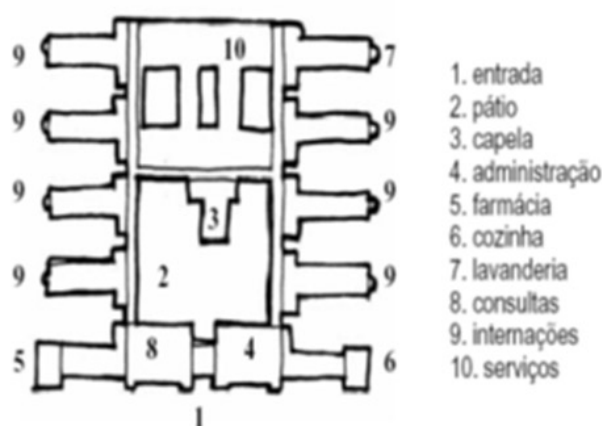


Figura 09 – Projeção horizontal da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1992).

É destacado por Mott et al (2011, p. 26) que havia um conceito de edificação hospitalar conhecido como Tallet, desenvolvido em 1872 na França por meio do engenheiro militar francês Casimir Tallet. Neste, se preconizava a construção desse tipo de edificação em locais afastados da aglomeração urbana e de grande exposição à insolação. Além disso, sugeria que o local deveria favorecer a sua expansibilidade, fazendo proveito da superfície do terreno e do conceito de disposição paralela entre os prédios que fossem surgindo, anexos ao principal. Contudo isto, esse modelo de edifício da saúde ficou conhecido pela sua tipologia pavilhonar, onde também era nítido o cuidado com a contaminação por germes em referência às descobertas recentes realizadas por Louis Pasteur. Não obstante tudo isso, tais pavilhões possuíam, no máximo, dois pavimentos, e os doentes ficavam isolados no interior destes em detrimento do tipo de doença pela qual eram acometidos.

Consta também, segundo Salmoni e Debenedetti (1981, p. 101), o nome do arquiteto Italiano Giulio Micheli na construção e ampliação do complexo da Misericórdia, pois Pucci havia nomeado este jovem recém-chegado de Florença sócio nos negócios do escritório de arquitetura.

Preservação do patrimônio arquitetônico hospitalar

Contudo, mesmo sem mudanças profundas em sua anatomia e tipologia arquitetônica, o prédio da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo vem buscando absorver e acompanhar os avanços realizados na arquitetura hospitalar mundial sem deixar o posto de pioneiro neste tipo de edificação no Brasil. E, não obstante a isso, tentando cumprir o seu papel de sustentáculo da assistência hospitalar em território paulistano, onde há carência de investimentos por parte do poder público e privado para os menos abastados.

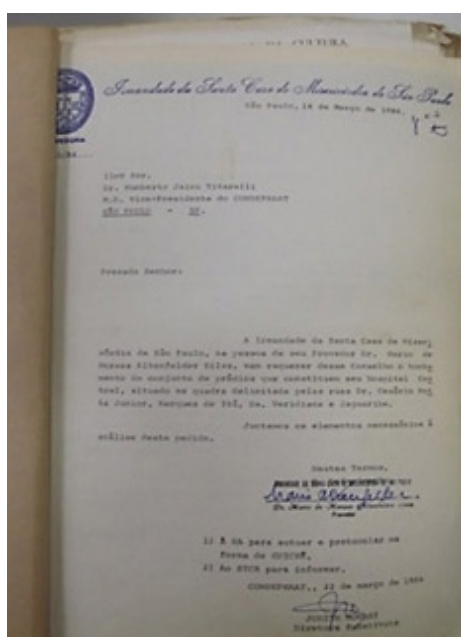


Figura 10 – Solicitação de tombamento

Diante de todos esses fatores aqui apresentados e de sua importância enquanto patrimônio da arquitetura hospitalar, foi solicitado o seu tombamento no ano de 1984. A fim de elencar sucintamente os fatores de interesse relevantes que norteariam o processo de tombamento responsável por inserir o edifício histórico na lista de bens protegidos pelo Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado (CONDEPHAAT), deu vistas ao processo nº 23046, impetrado pelo provedor Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva, dirigente da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 15 de agosto de 1984, neste órgão governamental na capital paulista onde, na ocasião, consta que foi recebido pela diretora em exercício, Judith Monari, que prosseguiu, remetendo a solicitação para análise deste referido órgão, conforme descrito a seguir.

Vale salientar que a atitude adotada pelo dirigente do hospital segue a declaração proferida por Boito (1884, p. 22, 23) na conferência realizada em Turim, onde orienta a todos os presentes sobre a necessidade da preservação dos bens (monumentos ou arquitetura), e destaca como sendo esta uma responsabilidade de toda a sociedade e do governo.

Consta nas folhas preliminares do processo apresentado pelo Dr. Altenfelder (1984) ao CONDEPHAAT um memorial descritivo, detalhando a localização do edifício da Santa Casa, já citada no corpo deste artigo, além de detalhes sobre o concurso do projeto, do qual participaram arquitetos da época como: José Gandolpho, Dentiliano H. Ribeiros, Paulo Hamelin, Ramos de Azevedo e o vencedor Luiz Pucci, que apresentou a proposta de um edifício pavilhonar em estilo neogótico inglês que seria edificado entre os anos de 1881 e 1884. Salienta-se que, de acordo com as necessidades das atividades do hospital, anos mais tarde, surgiram outros prédios que se anexaram ao

prédio principal, formando um complexo, mas que mantiveram o estilo já presente no primeiro edifício, sendo a sua manutenção realizada por meio de um corpo técnico próprio da instituição, buscando-se preservar intactas as características arquitetônicas.

Altenfelder (1984) apresenta também no corpo do referido pleito um relatório contendo o número de pacientes atendidos, que era da ordem de 2.000 pessoas por dia aproximadamente, e cerca de 1.000 leitos disponibilizados na época. Também enfatiza que o conjunto de prédios apresenta um grande acervo histórico e arquitetônico para as gerações futuras.

Entretanto, o arquiteto Carlos Lemos (1984), conselheiro do CONDEPHAAT, em seu parecer que compõe o referido processo, nas folhas 21 e 22, datado de 3 de setembro de 1984, propõe a preservação somente das edificações pioneiras construídas e projetadas por Pucci, sendo estas, o núcleo inicial, os jardins e a capela, ficando livres para alterações, e até mesmo demolições, as demais construções.

Compõe também o referido processo, em sua página 36, datado de 18 de julho de 1985, a apresentação das plantas e demais documentos solicitados pelo referido órgão à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, os quais a arquiteta Tania Martinho Veja, funcionária do CONDEPHAAT responsável pelo setor, remete ao diretor técnico do órgão para apreciação e providências cabíveis.

Entretanto, em 27 de setembro de 1994, ou seja, uma década após a abertura do processo de tombamento, o provedor vigente, Prof. Dr. Waldemar de Carvalho Pinto Filho, surpreende ao solicitar o arquivamento do pedido de tombamento, por não mais convir, haja vista o interesse da instituição em ampliação e modernização dos edifícios, o que se tornaria muito difícil após a conclusão favorável ao processo de preservação dos prédios; conforme consta nas folhas 144 e 145 do processo remetidas pela Misericórdia ao CONDEPHAAT.

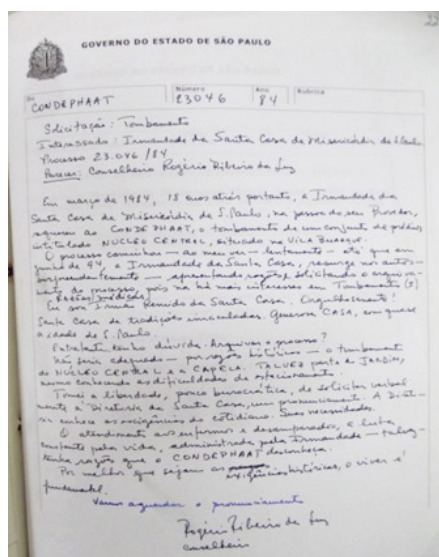


Figura 11 – Carta de Rogério Ribeiro da Luz

Obstante a solicitação, a arquiteta Tania Martinho Vega reitera, em seu parecer técnico emitido ao diretor técnico do órgão, nas folhas 222, 223 e 224, em relação ao pleito de tombamento do edifício da Misericórdia, que deveriam ser preservados os primeiros edifícios que compõem o núcleo principal, além dos desenhos dos jardins fronteiros, bem como a capela e seus jardins e a galeria, sendo as demais edificações liberadas para reforma e outras adaptações, desde que possuíssem a anuência deste respeitado órgão de preservação do patrimônio arquitetônico e cultural. Entretanto, em uma carta de próprio punho escrita em 2002, o então conselheiro do CONDEPHAAT, Rogério Ribeiro da Luz, exprime uma grande dúvida entre aprovar ou arquivar a solicitação de tombamento, ao tentar entender a grande dificuldade que a irmandade enfrentava por não poder adequar as suas instalações às necessidades daqueles que a procuravam com esperança de cura, em decorrência da tramitação do processo de tombamento que impedia qualquer modificação sem o aval deste órgão, e salienta: “O atendimento aos enfermos e desamparados, a luta constante pela vida administrada pela irmandade, talvez tenha razões que o CONDEPHAAT desconheça e por

melhor que sejam as exigências históricas, o viver é fundamental” e termina com a seguinte frase: “Vamos aguardar o pronunciamento, ou seja, parecer de todos os profissionais deste órgão envolvidos neste pleito.”

Contudo, em outro parecer técnico datado de 2003, a arquiteta Tania Martinho Vega do CONDEPHAAT destaca obras em andamento no interior do complexo e sugere que a irmandade seja oficiada a apresentar um plano de ocupação e obras para o conjunto, a fim de possibilitar a apreciação deste órgão, a mesma reitera a proposta de tombamento já mencionada neste processo nas folhas 222 a 224.



Figura 12 – Parecer final do CONDEPHAAT.

No mesmo ano, uma vistoria minuciosa é solicitada pelo CONDEPHAAT em todo o complexo do hospital, respeitando as peculiaridades de cada ambiente, a qual foi liberada em 2004. Sendo constatadas construções não autorizadas durante o processo de tombamento, as discussões de ordem técnica se arrastam até meados de 2007, quando o colegiado deste órgão por meio de seu presidente, o Sr. Adilson Avansi de Abreu, delibera o parecer favorável ao tombamento dos edifícios da Misericórdia, conforme consta na página 535 do referido pleito, recaiando a proteção aos prédios construídos originariamente por Pucci e Micheli, além dos jardins junto à capela.

