



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO
Programa de Pós-Graduação em Arquitetura - PROARQ



**HOSPITAIS DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DO RIO DE
JANEIRO: UMA NOVA ABORDAGEM PARA A
EFICIÊNCIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO.**

ELZA MARIA ALVES COSTEIRA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROARQ – FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
RACIONALIZAÇÃO DO PROJETO E DA CONSTRUÇÃO

Orientador: Mauro César de Oliveira Santos (Dr.)
Co-orientadora: Ivani Burstyn (Dra.)

RIO DE JANEIRO

ABRIL/ 2003

HOSPITAIS DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: UMA NOVA ABORDAGEM PARA A EFICIÊNCIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO.

ELZA MARIA ALVES COSTEIRA

Dissertação submetida ao Corpo Docente do Curso de Mestrado em Arquitetura, área de concentração de Racionalização do Projeto e da Construção, da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção de grau de Mestre em Ciências da Arquitetura (M.Sc.).

Aprovada por:

Prof. Mauro César de Oliveira Santos (Dr.)- Orientador

Profª Ivani Burstyn (Dra.)- Co-orientadora

Prof. Luiz Fernando Rangel Tura (Dr.)

Prof. José Gustavo Francis Abdalla (Dr.)

RIO DE JANEIRO

ABRIL/ 2003

COSTEIRA, ELZA MARIA ALVES.

**Hospitais de Emergência da Cidade do Rio de Janeiro: Uma Nova
Abordagem para a Eficiência do Ambiente Construído.** Rio de Janeiro: FAU/UFRJ, 2003.

x, 206 p. 29,7 cm. (FAU/UFRJ, M.Sc. Arquitetura, 2003).

Dissertação: Mestrado em Arquitetura (Racionalização do Projeto e da Construção)
FAU/UFRJ.

1. Arquitetura 2. Hospital 3. Emergência 4. Rio de Janeiro
I. FAU/UFRJ II. Título (série)

Dedicatória

*Dedico este trabalho ao meu pai, que é o meu melhor exemplo de
caráter, honestidade,
trabalho e amor.*

Agradecimentos

Agradeço a todos que apoiaram e ajudaram na confecção deste trabalho, tornando possível, através de informações, material, palpites, entusiasmo e apoio, que o mesmo fosse concluído no tempo previsto e com o apuro e a dedicação a que me propus, em especial:

Ao Fábio e à Regina, que me mostraram o caminho da Saúde;

À Claudia, que me trouxe de volta à FAU;

Aos colegas da SMS, pela disponibilização de material, plantas e entrevistas, em especial João, Nelson e Cléo;

Aos queridos amigos do mestrado, pelo entusiasmo e convivência inesquecíveis;

Aos colegas do Espaço Saúde, pelo apoio valioso e amizade, em especial Maria Paula e Gustavo;

Aos meus familiares e amigos, pelo estímulo e alento;

Ao meu amado Guilherme, pela paciência, apoio incondicional, estímulo e carinho, durante a confecção da dissertação, na edição das plantas deste trabalho, e na vida.

RESUMO

HOSPITAIS DE EMERGÊNCIA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: UMA NOVA ABORDAGEM PARA A EFICIÊNCIA DO AMBIENTE CONSTRUÍDO.

ELZA MARIA ALVES COSTEIRA

ABRIL 2003

Este trabalho apresenta uma avaliação dos projetos dos hospitais de emergência da Cidade do Rio de Janeiro, buscando, a partir da análise de suas deficiências e problemas, e dos critérios preconizados para o hospital do futuro, estabelecer conceitos de qualidade e eficiência, que possam embasar uma nova abordagem para projetos de arquitetura hospitalar, agregando elementos de racionalização dos espaços, conforto ambiental, sustentabilidade e flexibilidade à sua concepção e construção.

ABSTRACT

EMERGENCY HOSPITALS OF THE CITY OF RIO DE JANEIRO: A NEW APPROACH FOR THE EFFICIENCY OF THE BUILT ENVIRONMENT.

ELZA MARIA ALVES COSTEIRA

APRIL 2003

This work presents an evaluation of architectural design of emergency health care units, in the city of Rio de Janeiro, in order to establish concepts of quality and efficiency, that can be able to build a new approach for the design of health care establishments, and that can add issues of rational spaces, environmental comfort, sustainability and flexibility to its concepts and building.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 ASPECTOS HISTÓRICOS	
1.1 A HISTÓRIA DO HOSPITAL	6
1.1.1 Antiguidade	6
1.1.2 Idade Média	9
1.1.3 O nascimento da clínica	12
1.1.4 Os hospitais pavilhonares do século XIX	18
1.1.5 Hospitais Monobloco	22
1.1.6 Os mega hospitais do século XX	25
1.2 A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO BRASIL	27
1.2.1 Primórdios: as Santas Casas	27
1.2.2 A saúde pública no Rio de Janeiro	31
1.2.3 Oswaldo Cruz	33
1.2.4 A reforma Pedro Ernesto	36
1.2.5 A SUSEME	39
1.2.6 O Sistema Nacional de Previdência Social	40
1.2.7 A privatização da saúde e a crise da Previdência	43
1.2.8 A Lei Orgânica de Saúde e o SUS	46
1.2.9 Acreditação de sistemas de saúde	49
1.2.9.1 Conceitos	49
1.2.9.2 Processo	51
1.2.9.3 Padrões	52
1.2.9.4 Funções	53
CAPÍTULO 2 OS HOSPITAIS DE EMERGÊNCIA NO RIO DE JANEIRO	
2.1 A REDE MUNICIPAL DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA	58
2.2 IMPLANTAÇÃO DA REDE MUNICIPAL	60