Portanto, segundo consta nos autos do processo de tombamento, na página 593, o CONDEPHAAT conclui seu trabalho através da publicação no Diário Oficial do Estado de São Paulo, em 21 de setembro de 2010, na página 42, do tombamento do conjunto arquitetônico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, enfatizando a importância social do trabalho realizado por essa instituição e de seu complexo de edifícios, que se tornaram um marco arquitetônico e ambiental para a cidade, enfatizando o respeito por todos aqueles que ali passaram.

Considerações finais

Já se foram 500 anos, e a Misericórdia permanece presente contribuindo para abrandar o sofrimento produzido pelas enfermidades que assolam os menos abastados. Se, no passado, os espaços eram cedidos em localidades pouco hospitaleiras, o tempo se ocupou de determinar um local onde pudesse crescer e continuar seus feitos, proporcionando o vislumbre de um futuro melhor para aqueles que vão ao seu encontro no anseio de obter a cura. Desta forma, essa instituição ocupou o espaço em terras paulistanas por meio de uma arquitetura funcional.

Entretanto, ao conhecer todas as etapas de um processo de tombamento de um patrimônio arquitetônico dessa magnitude, nos surpreendemos, pois já se passaram quase 32 anos desde que o primeiro passo em direção à preservação da história da arquitetura hospitalar em terras paulistanas foi dado. Seus dirigentes talvez nunca pudessem imaginar o tempo que transcorreria, e os percalços até a conclusão.

Portanto, a arquitetura materializada por Pucci e Micheli no final do século XIX, por meio de tijolos e argamassa em seus arcos portantes, enfim encontra seu merecido lugar na história, permitindo às futuras gerações que testemunhem o princípio da arquitetura hospitalar paulistana, fornecendo a real dimensão da evolução desse tipo de edificação da saúde e sua contribuição arquitetônica e cultural.

Notas

1. Padre português que chegou ao Brasil em 1549 com o governador-geral Tomé de Souza chefiando o primeiro grupo de jesuítas. Disponível em: <http://escola.britannica.com.br/article/483409/padre-Manuel-da-Nobrega>
2. Padre natural da Espanha que ingressou na Companhia de Jesus em Portugal e depois foi enviado ao Brasil, onde ajudou a catequizar os índios e fundou o povoado de São Paulo. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/cultura/bibliotecas/bibliotecas_bairro/bibliotecas_m_z/padrejosedeanchieta/index.php?p=4942
3. A Companhia de Jesus originou-se em 27 de setembro de 1540, com a aprovação do Papa Paulo III, colocando-se à disposição para servir em missões de evangelização da igreja. Disponível em: <http://www.asav.org.br/nosso-fundador/>
4. Benedicto Calixto de Jesus foi um pintor, historiador e professor que viveu em São Paulo entre 1853 e 1927, registrou muitas imagens do cenário paulista com seus pincéis e depois até com uma câmera fotográfica, trazida de Paris durante estudos que realizou na cidade-luz. Disponível em: <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/pessoa8777/benedicto-calixto>
5. Jean-Baptiste Debret nasceu em Paris em 18 de abril de 1768. Foi aluno da Escola de Belas Artes de Paris, veio ao Brasil disseminar os valores neoclássicos, por volta de 1816. Foi um dos fundadores da Academia de Belas Artes do Rio de Janeiro. Visitou diversas cidades registrando seu cotidiano. Disponível em: <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/pessoa18749/debret>
6. João Rademaker possuía nacionalidade inglesa, por isso sua propriedade ficou conhecida como chácara dos ingleses. Disponível em: <http://www.arquiamigos.org.br/info/info29/i-estudos2.htm>
7. Dispositivo confeccionado em madeira constituído por um cilindro oco que, girando em torno do próprio eixo, apresentava em uma das faces uma abertura que ficava voltada para a via pública e era destinada a receber crianças enjeitadas. A criança era colocada no interior desse cilindro e este era girado 180 graus, passando, então, a abertura do cilindro para o interior do prédio. Esse dispositivo foi instalado em julho de 1825 no hospital da Misericórdia (Chácara dos Ingleses) por Lucas A. Monteiro de Barros, primeiro governador de São Paulo, e foi desativado em 1949. Disponível em: <http://tremdahistoria.blogspot.com.br/2013/05/santa-casa-de-misericordia-historia-e.html>
8. Daniel Pedro Müller (1785-1841), engenheiro militar português, foi o autor do primeiro mapa impresso de São Paulo, o Mappa Chorographico da Provincia de São Paulo, desenhado em 1837 e publicado em 1841, na cidade de Paris. Disponível em: <http://www.lsie.unb.br/rbc/index.php?journal=rbc&page=article&op=view&path%5B%5D=1264&path%5B%5D=828>
9. Tipo de alojamento utilizado por senhores de engenho para abrigar seus escravos durante o período noturno. Era construída com paredes de barro reforçada com madeira e coberta com telhas ou palha. Disponível em: <http://www.historiabrasileira.com/escravidao-no-brasil/senzalas/>
10. Prof. Dr. Caetano de Campos (1867-1891), natural de São João da Barra, RJ, médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ocupou o cargo de médico-cirurgião da Santa Casa em 1875 e, posteriormente, o de diretor médico. Foi também Secretário da Educação do Estado de São Paulo, cargo em que muito se destacou. Disponível em: http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/4617/3454_MUSEU-HISTORICOS-OS-PRIMEIROS-DIRETORESCLINICOS.pdf
11. Toda a área não loteada localizada dentro do perímetro urbano ou fração de área não loteada limitada por vias urbanas com infraestrutura mínima, considerada, para efeito de tributação, a profundidade equivalente à dimensão máxima de um quarteirão, a partir de sua frente voltada para via pública. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/desenvolvimento_urbano/legislacao/planos_regionais/index.php?p=822
12. Bacharel em direito, ocupou vários cargos políticos, entre os quais, presidente da Câmara Municipal de São Paulo em 1884, segundo Moura (1999).
13. Rafael Tobias de Barros, segundo barão de Piracicaba (1830-1898), natural de Itu/SP, foi um fazendeiro brasileiro, filho de Antônio Pais de Barros, primeiro Barão de Piracicaba, e de Gertrudes Eufrosina de Aguiar. Disponível em: <http://www.arquiamigos.org.br/info/info16/i-estudos.htm>
14. Francisco de Paula Ramos de Azevedo (1851-1928) atuou como arquiteto na capital no final do século 19 e começo do século 20, foi responsável por projetos como o do Mercado Municipal e do Palácio das Indústrias em São Paulo. Disponível em: <http://www.poli.usp.br/pt/a-poli/historia/galeria-de-diretores/200-prof-dr-francisco-de-paula-ramos-de-azevedo-.html>

15. Arquiteto de origem italiana radicado no Brasil e que trabalhava para o escritório de arquitetura de Ramos de Azevedo. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&id=677>

16. Hospital edificado e concluído em 1846 em Paris que, de acordo com MIQUELIN (1992), possui uma configuração a partir de dois grupos de cinco pavilhões paralelos intercalados por áreas de jardins, ligados por uma circulação (galeria) que contorna um pátio interno. Os pavilhões têm a forma de um “L”, ligando-se pela haste menor à circulação principal.

Referências

Livros

BOITO, Camillo. Os restauradores: conferência feita na exposição de Turim em 07 de junho de 1884. São Paulo. Ateliê Editorial, 2008.

MOTT, Maria Lucia et al. História da saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808 – 1958). São Paulo. Editora Manole e Fiocruz, 2011.

MOURA, Carlos Eugenio Marcondes de. Vida cotidiana em São Paulo no século XIX: memórias, depoimentos, evocações. São Paulo. Ateliê Editorial, 1999.

SALMONI, Anita; DEBENEDETTI, Emma. Arquitetura italiana em São Paulo. São Paulo. Editora Perspectiva, 1981. Secretaria do Estado da Cultura e Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado – (CONDEPHAAT) (1984 – 2010). Processo de tombamento da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Volumes I, II e III. São Paulo.

Referências on-line

CAMPOS, Ernesto de Souza. (1943). Santa Casa de Misericórdia de Santos. Disponível em: <http://www.novomilenio.inf.br/santos/>

CAMPOS, Eudes. (2011). Hospitais paulistanos: do século XVI ao XIX. Disponível em: <http://www.arquiamigos.org.br/info/info29/i-estudos2.htm>

FERREIRA, Flavio Luiz Fantini. (2015). O papel da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo na fusão da homeopatia pelo País. Disponível em: <http://lamasson.com.br/biblioteca/mais/museuab/artigos/santacasa.htm>

MARCHESOTTI, Ana Paula. (2013). Santa Casa de Misericórdia: história e desafios. Disponível em: <http://tremdahistoria.blogspot.com.br/2013/05/santa-casa-de-misericordia-historia-e.html>

SILVA, Marcia Regina Barros da. (2015). Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - saúde e assistência se tornam públicas (1875-1910). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0104-87752010000200004&lng=pt>

<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=677>

<http://www.dicionariodoaurelio.com/>

Figuras

Figura 01 - Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/portal/site/quemsomos/historico>

Figura 02 - Disponível em: <http://www.novomilenio.inf.br/santos/calixt89.htm>

Figura 03 – Disponível em: <http://abstracaocoletiva.com.br/2013/03/27/jean-baptiste-debret-obras/>

Figura 04 - Disponível em: <http://www.arquiamigos.org.br/info/info29/i-estudos2.htm>

Figura 05 - Disponível em: <http://www.arquiamigos.org.br/info/info03/index.html>

Figura 06 - Disponível em: <http://www.arquiamigos.org.br/info/info29/i-estudos2.htm>

Figura 07 - Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/portal/site/quemsomos/museu/pub/8689/web-site-museu--acervo-fotografico-2>

Figura 08 - Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/portal/site/quemsomos/museu/pub/8689/web-site-museu--acervo-fotografico-2>

Figura 09 - MIQUELIN, Lauro Carlos. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo. Editora CEDAS, 1992.

Figura 10 – Secretaria do Estado da Cultura e Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado – (CONDEPHAAT) (1984 - 2010). Processo de tombamento da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Volume I. São Paulo, p.01.

Figura 11 – Secretaria do Estado da Cultura e Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado – (CONDEPHAAT) (1984 – 2010). Processo de tombamento da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Volume I. São Paulo, p.229.

Figura 12 – Secretaria do Estado da Cultura e Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico, Arqueológico, Artístico e Turístico do Estado – (CONDEPHAAT) (1984 – 2010). Processo de tombamento da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Volume I. São Paulo, p.535.