2.3	CAPACIDADE INSTALADA E COBERTURA	61
2.4	PERFIL DOS ATENDIMENTOS	63
2.5	EXPANSÃO DA OFERTA	66

CAPÍTULO 3 A ARQUITETURA NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

3.1	METODOLOGIA	68
3.1.1	Levantamento de informações	69
3.1.2	Análise de projetos de arquitetura	70
3.1.3	Entrevistas e reuniões com informantes-chave	70
3.2	OS NOVOS PROJETOS NO RIO DE JANEIRO	71
3.2.1	Hospital Municipal Souza Aguiar	72
3.2.1.1	História e evolução da estrutura física	72
3.2.1.2	Perfil do atendimento	78
3.2.1.3	O projeto para o novo Serviço de Pronto Atendimento	80
3.2.2	O Hospital Municipal Miguel Couto	86
3.2.2.1	História e evolução da estrutura física	86
3.2.2.2	Perfil do atendimento	88
3.2.2.3	O projeto para a nova Emergência	90
3.2.3	O Hospital Municipal Salgado Filho	94
3.2.3.1	História e evolução da estrutura física	94
3.2.3.2	Perfil do atendimento	97
3.2.3.3	O projeto para a nova Emergência	99
3.2.4	O Hospital Municipal Lourenço Jorge	106
3.2.4.1	História e evolução da estrutura física	106
3.2.4.2	Perfil do atendimento	109
3.2.4.3	O projeto de reestruturação	112
3.3	ANÁLISE DOS ELEMENTOS DE ARQUITETURA OBSERVADOS	117
3.3.1	Acessos, “Porta de Entrada” e Triagem	117
3.3.2	Circulações e distribuição de fluxos e funções	123
3.3.3	O impacto da incorporação de tecnologia	127
3.3.4	Ambientação e conforto ambiental	131

CAPÍTULO 4 O HOSPITAL DO FUTURO		
4.1	UMA NOVA ABORDAGEM PARA PROJETOS HOSPITALARES	138
4.1.1	As novas diretrizes na assistência à saúde	138
4.1.2	Patient Centered Care	139
4.1.3	O velho torna-se novo	141
4.2	PROJETO E IMPLANTAÇÃO	143
4.2.1	Acolhimento e informatização	144
4.2.2	Atendimento pré-hospitalar	155
4.2.3	Ambiente multiprofissional	161
4.2.4	Promoção da saúde	167
4.3	REFORMAS E AMPLIAÇÕES: A QUESTÃO DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA	170
4.4	CONFORTO AMBIENTAL E HUMANIZAÇÃO	173
4.5	CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR	187
	CAPÍTULO 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	194
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	200



INTRODUÇÃO

A concepção dos projetos arquitetônicos para os Estabelecimentos de Assistência à Saúde no Brasil, e o uso de conceitos para a organização dos seus espaços físicos segundo parâmetros rígidos e, geralmente, oriundos de conceitos importados, nem sempre se norteiam pelo modelo mais adequado às atividades exercidas nestes ambientes, aos custos e tecnologias apropriadas aos seus locais de implantação e à oferta de mão de obra, quase sempre despreparada, para realizar a sua construção e operação.

É necessário que se estabeleçam parâmetros para a concepção e implantação de EAS, projetados para oferecerem cuidados de assistência à saúde, utilizando tecnologias adequadas à realidade brasileira, otimizando custos e tempo de construção, flexibilizando seus programas e possibilitando, através de sua disseminação, o aumento da oferta de serviços e do alcance a maiores parcelas de usuários, sempre carentes deste tipo de atenção, na promoção da saúde.

Normalmente pensamos em SAÚDE como o estado da ausência de doenças no ser humano e de longevidade ou ausência do risco de morte. Aurélio Buarque de Hollanda nos ensina:

“Saúde s.f. Estado do que é **são** ou de quem tem as funções orgânicas no seu estado normal”
(BUARQUE DE HOLLANDA FERREIRA, 1967, p 1093).

No entanto, nos dias de hoje, o termo SAÚDE, tem um significado muito mais abrangente e está ligado às premissas que definem qualidade de vida. Sob esta nova ótica os parâmetros que indicam uma vida saudável incluem também a capacidade do ser humano de usufruir educação, cultura, trabalho, bem estar em todos os níveis e de uma vida produtiva e com qualidade.

“Entendida inicialmente apenas como ausência de doença e menor risco de morrer prematuramente, a saúde passou a ser considerada como capacidade de realizar trabalho produtivo, e, portanto, recurso estratégico do processo de desenvolvimento. Mais recentemente, a saúde vem sendo destacada também como componente indissociável da qualidade de vida, expressão de elementos positivos determinados pelas condições materiais de existência ou associados a questões subjetivas, decorrentes das relações dos indivíduos entre si e com a sociedade” (IPEA, 2001, p. 3).

Assistimos também, nas últimas décadas, a um aumento da expectativa de vida, o que ocasiona um número cada vez maior de idosos a requerer cuidados a doenças crônicas e maior qualidade para os

anos que se somam e que podem continuar a ser produtivos e completos, sem restrições e barreiras físicas que limitem o seu gozo.