A Influência da Arquitetura para Promoção da Hotelaria Hospitalar e Humanização

Ana Augusta Blumer Salotti

Hotelaria Hospitalar, Humanização e Qualidade: Contextualização do Cenário Atual

Segundo Frampton (2009), o envelhecimento da geração cujo comportamento tem ditado as regras da economia durante as cinco últimas décadas, os *baby boomers*, é um dos fatores que influenciaram diretamente não apenas o crescimento da demanda pelos serviços de saúde, mas também o aumento associado das expectativas do consumidor sobre a experiência no cuidado da saúde.

Soma-se a isso a conscientização da população para a importância da medicina preventiva, impulsionada pelo desejo de longevidade, bem-estar e qualidade de vida (Pilzer, 2002).

Ainda segundo Frampton (2009), o acesso ilimitado às informações de saúde abastecidas pela internet colaborou para a formação de usuários mais críticos e exigentes. Logo, o paciente perde sua característica passiva, conformada, submissa e “paciente” para impor-se e começar a exigir um tratamento diferenciado. Taraboulsi (2003) reforça a importância dos gestores hospitalares despertarem para verem (e tratarem) pacientes como clientes que querem ser ouvidos, respeitados e ter suas necessidades atendidas. Taraboulsi (2003) ressalta ainda o aumento nos níveis de exigência e criticidade exercidos pelos consumidores ao afirmar que o cliente de saúde está mais perceptível e exigente do que nunca.

A partir desse pressuposto, todos que entram em uma instituição de saúde são formadores de opinião e, doravante, clientes em potencial. O conceito de cliente, então, passa a ter abrangência não apenas para o usuário, mas também para familiares, acompanhantes, amigos e visitantes, tendo novas necessidades identificadas e lacunas a serem preenchidas.

Maior Oferta, Maior Concorrência

Se por um lado a demanda aumentou, bem como o nível de exigência dos usuários, por outro, a concorrência também.

Segundo Maia e Gil (2008), as maiores mudanças no sistema de saúde tiveram início durante os anos 70 do século XX, quando o movimento de introdução ao capitalismo nos serviços de saúde começou a ser desenvolvido, dando origem ao denominado “complexo médico-hospitalar”.

Esse movimento começou a nascer quando a população, descoberta pela atenção do Estado (que até os anos 30 tinha seu foco de atendimento voltado exclusivamente para população carente), transformou-se em um nicho atrativo de mercado aos profissionais da área de saúde e investidores. Isso só foi possível graças à insuficiência do sistema público em suprir a necessidade dessa população, até então desassistida, abrindo espaço, portanto, para a institucionalização da saúde pública.

O rápido processo de assalariamento dos médicos e demais profissionais, o crescimento de estabelecimentos privados de caráter lucrativo, a diminuição da importância dos estabelecimentos filantrópicos e beneficentes dominantes até então e a constituição lenta de uma ideologia empresarial no setor da saúde foram características que marcaram esse período de institucionalização da saúde. (Panorama Setorial, 1999)

Ainda, segundo Maia e Gil (2008), o segmento passou por um período de rápida expansão e euforia com a valorização das redes privadas e o início das medicinas de grupo, por meio da criação de operadoras de saúde suplementar e seguradoras. Os autores afirmam que até 1983 a operadora Golden Cross detinha 95% do mercado nacional de seguro de saúde e assistência médica. Criada em 1971, foi líder absoluta até 1985, quando os grandes bancos comerciais lançaram seus planos de saúde (Las Casas, 1993).

Naturalmente, a busca pela qualidade e excelência nos serviços prestados tornou-se fator fundamental para a sobrevivência das instituições de saúde brasileiras.

Dificuldades que Geraram Oportunidades

Frente a um cenário de maior exigência por parte dos usuários e maior concorrência por parte dos prestadores, surgem duas grandes tendências:

- **Hotelaria Hospitalar:** visando atender às necessidades dos clientes (abrangendo pacientes, familiares, acompanhantes, amigos e visitantes) por meio da prestação de atendimento cordial e hospitalar além da incorporação de serviços de apoio tradicionalmente oferecidos em hotéis, adaptados e aplicados à realidade hospitalar, agregando valor e contribuindo para a melhora na percepção e a desmistificação da experiência de hospitalização.
- **Busca pela Qualidade:** com o objetivo de corrigir e aperfeiçoar os serviços e processos; maior eficiência e segurança; economia e inteligência na utilização de recursos e, principalmente, aumento no índice de satisfação dos clientes por meio do aperfeiçoamento contínuo rumo à excelência.

Hotelaria: Cuidado Percebido

Mudanças arquitetônicas, programação social, serviços de hotelaria com capitão-porteiro e mensageiros devidamente uniformizados e equipados para a recepção do cliente de saúde, quadros em exposição, música ambiente, restaurante, piano-bar e apresentações de músicos (piano e violino) dão a impressão de se ter errado de endereço. Quem entra pelo lobby (saguão) de alguns hospitais particulares tem a sensação de estar em um ambiente de hotel de primeira linha. Macas, clientes de saúde aglomerados à espera de atendimento, cadeiras de rodas enfileiradas, ambiente frio e com cheiro de éter são cenas do passado. Com essa inovação, alguns hospitais estão deixando de ter a cara de hospital. (Taraboulsi 2003)

Não apenas com o objetivo de desassociar o ambiente hospitalar da aparência e sensação de ambientes tão frios, escuros e hostis quanto à doença, a hotelaria tem se consolidado enquanto tendência irreversível para as instituições hospitalares que entenderam que precisam conquistar e fidelizar clientes para sobreviver.

Segundo Brandalise (2010), a hotelaria nos hospitais está sendo utilizada como uma ferramenta na tentativa de fortalecimento da marca por meio da atração do público externo com promoção de eventos e oferta de serviços de qualidade a quem mora ou trabalha nos arredores.

No Hospital do Coração (HCor), no Paraíso, zona sul da capital, por exemplo, os pratos que saem da cozinha não se resumem, de forma alguma, a gelatina e sopa de arroz sem sal. No cardápio diário há cinco saladas variadas, todo tipo de carne e até feijoada em refeições disponíveis não somente a pacientes, acompanhantes e médicos, mas a todos que quiserem. Brandalise (2010).

Para o mesmo artigo, Dr. Cláudio Lottenberg (médico e presidente da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein) ressalta a importância de dissociar o ambiente hospitalar da doença e, ao falar sobre a inauguração do novo auditório do hospital, completa o raciocínio afirmando que “Vincular saúde e cultura é algo que deve se tornar trivial. Faz parte de um entendimento amplo do que é saúde. (...) Mas é certo que (o auditório) trará as pessoas para conhecer melhor as questões da saúde e - por que não? - se divertirem”. Brandalise (2010)

Boeger (2009) vai além ao chamar a atenção para o impacto da hotelaria na experiência de hospitalização. Para os pacientes e acompanhantes, a forma de atendimento durante os serviços prestados são mais perceptíveis do que o investimento em alta tecnologia em equipamentos e o desempenho técnico excepcional dos médicos.

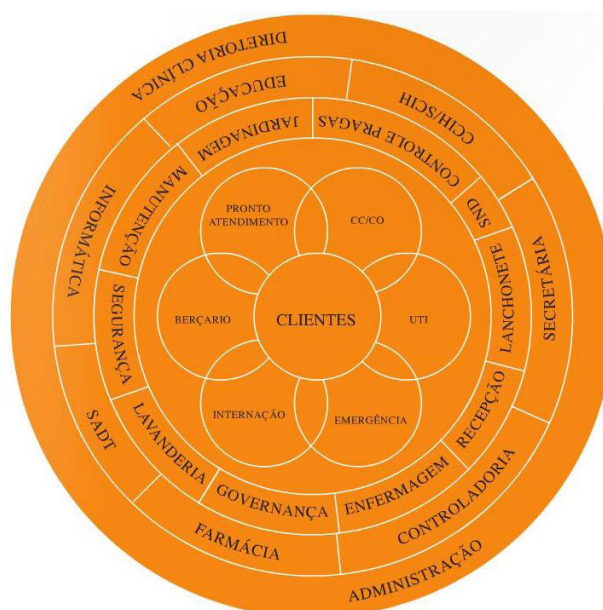


Figura: Organograma de Intensidade no Contato com o Cliente.
Fonte: Boeger, 2009

Dessa forma, dependendo da gestão de cada instituição hospitalar, o *cluster* (ou conglomerado) de serviços de hotelaria pode incluir:

- Gastronomia: serviço de nutrição e dietética aliada à criatividade de *chefs* de cozinha; serviço de quarto; opções de outros restaurantes.
- Governança: serviços de lavanderia; higiene; manutenção; jardinagem, decoração de interiores e controle de pragas.
- Segurança: segurança patrimonial; vigilância; estacionamento e portaria.
- *Front Office* e Atendimento: recepção; internação; hospitalidade (com atendimento de mensageiro e *concierge*) e SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) ou ouvidoria.

Apesar da quebra de barreiras que a implementação desses serviços nos hospitais tem conquistado há aproximadamente uma década, ainda existe um rótulo que acompanha o conceito: é comum a associação de hotel a luxo, de hospitalidade a mordomia e de Hotelaria Hospitalar a hospitais privados.

Entretanto, quando os termos hotelaria e hospitalidade são compreendidos na essência, a associação mais rápida deve ser: acolhimento, educação, cordialidade e prontidão em servir. De acordo com Boeger (2011), hospitalidade está ligada a atitudes preestabelecidas, ou seja: comportamentos que dependem de pessoas e não exclusivamente de recursos para serem realizados.

Para melhor ilustrar o conceito de Hotelaria Hospitalar atrelado à hospitalidade, Gomes (apud Boeger, 2011) ressalta que o objetivo da área é “demonstrar ao cliente que ele está no centro de tudo, que é alvo da maior preocupação, que está ao seu lado para cuidar do seu bem-estar físico, psíquico e emocional, ajudando-o a atravessar esse período de afastamento de sua rotina”.

Daí nasce o conceito de “humanização hospitalar”, fortalecendo a necessidade de incluir ações respeitosas e de valorização do cliente de saúde enquanto ser humano como cultura institucional e não apenas com a aplicação de ações isoladas e de esforço individual.

Sendo assim, podemos concluir que a hotelaria nos hospitais deve ter a interface comportamental profundamente atrelada à missão, à visão e aos valores das instituições que a buscam. Caso contrário, o *cluster* que compõe esse departamento acaba resumido a um conjunto de serviços de apoio e conveniência oferecidos aos pacientes e acompanhantes, sem agregar nenhum valor diferencial além de facilidade.

Instituição de Saúde: Onde Está o seu Foco?