Certamente o papel do arquiteto como participante de uma desejável equipe multidisciplinar para o estudo de propostas que venham atender às novas premissas na abordagem da questão da saúde, é inegável. O planejamento urbano incorpora, neste momento, uma visão cada vez mais abrangente, agregando ações estruturadas em conceitos de desenvolvimento sustentável, e tendo a qualidade de vida como o norte para as decisões.

Igualmente torna-se necessário repensar a formatação da estrutura física de EAS, para que possam atender ao novo perfil das atividades de assistência e promoção da saúde, e que incorporem flexibilidade, adequação ao clima e especificidades locais aos seus projetos e sistemas construtivos.

O crescimento da demanda e a urgência na implantação de novas unidades de atendimento à saúde, que possam acompanhar a desenfreada criação de novos municípios, necessitam projetos arquitetônicos e sistemas construtivos que atendam às novas premissas de assistência e que consigam agilizar a descentralização dos cuidados básicos e da promoção da saúde, o que já era preconizado na década de 70, por arquitetos e planejadores.

“A Saúde Pública, em um país como o nosso, deveria ser sempre uma das metas prioritárias de qualquer governo. Infelizmente, é comum a preocupação exclusiva com a construção de hospitais, deixando os Postos de Saúde em completo abandono. Isto, apesar de seu menor custo de obra e de equipamento e do seu infinitamente maior resultado social (FERRER, 1977/1978, p. 30).

Apesar das tentativas de ampliação da rede de estabelecimentos de saúde nas grandes metrópoles, como o Rio de Janeiro, e da crescente incorporação tecnológica, especialmente dos meios de apoio ao diagnóstico, que presenciamos nos serviços, pode-se concluir que a distribuição e a democratização do atendimento ainda não foi atingida e não consegue dar conta das angústias e das expectativas das populações para a melhoria da sua qualidade de vida.

“A simples expansão da oferta de serviços, e a utilização dessas novas tecnologias, não tem sido capazes, porém, de aliviar o sentimento de incerteza, solidão e os desgastes decorrentes do aumento da vida humana, dissociada de contextos efetivos de apoio da família e de coesão social”. (IPEA, 2001, p. 3).

Cabe ao arquiteto empreender esforços, junto aos demais profissionais da área, para encontrar respostas aos desafios que se apresentam, especialmente no que diz respeito ao planejamento e aplicação de novas tecnologias que atendam à implantação e construção de ambientes para o exercício de atividades de assistência à saúde, incorporando conceitos de prevenção e promoção da saúde, flexibilizando projetos e sistemas construtivos e, especialmente tendo como princípios a humanização destes espaços e a sua inserção no ambiente geográfico, cultural e de desenvolvimento tecnológico de sua implantação.



Fig. 1.1-- Cena de hospital, de Jean Geoffroy, 1903.

Fonte- [www. ap-hop.paris.fr](http://www.ap-hop.paris.fr), 2003.



CAPÍTULO 1
ASPECTOS HISTÓRICOS

1.1 A HISTÓRIA DO HOSPITAL

Quando empreendemos a pesquisa a respeito do surgimento do hospital, nos deparamos com a questão de sua arquitetura pontuando a preocupação com a administração de cuidados, aos que necessitam de assistência, desde os mais remotos tempos da História. A partir do artigo de Antunes (1989), que preconiza o surgimento da “geografia hospitalar” como uma nova disciplina, que enfoca o estudo das instituições de atenção à doença, observamos a preocupação com a implantação e a formatação destes espaços, no sentido de proporcionar adequada ambientação para as atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à saúde.

“Muito antes que a medicina, a arquitetura foi a primeira arte a ocupar-se do hospital. A idéia de que o doente necessita de cuidados e abrigo é anterior à possibilidade de lhe dispensar tratamento médico. E todas as cidades, em todas as épocas, mobilizaram-se para prover esta necessidade.” (ANTUNES, 1989, p. 227/228).

Neste contexto, observamos o hospital como o espaço pleno de simbologia e significado, como edifício destacado na malha urbana, onde os enfermos têm acolhimento, e, ao lado de acervo monumental de documentos, privilegia a prática do saber médico e a produção de conhecimentos humanos em geral.

1.1.1 ANTIGUIDADE

A concepção das instituições de assistência à saúde, na Antiguidade, tem como proposta, a de dispensar cuidados ao corpo e à alma dos indivíduos. Podemos observar a conformação de suas estruturas, com a construção de termas, templos e espaços para a meditação e a prece, junto aos oráculos e aos espaços de acolhimento de peregrinos e doentes. Observamos na implantação das Termas de Badenweiler, na Floresta Negra, a distribuição de ambientes e localização das piscinas, a partir do local de captação das águas, assim como dos fornos subterrâneos.

“Por volta de 70 dC, sob a administração de Vespasiano foram construídas as termas de Badenweiler (Baden Wurtemberg, Alemanha). Esta estação termal continua ativa, até hoje, para o tratamento de reumatismos, problemas das articulações, circulação e vias respiratórias” (MIQUELIN, 1992, p. 31/32).

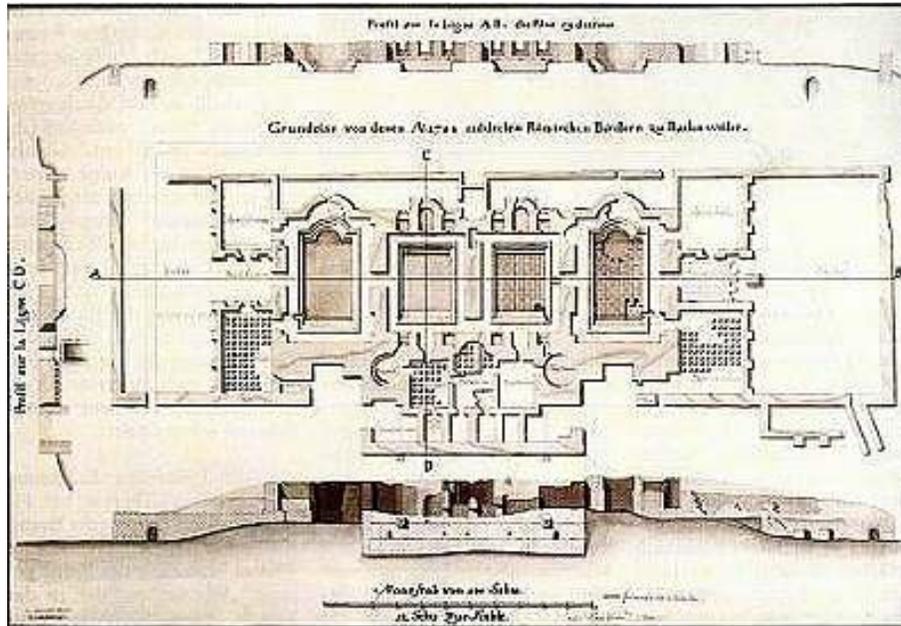


Fig. 1.1- Implantação das Termas de Badenweiler, Alemanha.

Fonte- www.schwarzwaldgalerie.de/fr/badenweilerhtml



Fig 1.2- Fotografia atual do local das Termas de Badenweiler, Alemanha.

Fonte- www.schwarzwaldgalerie.de/fr/badenweilerhtml

Assim como o Cristianismo, pregando valores e ideais de caridade e auxílio, também no Oriente, os mosteiros budistas pregavam os mesmos conceitos. Com a ascensão do mundo islâmico, esses valores foram assimilados, adaptados ao Corão. Os valores cristãos vão dominando o mundo europeu, lentamente mas de forma irreversível. No ano de 325, o Concílio de Nice determina que “cada vila reserve um local separado para o abrigo dos viajantes enfermos ou pobres” (MIQUELIN, 1992, p. 33), configurando os chamados *xenodochium*, precursores dos Hospitais de Caridade que disseminavam a ação social da Igreja. O surgimento dos leprosários, como o Leprosário de Cordoue, introduz o conceito de isolamento e a construção de edifícios para abrigar um tipo específico de patologia, fora dos centros urbanos, geralmente nas suas periferias. Isto também ocorre com os *bimaristan*, de origem muçulmana, que eram construídos para abrigar e isolar os doentes mentais, chamados de “agitados ou melancólicos” (MIQUELIN, 1992, p. 35).



Fig. 1.3- O Bimaristan de Nouri, em Damasco.

Fonte www.syria-online.

O Bimaristan de Nouri, em Damasco.

“This Bimaristan is one of three of its kind in Damascus. Sultan Nour Al-Din Zinki built it in the center of the old city in 1154 to function as a hospital for the treatment of diseases and a school of medicine and pharmacology. The Nouri Bimaristan can be considered as the first Arab medical school. Physicians and pharmacists used to offer avant-garde medical treatment in this highly reputable establishment, and train students on the practice of this noble profession. Services of the Bimaristan were free, and patients used to go back home with a small amount of money, a gift to help them through the convalescence period. Some mental patients were even treated by music”. (Fonte- <http://syria-online>).

1.1.2 IDADE MÉDIA

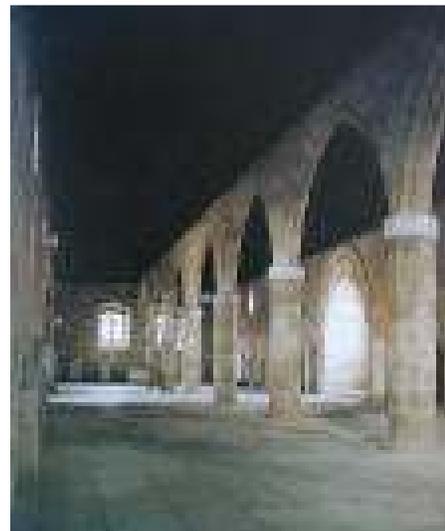
Por volta do ano 1200 a sociedade moradora das cidades começa a dominar a do campo. A população usufrui certo progresso e as relações familiares e civis experimentam grandes mudanças, a partir , entre outros fatores de desenvolvimento urbano, da crescente circulação do dinheiro. O desenvolvimento monetário aprofunda a separação entre burgueses e camponeses.

“Uma das novidades mais perturbadoras dessa época foi o surgimento da indigência nos arredores das cidades, entre os migrantes. É verdade que a experiência da miséria não era nova. Mas a desgraça chegava em ondas, em crises, trazida pela fome, pelo *mal des ardents*, epidemia regularmente registrada nas crônicas da época. (...) É de então que data a fundação, em todas as cidades, das santas casas, dos hospícios em que uma confraria dedica-se ao serviço dos indigentes” (DUBY, 1992, p. 164).