Michael Porter, durante palestra na ExpoManagement 2007, foi radical ao alertar quanto à importância do cuidado centrado no paciente: “Hoje, temos um cenário em que todos os hospitais querem oferecer tudo, competindo por nada. Enquanto o foco não for o paciente, todos continuarão perdendo” (fonte: <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=43302> acessada em fevereiro de 2011).

Entretanto, para atender às necessidades dos pacientes e clientes, é necessário saber o que eles querem e como percebem o serviço recebido.

Assim sendo, basta ouvir o que dizem.

Foco no Paciente = Segurança

Para o gerente geral de um hotel de rede multinacional do município de São Paulo (2011), os três fatores responsáveis pelo sucesso, na perspectiva dos clientes, são: consistência, qualidade e segurança.

Segundo o entrevistado “(...) os mesmos procedimentos são aqui ou nos Estados Unidos ou na Ásia... então, novamente, ele (hóspede) não tem nenhuma surpresa com a qualidade da companhia, padrão mundial”. Assim sendo, os serviços prestados transmitem confiança, gerando não apenas atração, mas fidelização de clientela.

Essa necessidade não é restrita aos meios de hospedagem: muito mais importante do que um local seguro, que presta serviços de maneira consistente e com qualidade para passar um período determinado de tempo a trabalho ou lazer, é o local onde as pessoas confiarão sua saúde, sua vida.

Pesquisa publicada pelo *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* aponta que os pacientes enxergam um serviço falho (ou fraco, pobre) como inseguro: 22% de 193 pacientes registraram uma “recente experiência insegura”, das quais, apenas 3% dizem respeito a situações de incidentes médicos ou quase erro. Mais da metade dos eventos foram classificados como “incidentes na qualidade dos serviços” tais como:

- 30% relacionados a espera e atrasos;
- 21% relacionados a comunicação insuficiente;
- 12% relacionados a fatores de ambiência.

Podemos compreender, portanto, que “Pacientes podem perceber essas inconveniências como um sinalizador do processo total de cuidado”. (Fonte: *Patient Reported Safety and Quality of Care in Outpatient Oncology - Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*; 33:2, 2007; tradução livre feita pela autora).

Em artigo publicado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, a hipótese de que pacientes que reportaram baixa qualidade nos serviços recebidos estariam expostos a um risco elevado de erro médico ou eventos adversos foi confirmada segundo registra a conclusão: “Pacientes reportaram deficiências na qualidade dos serviços associadas a eventos adversos e erro médico. Pacientes que registram incidentes na qualidade dos serviços podem ajudar a identificar riscos à segurança do paciente.” (Fonte: “Do Medical Inpatients Who Report Poor Service Quality Experience More Adverse Events and Medical Errors?” *Med Care*. 2008 Feb; 46(2): 224-228 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18219252> acessada em 25 de março de 2011).

“Cuidado com foco no paciente que incorpora tanto comunicação efetiva quanto habilidades técnicas é necessário para o alcance da segurança e qualidade da assistência”, concluem os especialistas do Instituto de Medicina. (Fonte: *Institute of Medicine, Preventing Medication Errors: Planetree, Improving Patient Experience*, Frampton 2010).

Proporcionando um entendimento mais amplo tanto da percepção dos clientes com relação aos serviços prestados quanto sobre suas insatisfações, as autoras Baker e Bank (2008) relacionaram reclamações verídicas decorrentes de serviços hospitalares, *home care* e clínicas atendidas pelo Sistema de Ouvidoria (ou Serviço de Atendimento ao Cliente). A partir de então, formaram uma seleção das “101 Maiores Reclamações Sobre Cuidado em Saúde”, (frase que dá nome ao livro).

Contabilizando o motivo proveniente das reclamações, a conclusão reforça os dados citados anteriormente, ou seja, mais de 60% das insatisfações dos clientes têm relação direta com:

- Qualidade (dos serviços, do atendimento, tempo de espera, falta de atenção ou comunicação);
- Ambiência (infraestrutura, conforto e autonomia);
- Acesso (chegada, acessibilidade e acolhimento).

Brady e Conway (apud Frampton e Charmel 2009) enfatizam a importância de envolver os pacientes como parceiros para o sucesso. “Os esforços para engajar os pacientes como parceiros em sua segurança devem ser embasados em uma aproximação centrada no paciente que:

- Reconheça o paciente como parceiro;
- Ouça e respeite suas opiniões;
- Antecipe e atenda suas necessidades;
- E simultaneamente, se preocupe com o staff para que eles possam prestar uma assistência mais efetiva.”

Os autores finalizam explicando que segurança de risco não intencional é uma necessidade básica de todos os pacientes e que não é possível ser verdadeiramente centrado no paciente sem ser seguro. Também não é possível ser seguro sem ser centrado no paciente.

Serviços de Apoio: A Hora da Verdade

Tanto para a hotelaria convencional quanto para os hospitais, os serviços são o maior produto oferecido, quer dizer: bens intangíveis que são avaliados conforme um conjunto de experiência dos usuários denominados “Momentos da Verdade”.

De acordo com Carlzon (1987), o termo Momento da Verdade significa o período de tempo em que o cliente interage com a empresa, seus funcionários e ambiente físico, proporcionando uma percepção da qualidade do serviço (Fonte: <http://www.cullencia.com.br/archives/206> acessado em 21 de março de 2011).

Assim sendo, esses momentos são todos os contatos do cliente com o serviço prestado antes mesmo de sua chegada à instituição: desde marcar a consulta ou cirurgia por telefone; sua chegada, internação até o momento da alta e saída do hospital.

Durante tais momentos, hostilidade, indiferença, frieza ou desrespeito são tão perceptíveis quanto a hospitalidade e a humanização, seja no cuidado e gentileza da enfermeira até nas atitudes do manobrista ao receber ou devolver o veículo estacionado. Daí a importância de considerar todos os colaboradores do hospital como cuidadores, conforme preconizado pelo modelo de gestão de qualidade Planetree (Frampton e Charmel, 2009).

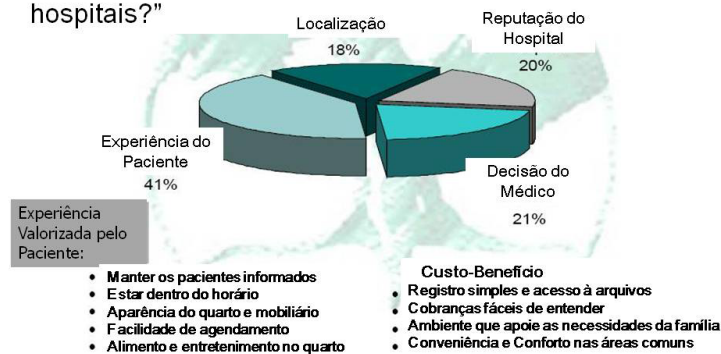
Nem sempre todos os serviços ofertados têm seu valor percebido pelo cliente, o que é um problema para a qualidade dos serviços prestados e para a imagem da instituição. Como já dissemos anteriormente, num hospital, os serviços são consumidos ao mesmo tempo em que são fornecidos. A intensidade e a extensão dos contatos dos funcionários com o cliente são fatores relevantes para a percepção desses serviços. (Boeger, 2009)

Intensificando a importância dos serviços de apoio prestados para a construção de uma experiência hospitalar favorável, resultados de uma pesquisa da McKinsey (2007) apontam que 41% das escolhas dos pacientes pelo hospital são feitas por influência da experiência.

Entre as experiências valorizadas estão: manter os pacientes informados; estar dentro do horário; aparência do quarto e mobiliário; facilidade de agendamento; alimento e entretenimento no quarto; registro simples e acesso a arquivos; cobranças fáceis de entender; ambiente que apoie as necessidades da família; conveniência e conforto nas áreas comuns. Ou seja, pontos intimamente relacionados a questões como respeito, cordialidade e serviços de apoio da responsabilidade do departamento de hotelaria.

As escolhas dos Pacientes são Baseadas em Experiência

“Quais fatores influenciam a sua escolha por hospitais?”



Fonte: McKinsey Survey Results (>2000 patients) reported in The McKinsey Quarterly, November 2007

"Planetree: Improving the Patient Experience" FRAMPTON (2010)

Gráfico: “Fatores que Influenciam a Escolha dos Pacientes por Hospitais”

Fonte: McKinsey (2007), extraído da apresentação “Planetree: Improving the Patient Experience” Frampton 2010, (adaptado pela autora com tradução livre).

Sendo assim, tão importante quanto a assistência médica em si são todos os serviços que dão suporte tanto para o cuidado efetivo quanto para o conforto dos pacientes e acompanhantes, ou seja: cuidado com foco no paciente, segurança, qualidade e serviços de apoio estão intimamente relacionados.

Portanto, as transformações concernentes à arquitetura hospitalar começam com questionamentos voltados para essas prioridades:

- Como proporcionar maior **autonomia** ao paciente sempre que possível?
- Como proporcionar maiores oportunidades de **interações humanas** em todos os níveis (pacientes e familiares; pacientes e equipe multidisciplinar; familiares e equipe etc.);
- Como promover maior **privacidade** aos clientes internos e externos?
- Como proporcionar **acolhimento** e **conforto** por meio dos ambientes?

Modelo de Qualidade Voltado à Humanização

Diferentemente dos demais modelos de qualidade, o Planetree, é fundamentado no cuidado com foco e pela perspectiva do paciente. Por ser uma filosofia baseada em mudanças culturais institucionais e comportamentais, mais do que em processos e estrutura física, a trajetória de conquista deste selo é denominada afiliação. Após a certificação, o hospital afiliado torna-se “Designado Planetree”.

Quando questionada sobre as maiores diferenças entre Planetree e outras organizações acreditadoras, Alff (2011), que já foi responsável pela implantação da *Joint Commission* durante aproximadamente quinze anos, posiciona Planetree como uma organização que aproxima seus afiliados como parceiros e trabalha para levar as instituições de onde estão para onde querem chegar. Enquanto a *Joint Commission* tem critérios muito específicos que devem ser cumpridos (desenvolvendo, portanto, uma consultoria com caráter de julgamento), o Planetree trabalha com uma consultoria mais personalizada e com perfil cooperador. Alff (2011) complementa dizendo que o modelo reconhece que existem várias maneiras de criar um ambiente positivo para os pacientes de acordo com o que eles desejam. Para isso, é necessário analisar e respeitar as peculiaridades de cada país, o perfil de pacientes atendidos e os pontos fracos que precisam ser trabalhados.

O Planetree foi fundado pela Sra. Angelica Thieriot após vivenciar um período traumático de hospitalização. Durante sua internação, a falta de informação, impessoalidade, frieza e escuridão dos ambientes contribuíram para potencializar sua insegurança, ansiedade e medo. Após sobreviver a essa experiência, saiu do hospital firmemente

determinada a mudar a maneira como o cuidado médico é entregue, defendendo os direitos e impondo-se como porta-voz de todos os pacientes.

Juntaram-se a ela, então, uma equipe multidisciplinar de profissionais renomados e visionários entre médicos, enfermeiras, educadores, arquitetos, designers de interior, nutricionistas e administradores financeiros, comprometidos a criar um modelo de cuidado verdadeiramente novo no cenário hospitalar.

Fundada em 1978, essa organização sem fins lucrativos teve seu nome inspirado na árvore “Plátano”, debaixo da qual Hipócrates lecionava. Um dos pontos que deu base à filosofia desse modelo de gestão foram os ensinamentos de Hipócrates aos alunos de medicina: ele enfatizava a importância de ouvir os pacientes.

O resgate da atenção médica com foco no paciente, considerando a influência de suas crenças pessoais, vontades, medos e anseios no tratamento como um todo, é abordado pelos autores do livro “Planetree, Putting Patients First” como fator determinante para gerar contribuições para a cura e recuperação, tendo relação direta com o conceito de incorporar serviços hoteleiros aos hospitais, assim como a desmistificação da internação: um hospital sem aparência, cheiro ou cara de hospital faz parte da finalidade do modelo e é motivo de engajamento de toda equipe comprometida com a sua criação.

Segundo Charmel e Frampton (2008), o cuidado com foco no paciente pode ser definido como um cenário de assistência em saúde no qual os pacientes são encorajados a ter autonomia por meio de envolvimento ativo em seu tratamento; ocorre em um espaço físico agradável e disponibiliza uma equipe dedicada a ir de encontro às necessidades físicas, emocionais e espirituais dos mesmos. Os requisitos necessários para a caracterização de um modelo centrado no paciente podem incluir:

- Uma cultura organizacional que encoraja a equipe a ser sensível às necessidades do paciente durante sua estada no hospital;
 - Um design arquitetônico e interior que dê um toque caseiro e encoraje a mobilidade do paciente, o envolvimento da família no processo e um espaço tanto para solidão quanto para atividades sociais;
 - Ênfase em educação, instrução do paciente e dos familiares;
 - Reconhecimento da nutrição como parte integral da saúde, bem como uma fonte de prazer, conforto e familiaridade;
 - Apoio ao envolvimento de membros da família no processo de tratamento, cuidado e assistência.
- (Fonte: “Building the Business Case for Patient-Centered Care”, Charmel e Frampton, 2008)

Em resumo, as instituições designadas são encorajadas a mudar a maneira como a hospitalização e os hospitais são percebidos pelos pacientes e seus familiares.



Todos os fundamentos e pilares da filosofia podem ser definidos quando três simples perguntas são respondidas pelos pacientes: “Nós o ajudamos a viver a sua vida com dignidade e atingir a saúde ideal?”; “Nós o ajudamos a obter a cura nos mais altos níveis possíveis?”; “Nós o ajudamos a crescer, em todos os aspectos significativos, não importa quem você seja?”.

De acordo com Charmel e Frampton (2008), “Hoje, o cuidado com foco no paciente tem sido abraçado pelos mais influentes prestadores de serviço em saúde, criadores de novas políticas, agências regulamentadoras, corpos de pesquisas e fundadores”. Esse profundo avanço pode ser relacionado a um estudo do *Institute of Medicine* em 2001 que identifica o foco no cuidado centrado no paciente como um dos seis fatores inter-relacionados que constituem a assistência de alta qualidade.

Isso solidificou a aproximação do conceito não apenas como um meio de criar uma experiência mais atrativa ao paciente, mas também como uma prática fundamental para a provisão de um cuidado de alta qualidade.

Figura: What does Patient-Centered Care Mean to You?
Fonte: Frampton, 2010
(adaptada pela autora com tradução livre)

Dessa forma, o modelo em questão agrega os conceitos de hotelaria e qualidade atrelados como parte integrante da assistência, impactando não apenas antes, durante e após a internação com relação à percepção do cuidado e da experiência da hospitalização, mas também contribuem principalmente (e efetivamente) para a criação de um ambiente propício e favorável para a cura e recuperação dos pacientes, agora vistos e reconhecidos como pessoas (em sua totalidade, não considerando isoladamente sua doença ou quadro clínico). Pessoas que trazem com elas crenças, valores e expectativas, além do poder crucial que pode definir a sobrevivência e saúde das organizações: o poder de decidir por essa ou aquela instituição, conforme tais necessidades e expectativas são recebidas e atendidas.

Ousando ir ainda mais longe, o Planetree defende, em um dos principais fundamentos para implantação de sua filosofia nas instituições de saúde, a importância dos ambientes como aliados para proporcionar a cura e recuperação dos pacientes.

Sendo assim, podemos compreender a influência da Arquitetura Hospitalar na promoção de uma assistência mais segura, mais digna e mais humana, tanto para pacientes, acompanhantes e familiares quanto para os diversos profissionais que atuam nos hospitais.

Referências bibliográficas

- ANDRADE, SANTOS e SAMMOUR. *Contribuição da Hotelaria Hospitalar para os Processos de Acreditação de Instituições de Saúde*. São Paulo, Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein, 2008.
- BAKER, Susan e BANK, Leslie. *"I'm Sorry to Hear That..." Real Life Responses to Patients' 101 Most Common Complaints About Health Care*. Connecticut, Fire Starter Publishing, 2008.
- BOEGER, Marcelo. *Aula Proferida no Curso de Pós-Graduação em Hotelaria Hospitalar*. São Paulo, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Israelita Albert Einstein, Março 2010.
- _____. *Gestão em Hospitalidade e Humanização*. São Paulo, Editora Senac, 2009.
- _____. *Hotelaria Hospitalar, Manuais de Especialização*. São Paulo, Editora Manole/Sociedade Brasileira Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2011.
- BRANDALISE, Vitor Hugo. *Hospitais Viram Opção De Lazer e Restaurante*. São Paulo, Jornal O Estado de São Paulo, 5 de Outubro de 2010.
- CABRERA, Luiz Carlos. *Inovação e Liberdade*. São Paulo, revista Você S/A, Ed. Abril, setembro de 2010.
- CALEGARI, Rita. *Humanização, Uma Questão de Atitude*. São Paulo, Palestra ministrada em 5 de outubro de 2010, no IX Fórum de Hotelaria Hospitalar realizado no Centro de Convenções Rebouças.
- CARNEGIE, Dale. *Como Fazer Amigos e Influenciar Pessoas*. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 2003, 51ª edição.
- CHARMEL, Patrick e FRAMPTON, Susan. *Building the Business Case for Patient-Centered Care*. Illinois, revista Healthcare Financial Management, 2008.
- FOLGATO, Marisa. *Cumplicidade e Carinho*. São Paulo, Revista da Abrale, março / abril / maio de 2010.
- FRAMPTON, Susan e CHARMEL, Patrick. *Putting Patients First, Best Practices in Patient-Centered Care Planetree*. San Francisco (EUA), Jossey Bass 2009 (second edition).
- FRAMPTON, Susan. *Planetree, Improving the Patient Experience*. Connecticut, Apresentação em Power Point cedida por Marie Sullivan do Planetree em outubro de 2010.
- HANNOCK, T. *Seeing the Vision, Defining Your Role* KRUPSKI, T. e outros. *Spirituality Influences Health Related Quality of Life*. In.: *Men with Prostate Cancer Psychooncology*. Health Care Forum Journal, maio a junho de 1993.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing The Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century Committee on Quality of Health Care in America*, National Academy Press, Washington, D.C.
- ISAAC, Humberto Jorge. *Saúde como Prioridade*. São Paulo, revista Universo Unimed, janeiro / fevereiro de 2011.
- (The) Joint Commission. *What did the Doctor Say? Improving Health Literacy to Protect Patient Safety Chicago*, The Joint Commission, fevereiro de 2007 Acessada em 17 de dezembro de 2007.
- KRUPSKI, T. e outros. *Spirituality Influences Health Related Quality of Life in Men with Prostate Cancer*. California, Psychooncology, 2006.
- LAS CASAS, A.L. *Marketing: Conceitos Exercícios Casos*. São Paulo: Atlas, 1993.
- LEPORE, Michael. *Understanding Why Caregivers Do What They Do*. Connecticut, revista Planetalk, fevereiro de 2011.
- MAIA, Anselmo e GIL, Antonio. *Miopia em Marketing no Segmento Hospitalar do Brasil*, MTC Desenvolvimento Empresarial 2, 2008.

- MASETTI, Morgana. *Soluções de Palhaços - Transformações na Realidade Hospitalar*. São Paulo, Palas Athena, 1998.
- MCCAUL, K. D., e MALOTT, J. M. *Distraction Coping with Pain*, Psychological Bulletin, 1984.
- MCGAHEY-OAKLAND, P. R., LIEDER, H. S., YOUNG, A. e JEFFERSON, L.S. *Journal of Pediatric Health Care*, 2007.
- MELLO, Kátia. *Vida após o Câncer*. São Paulo, jornal Folha Universal Edição 969, outubro de 2010.
- MIRAMONTES, Andrea. *A Fórmula da Felicidade*, jornal Folha Universal Edição 965, outubro de 2010.
- MUSSAK, Eugenio. *Encontre sua Filosofia*. São Paulo, revista Você S/A, Abril, setembro de 2010.
- PAVAN, Cleusa. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. São Paulo, Palestra ministrada em 18 de março de 2011 no Hospital Emílio Ribas.
- PILZER, Paul Zane. *The New Wellness Revolution: How to Make a Fortune in the Next Trillion Dollar Industry*. Nova Jersey, John Wiley and Sons, Inc. Roboken, 2002.
- RAGNESKOG, H. e outros. *Dinner Music for Demented Patients: Analysis of Video-Recorded Observations*. Clinical Nursing Research, 1996.
- ROSSO, Fabrício. *Gestão ou Indigestão de Pessoas? Manual de Sobrevivência para RH na área da Saúde*. São Paulo, Edições Loyola, 2003.
- SENDIN, Tatiana. *A Era dos Valores*. São Paulo, revista Você RH, Abril, julho / agosto de 2010.
- STANDLEY, J. *Clinical Applications of Music and Chemotherapy: The Effects on Nausea and Emesis*. Music Therapy Perspectives, 1992.
- SZKLARZ, Eduardo. *Abrace o Colega ao Lado*. São Paulo, revista Super Interessante, maio de 2010.
- TARABOULSI, Fadi Antoine. *Administração em Hotelaria Hospitalar*. São Paulo, Editora Atlas S.A., 2003.
- (The) Joint Commission. *National Patient Safety Goals The Joint Commission*, fevereiro de 2007. Acessada em 17 de dezembro de 2007.
- TOZZI, Elisa e BASTOS, Thiago. *Seja Feliz*. São Paulo, revista Você S/A, Ed. Abril, setembro de 2010, edição 147.
- TRESOLINI, C. P., e PEW-FETZER. *Task Force. Health Professions Education and Relationship-Centered Care*. São Francisco, Pew Health Professions Commission, 1994.
- ULRICH, R. S. Biophilic. *Theory and Research for Health Design*. In.: S. Kellert, J. Herwagen, and M. Mador, *Biophilic Design: Theory, Science, and Practice*. Nova York, Wiley, 2008.
- _____. *View Through a Window May Influence Recovery from Surgery*. Science, 1984.
- WALSH, S. M. MARTIN, S. C. e SCMDIT, L. A. *Testing the Efficacy of a Creative-Arts-Intervention with Family Caregivers of Patients with Cancer*. Journal of Nursing Scholarship, 2004.
- WEIS, Charmaine. *When our Patients Talk, We Listen*. Connecticut, revista Planetalk, fevereiro de 2011.
- ZANOVELLO, Ana Lúcia. *Aula Proferida no Curso de Pós-Graduação em Hotelaria Hospitalar*. São Paulo, Instituto de Ensino e Pesquisa Hospital Israelita Albert Einstein, Agosto 2010.