Nesta época surgem as ordens militares, cuja pioneira foi a Ordem dos Hospitalários ou a Ordem dos Cavaleiros do Hospital de São João. Ela originou-se por volta de 1070, com a implantação de um hospital dedicado a São João, em Jerusalém, com o intuito de prestar acolhimento a peregrinos e enfermos. Assim como os Templários, os cavaleiros desta ordem seguiram a regra de Agostinho de Hipona e construíram seu hospício no local onde se dizia que a concepção de São João Batista havia sido anunciada por um anjo.

“Por volta de 1113, o Hospital havia fundado várias casas na Europa para prestar assistência a peregrinos a caminho da Terra Santa. (...) Embora o Hospital nunca abandonasse sua vocação original de cuidar dos peregrinos e dos enfermos, acabou tornando-se uma ordem militar” (READ, 2001).

Em 1309 os Cavaleiros do Hospital estabeleceram sua sede na Ilha de Rhodes, onde permaneceram por mais de dois séculos. Muito tempo depois, com o fim da era das cruzadas, transferiram-se para a Ilha de Malta, em 1530, onde permanecem até hoje. No final do século XVIII a Ordem, também chamada de Cavaleiros de Malta, retomou seus objetivos filantrópicos, contando com um corpo de membros católicos romanos devotos, cujos membros aristocráticos continuam ajudando os doentes, os pobres e os destituídos.



*Figs. 1.4 e 1.5- O antigo Hospital de Rhodes, da Ordem dos Cavaleiros Hospitalários, Rhodes, Grécia.
Fonte- www.orb.rhodes.edu, 2003.*

“O grande hospital- contendo um dos quartos maiores da Europa- é o ponto mais alto da construção médica Hospitalária. O pupilo central mede 185 pés de comprimento por 35 pés de largura, com 31 pés de altura (pé direito). Construído por volta de 1570, está totalmente desativado. Foram observados padrões rígidos de limpeza e higiene, pelos Hospitalários, que cuidaram dos pacientes usando utensílios de prata para assegurar higiene, além de contarem com um corpo de cirurgiões da Ordem, considerados como os melhores e mais bem treinados de toda a Europa.” (Fonte- www.cav-templarios.hpg.ig.com.br).

Apesar das construções das instituições de saúde do islamismo tenham começado a usar edifícios com implantação pavilhonar, a Idade Média ainda contempla seus hospitais com conceitos das antigas *valetudinarias* romanas, impregnadas de valores militares, e também com tipologias da arquitetura monástica. A tipologia hospitalar mais representativa da época é, sem dúvida, a que tem a forma de nave e que reflete os avanços da técnica construtiva, ampliando os vãos e permitindo o aumento da ventilação e da iluminação dos edifícios.

Aparecem, também, novidades no planejamento destes estabelecimentos, com a separação das funções de alojamento das funções de apoio logístico e a separação dos enfermos por sexo e tipo de patologia. Observamos, ainda, o aparecimento de construções organizadas em torno de um pátio

central ou claustro, cujas circulações eram distribuídas através de galerias. Este tipo de implantação seria repetido até as construções de hospitais renascentistas. No entanto estes usam formas mais complexas: “o elemento cruciforme e o pátio interno ou claustro rodeado por galerias e corredores” (MIQUELIN, 1992, p. 40).

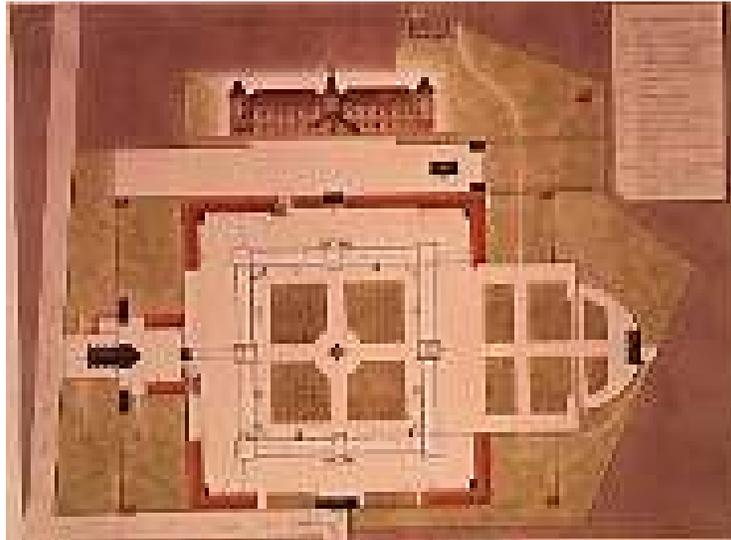


Fig. 1.6- Planta, Hôpital St. Louis, 1788, Paris (de Claude Vellefaux).

Fonte: FERMAND C., Les hôpitaux et les cliniques. Paris, Le Moniteur, 1999, p 19 in: SILVA, 2000.



Fig. 1.7- Imagem do Saint Jans Hospitaal, Brugge.

Fonte- www.webtemplarios.cjb.net, 2003.