Webgrafia

- Acreditação Canadense, acesso em março de 2011 <<http://www accreditation.ca/about-us/>>.
- BACH, Peter, Md. The Doctor Who Knew Too Much Well Blog, The New York Times, acesso em 4 de março de 2011 <<http://well.blogs.nytimes.com/2011/03/01/the-doctor-who-knew-too-much/?ref=health>>.
- Carta de Direitos dos Usuários (PNH) acesso em março de 2011 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>.
- CQH, acesso em março 2011 <<http://www.cqh.org.br/?q=quemsomos>>.
- Dicionário, acesso em 27 de março de 2011<<http://michaelis.uol.com.br/>>.
- Do Medical Inpatients Who Report Poor Service Quality experience More Adverse Events and Medical Errors?* Med Care. 2008, acesso em março de 2011 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18219252>>.
- DUO, Thaia Unimeds apresenta resultado da verticalização, Saúde Business Web, acesso em março de 2011 <<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=57228>>.
- Joint Commission, acesso em março de 2011 <http://www.jointcommission.org/about_us/>.
- MARTINS, Ana Paula. Competição Baseada em Valor é a Saída para a Saúde Saúde Business Web, acesso em fevereiro de 2011 <<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=43302>>.
- Momentos da Verdade, acesso em 21 de março de 2011 <<http://www.cullencia.com.br/archives/206>>.
- ONA, acesso em março de 2011 <<https://www.ona.org.br/Pagina/20/Conheca-a-ONA>>.
- PNAS High income improves evaluation of life but not emotional well-being, acesso em 30 de março de 2011 <www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1011492107>.
- Portal Humaniza, acesso em março de 2011 <www.portalhumaniza.org.br>

Política Nacional de Humanização, acesso em março de 2011 <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342,>

Portal Saúde (Ministério da Saúde), acesso em março de 2011 <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288>

Reitora e Professora de economia e relações públicas da Escola Woodrow Wilson, Christina Paxson, acesso em 30 de março de 2011 <http://www.princeton.edu/people/display_person.xml?netid=cpaxson&display=Professors>

Verticalização da Saúde Suplementar, Saúde Business Web, acessada em março de 2011 <<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=49635>>

Vídeos

Animal Therapy e Spirituality, the Importance of Inner Resources, acesso em março de 2011

<http://www.planetree.org/>

Marília Gabriela Entrevista Dra. Nise Yamaguchi, transmitida em 14 de novembro de 2010 (acesso em março de 2011)

<http://www.youtube.com/watch?v=kglue0FdTTM>

<http://www.youtube.com/watch?v=IFSRLFk1KXE>

<http://www.youtube.com/watch?v=j6z5hXgDPIM>

<http://www.youtube.com/watch?v=9pS7rBeoVmo>

Sharp Coronado Hospital, acesso em outubro de 2010

<http://www.youtube.com/watch?v=eubZ8tzHf3A>

O hub de saúde

Erick Vicente

Trabalho brasileiro premiado com menção honrosa no “2017 UIA-PHG International Student & Young Architect Competition - Smart, Green & Beyond: Healthcare Facility of the Future”

Para saber mais sobre o concurso, acesse: <https://www.uia-phg.org/2017-competition>

Como poderiam ser as unidades de saúde do futuro?



Refletindo sobre os caminhos que as instituições de saúde contemporâneas no Brasil, públicas e privadas, estão tomando - isoladas do contexto urbano e cada vez menos preocupadas em promover melhoras do convívio social - a resposta da pergunta acima deveria sugerir uma rápida mudança de paradigma. Portanto, a ideia aqui sugerida pretende ampliar os horizontes das unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo na intenção de criar um equipamento social que possa oferecer à comunidade espaços de convivência, lazer, esporte, além de tratar a saúde dos habitantes locais de forma preventiva e humanizada.

Assim, surge o Healthcare Hub, uma clínica de saúde pública que, além de praticar a medicina preventiva, realizar exames básicos e tratamentos ambulatoriais simples, se abre para a comunidade oferecendo espaços de convivência, lazer e esportes. Associado ao programa misto de atividades, numa mescla de centro comunitário e de saúde, a proposta é que esse equipamento urbano seja gerido por meio de um sistema digital informatizado, conectado à internet, que organize os atendimentos e os exames, além de gerar dados epidemiológicos em tempo real para alimentar as estratégias públicas de gestão.

O território

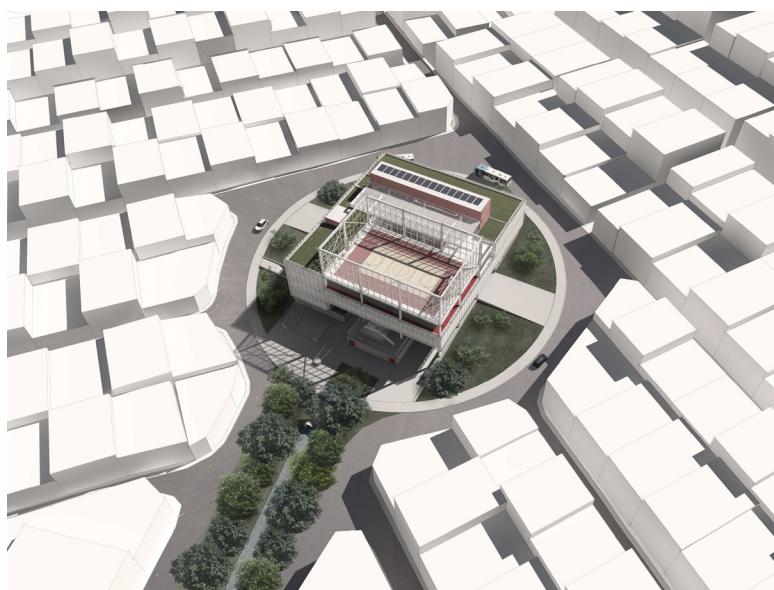
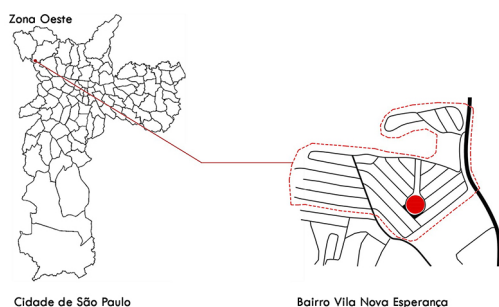
O local escolhido para a implantação desse equipamento social foi um bairro da periferia de São Paulo chamado Vila Nova Esperança, localizado na região noroeste da cidade. Trata-se de um bairro relativamente novo que não possui nenhum equipamento de saúde pública. Os habitantes desse local precisam se deslocar por longas distâncias para ter acesso a atendimento médico, exames e tratamentos.

Bem no centro do bairro, existe uma área desocupada, em formato de círculo que, muito provavelmente, foi desenhada para receber uma praça pública com áreas de convivência. Foi construído no local uma quadra

poliesportiva, um pequeno *playground* e uma academia ao ar livre. Porém, se degradou rapidamente, evidenciando o fracasso da ocupação do espaço em virtude da falta de um desenho urbano adequado.

Esse espaço foi selecionado para implantar o Healthcare Hub para atingir dois objetivos simultaneamente: oferecer atendimento à saúde, que o bairro não possui, e ocupar o espaço de forma mais efetiva, dando-lhe o caráter cívico imaginado inicialmente, agregando áreas de lazer e esporte.

O tipo de unidade de saúde



A ideia é criar um condensador urbano, onde o atendimento à saúde seja a atividade principal: a motivadora da ocupação do espaço.

Sendo assim, o Healthcare Hub oferece uma clínica pública de saúde básica, espaços de convivência, de lazer e para a prática de esportes.

A clínica possui ambulatório geral (adulto e geriátrico), ginecológico, pediátrico e odontológico; uma unidade de exames por imagem (com aparelhos de raio-X, tomografia computadorizada, densitometria, endoscopia, ultrassonografia, mamografia, ecocardiograma, eletrocardiograma, Holter e ergometria); um laboratório de análises clínicas com capacidade para analisar amostras de sangue, urina e fezes; uma farmácia para a distribuição de remédios; uma unidade de Fisioterapia e uma unidade de Terapia Ocupacional.

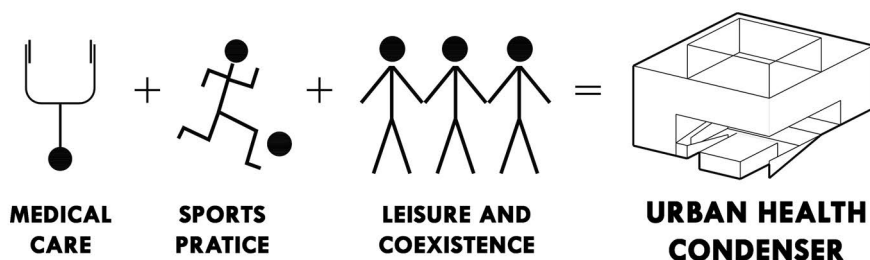
O âmbito do atendimento será local, preventivo e de tratamento para recuperação motora e psicológica. Essa unidade não realizará atendimento de urgência, emergência, intervenções invasivas, procedimentos complexos, cirurgias e internações. Será o primeiro estágio do nível de atendimento público, monitorando a saúde da população, distribuindo os pacientes para as outras instituições antecipadamente e tratando casos simples de recuperação motora e psicológica.

Além do programa de atenção e tratamento à saúde, o Healthcare Hub deseja oferecer um espaço cívico, inexistente hoje no bairro.

Nos pavimentos que se relacionam diretamente com a cidade (térreo com dois níveis diferentes), serão criados um auditório (para estabelecer um diálogo com a comunidade e oferecer peças de teatro e shows), uma academia ao ar livre, um *playground* e uma área para a prática do skate. Todas essas áreas poderão ser utilizadas 24 horas. Na cobertura, que poderá ser acessada diretamente pela entrada principal por meio de escada e elevadores, sem

passar por nenhuma unidade clínica, será criada uma quadra poliesportiva que poderá funcionar 15 horas por dia, sete dias por semana.

A proposta é que todos esses espaços sejam construídos para que se relacionem intensamente com a cidade no intuito de melhorar o convívio urbano local.



A tecnologia

Por se tratar de um equipamento social, com gestão pública, optou-se por não dotar o edifício de tecnologias que demoraria muito a ter custos acessíveis para o Estado. A decisão foi escolher tecnologias que se encontram em desenvolvimento ou já estão disponíveis. Esse equipamento social será gerido por meio de um sistema eletrônico com interface on-line, realizando duas tarefas: gerenciar a relação entre a instituição e os habitantes, por meio de um aplicativo de smartphone, e gerar dados epidemiológicos para um Big Data de saúde, fornecendo informações estratégicas para a gestão pública.

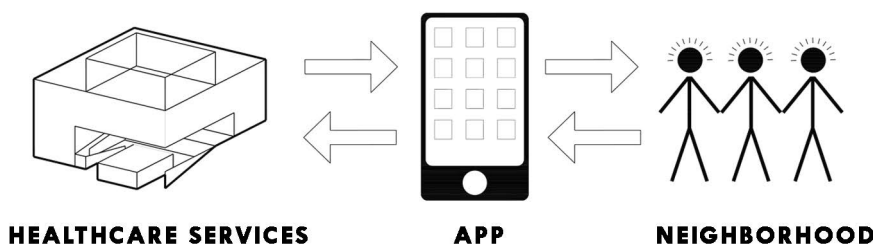


O aplicativo

O Healthcare Hub terá uma equipe de Tecnologia da Informação para gerenciar o sistema eletrônico, o aplicativo de relacionamento com a comunidade e todo o banco de dados gerados.

Cada habitante do bairro terá que instalar o aplicativo em seu smartphone, fazer o cadastro e gerar um perfil que será *linkado* aos membros da sua família que morem na mesma residência. O aplicativo avisará os membros das famílias sobre as datas das consultas, dos exames e dos demais atendimentos. Essa organização será feita pelo sistema eletrônico de gerenciamento da instituição.

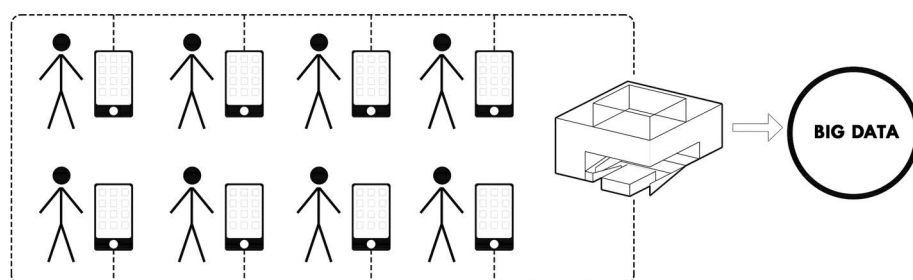
A interface, em tempo real entre sistema e aplicativo, terá a função de otimizar os processos, desmarcar consultas com mais rapidez (por meio da confirmação dos moradores e dos médicos), realizar reagendamentos e monitorar a frequência de cuidado com a própria saúde. Assim, será possível saber quando alguém abandonar o tratamento ou não comparecer às consultas.



Big Data

Esse sistema, com a interface do aplicativo, irá gerar dados concretos do perfil epidemiológico da região, oferecendo informações e estatísticas preciosas para o poder público planejar melhor seus investimentos.

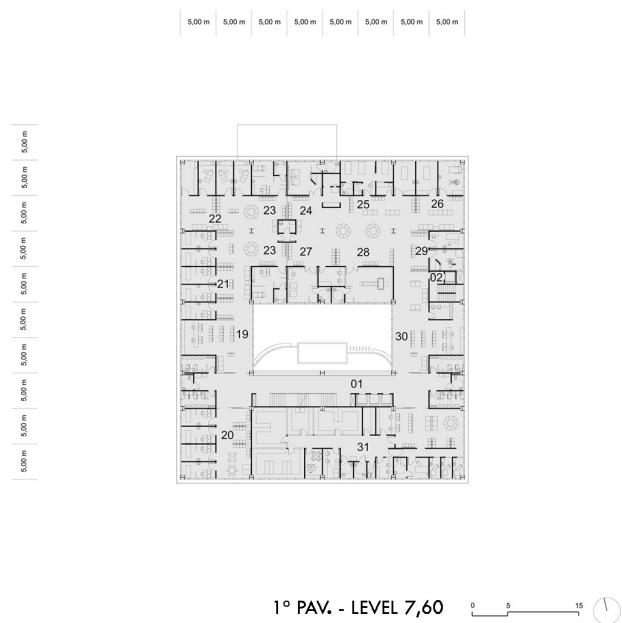
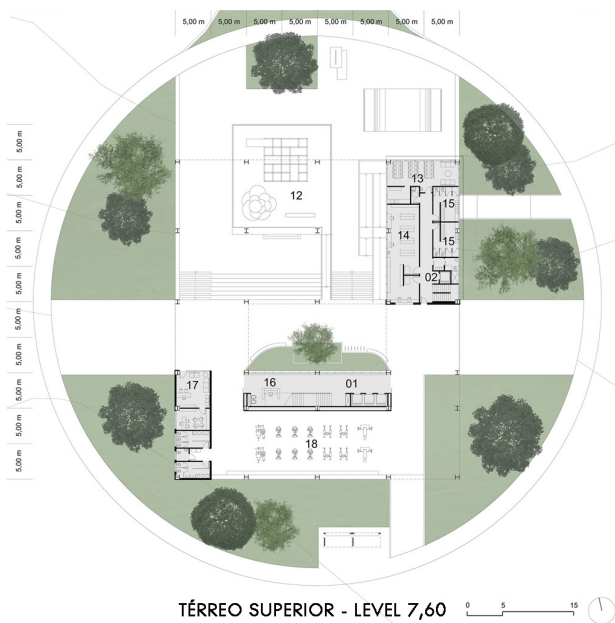
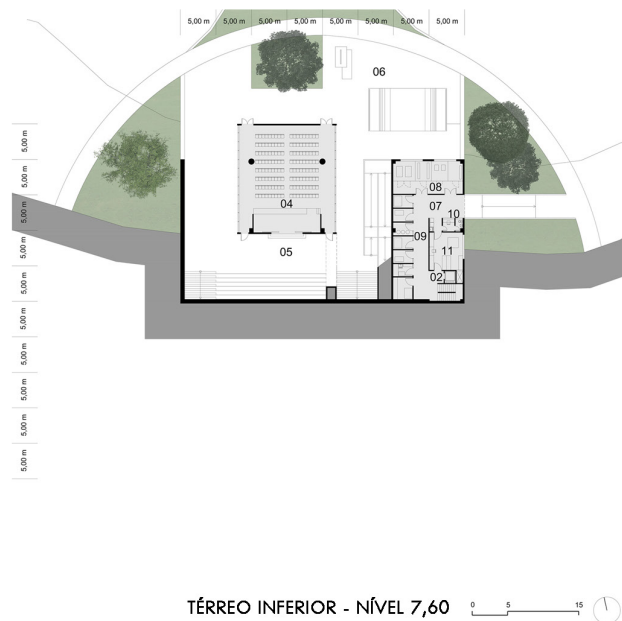
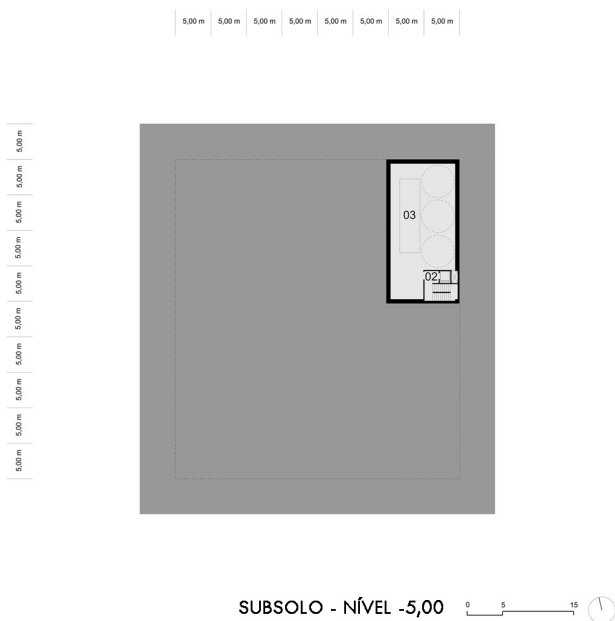
A unidade da Tecnologia da Informação da instituição será responsável pela segurança desses dados, impedindo que os históricos de saúde dos habitantes se tornem públicos. A proposta é que os dados sejam codificados e compilados de acordo com as solicitações da Secretaria de Saúde Pública.



Infraestrutura física

Planejamos construir o edifício por meio de sistemas pré-fabricados com componentes, na sua maioria, metálicos. Todo o projeto respeita a modulação de 1,25m x 1,25m, gerando grande flexibilidade para a produção dos componentes, a instalação e as futuras alterações e trocas. A edificação foi pensada de acordo com a necessidade de constantes atualizações dos prédios de saúde, portanto, que seja flexível, facilitando futuras obras e mudanças nas instalações.

Um dos elementos que geram essa flexibilidade é o espaço técnico, dedicado às máquinas mais robustas, localizado acima da unidade de exames por imagem e abaixo da quadra poliesportiva. Esse espaço será destinado para a instalação das máquinas de ar-condicionado, reservatórios de água pluvial, equipamentos para tratamento de água, medidores, transformadores, bombas etc. Seu tamanho permite o incremento de tecnologia, além da facilidade de manutenção dos equipamentos já instalados.