1.1.3 O NASCIMENTO DA CLÍNICA

Segundo Kleber Pinto Silva (2000), em seu trabalho apresentado no “*Congreso Internacional: el futuro del arquitecto- Mente, Territorio, Sociedad*”, apesar da tipologia do hospital, como estrutura arquitetônica, remontar à antiguidade- Roma- o aspecto do hospital contemporâneo formatou-se entre os séculos XVII e XVIII, na Europa. O evento citado como determinante para a mudança da velha estrutura hospitalar, com instalações insalubres, abrigando centenas de enfermos agrupados, foi o segundo incêndio do Hotel-Dieu, em Paris, em 1772. Como esta era uma instituição que acolhia muitos pacientes, era urgente a sua reconstrução ou a sua substituição. Durante muitos anos os debates, a respeito das condições determinantes para o desenho da nova instituição, culminaram com a decisão da construção de um novo hospital no mesmo lugar do antigo, em 1781.



Fig. 1.8- Gravura de Casimir Tollet : *Exercice des Religieuses de l'Hôtel Dieu de Paris*. Paris, 1828.

Fonte- National Library of Medicine, U. S. A. 2003.

No entanto, a polêmica ressurge em 1785, quando o arquiteto Bernard Poyet publica um estudo- *Sur la Necessité de Reconstituer l'Hôtel Dieu*- que rejeitava a idéia de sua reconstrução e, também, de sua divisão em diversas instituições. Poyet apresentou o projeto de um grande edifício, de forma circular, a ser erigido na Ilha dos Cisnes.

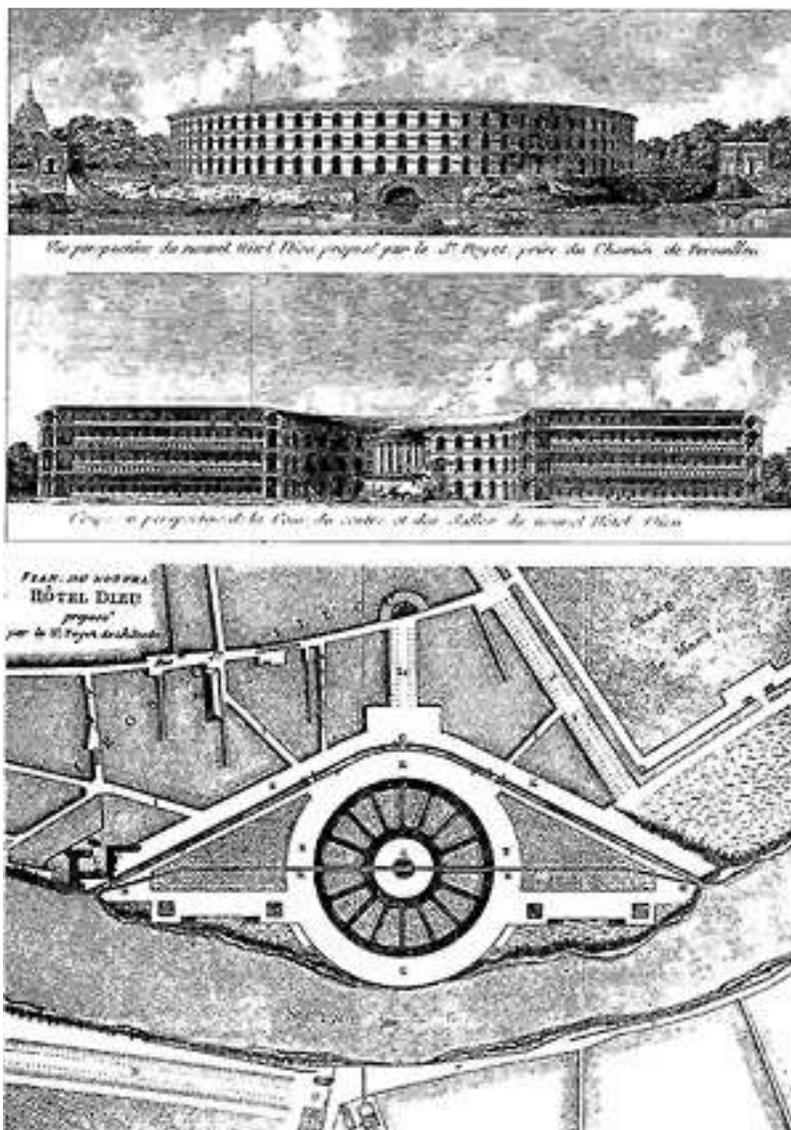


Fig. 1.9- Projeto para o Hôtel-Dieu, Fachadas e Planta Baixa, por Poyet, Paris, 1785.

Fonte: FERMAND, C.. *Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé*, Paris, Le Moniteur, 1999, p. 20 in: SILVA 2000.

Finalmente foi estabelecida uma comissão para avaliar projetos arquitetônicos adequados ao caso, realizando estudos e pesquisas para encontrar uma solução definitiva para o hospital. Esta comissão era composta por nove membros e foi nomeada pela Academia Real de Ciências, a partir dos esforços do Barão de Breteuil, da Casa Real de Luis XVI. O projeto de Poyet foi rejeitado e a comissão levou um grande tempo, ocupada em pesquisas e estudos para que se chegasse a uma solução adequada para a substituição do Hôtel Dieu.

Nesta ocasião teve destaque o conjunto de trabalhos do médico Tenon, que analisou diversos hospitais, não só com o intuito de descrever a obra arquitetônica mas, também com um olhar crítico, funcionalista. Ele publicou, em 1788, cinco relatórios reunidos em uma obra de nome “*Memoires sur les hôpitaux de Paris*”.



*Fig. 1.10- Hôpital de l'Hôtel Dieu. Gravura de B. Ferry del e R. Wallis. Londres, 1830.
Fonte- National Library of Medicine, U. S. A. 2003*

“Além das normas, Tenon propôs uma série de normas para a organização interna do hospital, como meio de impedir os contágios: a interdição ao uso de leitos coletivos e a separação dos doentes por categoria de doença e por sexo (uma categoria por enfermaria). Para melhorar o andamento dos cuidados, ele propôs que cada um dos pavilhões hospitalares, fosse dotado de um núcleo de serviços, ligados a uma unidade central e, ainda, que cada pavilhão dispusesse de seu próprio serviço de registros” (SILVA, 2000, p. 5).

Com o “projeto” Tenon, triunfa a organização pavilhonar, horizontal, do espaço hospitalar. Com a adoção desta forma, que permitia a ventilação cruzada e uma excelente iluminação natural, Tenon acreditava ter resolvido o que era considerado o maior produtor da insalubridade nos hospitais: a estagnação do ar e a umidade. Ele efetuou também toda uma série de estudos volumétricos para estabelecer a relação entre as dimensões de cada pavilhão de enfermos e o número de leitos das enfermarias, como meio de assegurar o volume mínimo ideal de ar renovado para cada paciente. Tenon estudou também o número ideal de pavimentos para cada pavilhão, estabelecendo em três o número ideal de pavimentos.

Nesta época a cirurgia se incorporou definitivamente às instituições hospitalares e, ao lado do surgimento da medicina científica, do modelo pavilhonar e da divisão de funções específicas para os ambientes da assistência à saúde, podemos dizer que o perfil hospital contemporâneo se estabeleceu.

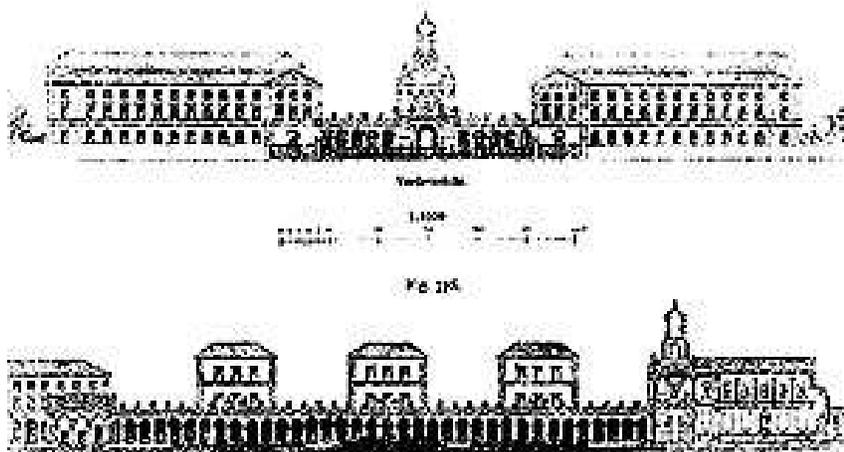


Fig. 1.11- Cortes longitudinais, Hospital Lariboisière, de Gauthier.

Fonte: Pevsner, N., História de las tipologías arquitectónicas,

Barcelona, Gustavo Gilli, 1980, p. 184 in: SILVA, 2000.

“O Hospital Lariboisière, construído em Paris em 1854 é considerado como sendo um dos primeiros exemplos de aplicação das idéias de Tenon. Este edifício seguiu rigorosamente as normas estabelecidas por Tenon. O hospital é composto de um conjunto de blocos de três pavimentos, ligados por um grande corredor (galeria), dispostos em volta de um jardim retangular. O conjunto foi formado a partir de um eixo longitudinal principal (entrada/capela) e dois eixos secundários que cortam os dois corredores. No sentido transversal, o edifício foi estruturado por cinco eixos principais e um secundário (por detrás da capela). Esses eixos estruturam o "sistema" de circulação de todo o edifício, tanto em nível dos blocos individualmente como para o conjunto do hospital. Além da estruturação da circulação, esses eixos estão na origem da própria organização dos usos internos de todos os compartimentos assim como de sua hierarquização funcional” (SILVA, 2000, p. 5).