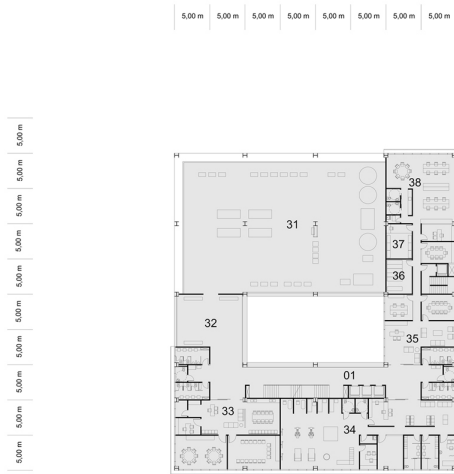


Legenda:

- 01- circulação vertical pública
- 02- circulação vertical interna
- 03- casa de máquinas inferior
- 04- auditório
- 05- espaço público
- 06- skate
- 07- acesso de suprimentos
- 08- central de energia
- 09- áreas técnicas

- 10- segurança
- 11- almoxarifado
- 12- lazer infantil
- 13- conforto médico
- 14- farmácia
- 15- vestiários
- 16- informações
- 17- assistência social
- 18- academia aberta
- 19- sala de espera
- 20- ambulatório pediátrico

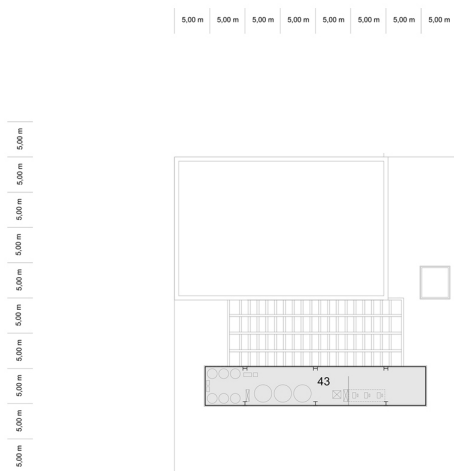
- 21- ambulatório geral
- 22- odontologia
- 23- ginecologia
- 24- RX
- 25- endoscopia
- 26- cardiologia
- 27- densitometria
- 28- tomografia computadorizada
- 29- ultrassom e mamografia
- 30- retirada de exames
- 31- andar técnico



2º PAV. - NÍVEL 7,60 0 5 15



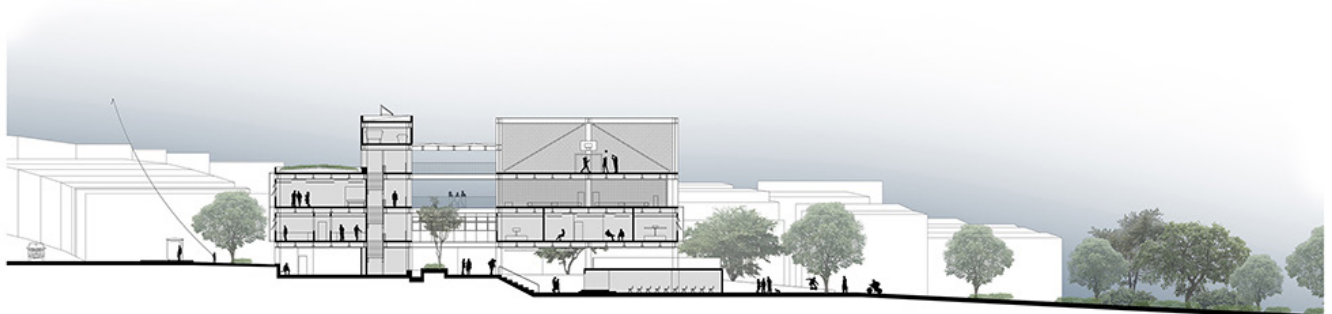
COBERTURA - NÍVEL 11,40 0 5 15



CASA DE MÁQUINAS - NÍVEL 14,65 0 5 15

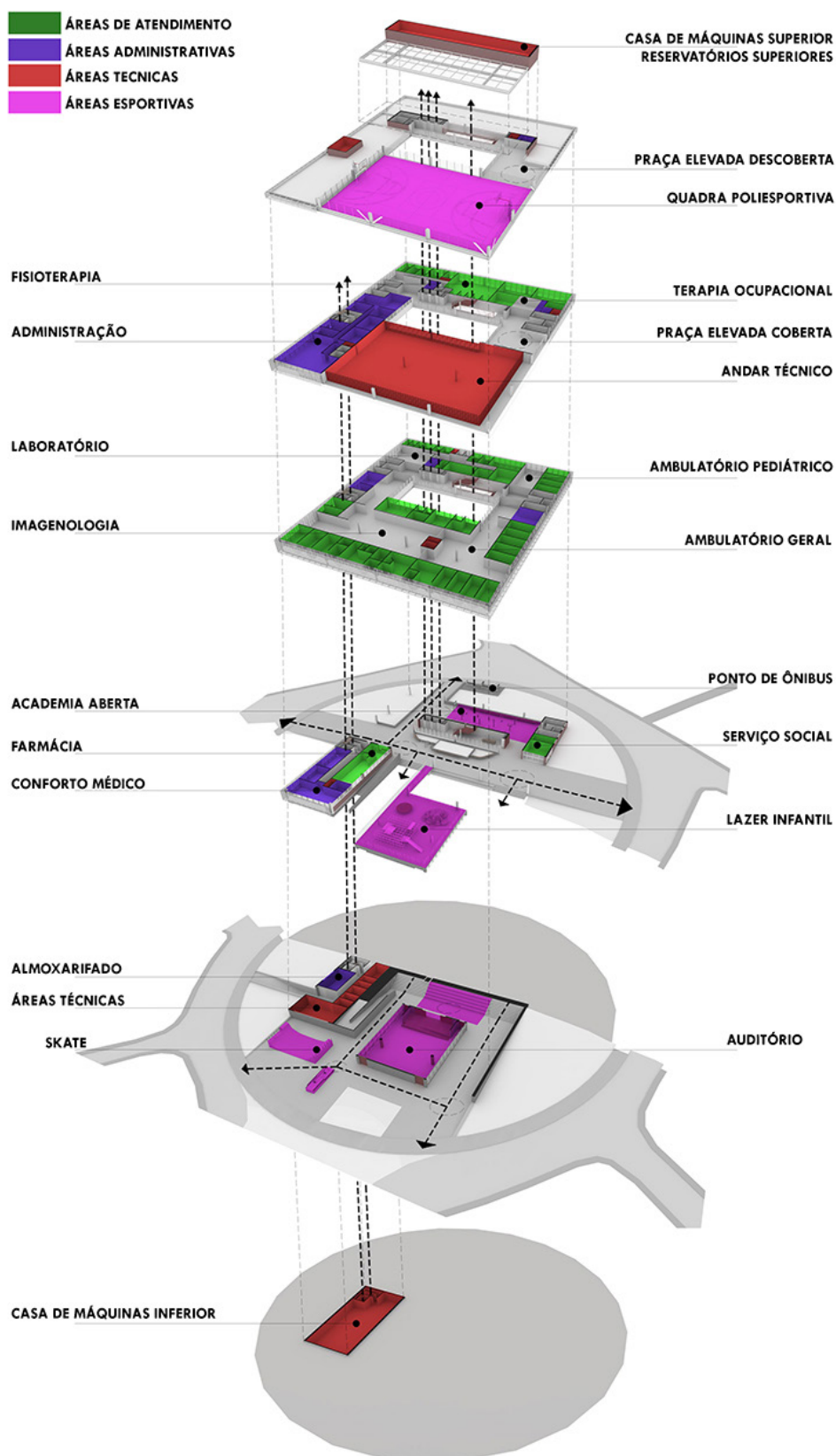
Legendas

- 32- praça coberta
- 33- terapia ocupacional
- 34- fisioterapia
- 35- secretaria
- 36- arquivos físicos
- 37- servidor
- 38- administração
- 39- quadra poliesportiva
- 40- praça descoberta
- 41- suporte
- 42- casa de máquinas
- 43- casa de máquinas e reservatórios elevados



CORTE LONGITUDINAL 0 5 10 20 50

DISTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA



Sistemas sustentáveis

Para reduzir o consumo de recursos naturais, alguns sistemas foram sugeridos.

Para a geração de energia elétrica, propomos um sistema composto por placas fotovoltaicas, sem armazenagem por baterias.

Para o consumo de água, utilizaremos um sistema de filtragem e reutilização de água pluvial e do córrego que existe no local para o acionamento das descargas dos vasos sanitários, cubas de despejo, rega de jardins e lavagem das áreas externas.

O esgoto será totalmente tratado no local por estação compacta formada por filtros anaeróbios e aeróbios, despejando a água limpa no córrego existente.

Geração de energia

O sistema de geração de energia trata-se de uma pequena usina solar, composta por placas fotovoltaicas, que gera energia em tempo real durante o dia, injetando o excedente na rede elétrica local. A capacidade de geração do sistema é de duas vezes o consumo diurno da instituição, sendo o excedente, cerca de 50% da produção, 'emprestado' à concessionária pública. Durante a noite, quando o consumo de energia é menor (pois a unidade de exames por imagem e o laboratório não estarão em operação), planejamos uma troca de fonte de alimentação, em que a instituição passará a ser alimentada pela energia da concessionária por meio da 'devolução' de parte da energia 'emprestada'. Dessa forma, não haverá custo de consumo de energia além do valor de instalação e manutenção do sistema, cujo retorno do investimento poderá acontecer em menos de três anos.

Tratamento e reutilização de água

Nossa proposta é captar as águas pluviais e armazená-las em reservatórios localizados no espaço técnico do segundo pavimento que, posteriormente, serão tratadas por filtros anaeróbios, cloradas (para não serem confundidas com água potável) e direcionadas, através de bombeamento, até reservatórios específicos na casa de máquinas da cobertura para que possam alimentar o sistema auxiliar destinado aos vasos sanitários, ao sistema de rega e à lavagem das áreas externas. Nos períodos não chuvosos, esse sistema poderá ser alimentado com a água do córrego existente, que será captada na área técnica do subsolo, bombeada até os reservatórios de reúso, tratada e distribuída no sistema auxiliar.

Tratamento de esgoto

Dentro do nosso planejamento, o esgoto não será despejado no sistema público. Ele será armazenado, tratado e, após apresentar condições adequadas para o meio ambiente, despejado no córrego existente. O tratamento será feito por um sistema compacto, industrializado, composto por filtros biológicos anaeróbio e aeróbio, enterrados e acessíveis pela área técnica do subsolo.





IPH

INSTITUTO DE
PESQUISAS
HOSPITALARES
ARQUITETO
JARBAS KARMAN