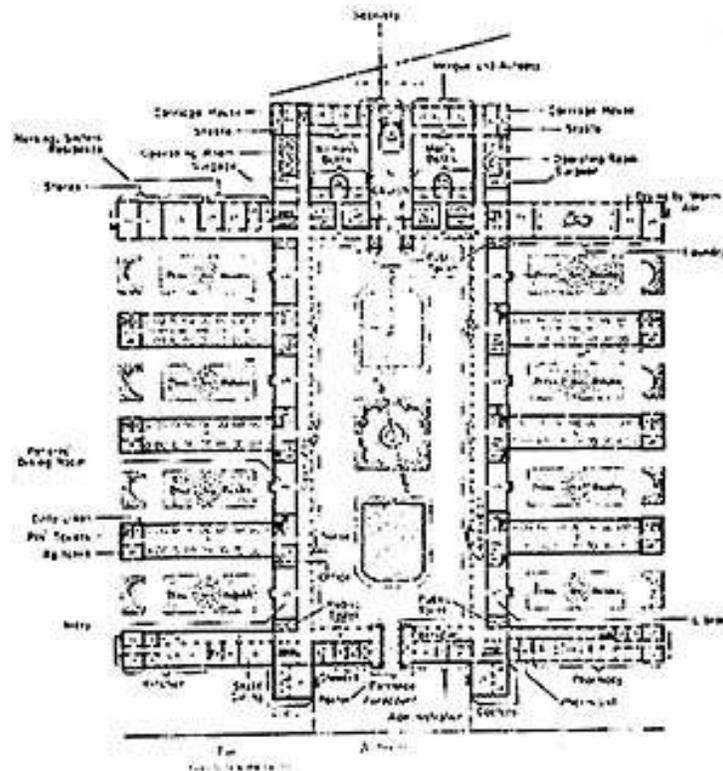


Fig. 1.12- Planta Baixa, Hospital Lariboisière, de Gauthier.

Fonte: Thompson, J. D. & Goldin, G., *The hospital: a social and architectural history*, New Haven, Yale University Press, 1975, p. 145
in SILVA, 2000

O projeto do Hospital de Lariboisière, em Paris, tornou-se um exemplo de construção hospitalar de morfologia pavilhonar, como resultado e consolidação de um longo período de discussões a respeito das formas destes edifícios. A implantação de suas enfermarias, chamadas de “enfermarias abertas”, e a grande altura do seu pé direito, propiciam uma grande ventilação. A tipologia de sua concepção será repetida em diversos projetos, através dos anos, por toda a Europa, seus domínios coloniais e, ainda, como referência para os modelos pavilhonares norte americanos. (MIQUELIN, 1992, p. 44).

Os elementos de importância tecnológica no desenvolvimento deste perfil, no século XIX, foram o desenvolvimento da anestesia, as práticas de assepsia e a disseminação da profissão de enfermeira, laica, neste caso. Durante todo o século XIX surgiu, também, a preocupação com a ventilação e a iluminação naturais nos projetos dos edifícios de saúde, a partir da chamada “teoria dos miasmas”, onde a propagação de doenças era atribuída à emanção de eflúvios originários de matéria em decomposição.

A partir daí, até o século XX, as instituições hospitalares sofreram grande incorporação de tecnologia, exigindo no seu planejamento uma acuidade cada vez maior, com instalações, infraestrutura predial sofisticada e, a sempre crescente preocupação em setorizar espaços, separar pacientes com diversas patologias e estabelecer um rígido controle de fluxos e circulações para o desenvolvimento das atividades médicas.

No entanto, a preocupação com a humanização destes espaços foi deixada de lado em detrimento do crescente aparato tecnológico que vinha sendo incorporado a estas unidades.



Fig. 1.13- Real Hospital Naval, Greenwich (Christopher Wren, 1694).

Fonte: PEVSNER, N.. História de las tipologias arquitectónicas.

Barcelona: Gustavo Gili, 1980. p 175 in SILVA, 2000

1.1.4 OS HOSPITAIS PAVILHONARES DO SÉCULO XIX

A descoberta da transmissão de germes, em 1860, revoluciona a concepção dos projetos hospitalares, isolando as patologias e os doentes em pavilhões específicos. Os trabalhos de Louis Pasteur demonstram a necessidade de combater o contágio e a transmissão de doenças, com a separação de pacientes e a esterilização de utensílios médicos. Estes princípios de isolamento das patologias acarretam uma verdadeira revolução nos projetos de unidades de saúde. A disposição e a composição da arquitetura, em pavilhões múltiplos facilita o desenvolvimento das construções e a integração com o seu espaço de instalação, possibilitando a criação de hospitais do tamanho de quarteirões, e de implantações assemelhadas a pequenas cidades-jardim. Ao contrário do hospital higienista, modelo Tenon, o ornamento não é excluído desta tipologia, com o uso de uma grande variedade de coberturas, jogos de blocos construtivos coloridos e ruptura de volumes. (*L'Architecture Hospitalière- www.ap-ap-hop-paris.fr*).

Neste período podemos destacar, ainda, os estudos de Florence Nightingale, que, a partir da sua experiência na Guerra da Criméia (1853-1856), assentou bases para a construção de Enfermarias com conceitos de ventilação e de distribuição de pacientes, de iluminação e higiene, que são adotadas até hoje por algumas instituições.



Fig. 1.14- National Library of Science/Science Source/Photo Researchers, Inc.

Florence Nightingale.

Fonte: Microsoft Encarta Encyclopedia, 1993,2001.

Florence Nightingale nasceu em Florença em 12 de maio de 1820. Em 1854, seguiu para a Guerra da Criméia, quando instalou seus serviços em dois hospitais, prestando atendimento a cerca de 4.000 feridos. Ela era conhecida como a “Dama da Lamparina”, pois era com uma lamparina na mão que ela percorria as enfermarias à noite. Até meados do século XIX, era praticamente nula a assistência aos enfermos nos hospitais de campanha, onde a insalubridade aumentava ainda mais o número de mortos. Com seu trabalho, Florence Nightingale lançou as bases dos modernos serviços de enfermagem. Educada pelo pai, aprendeu grego, latim, francês, alemão e italiano, história, filosofia e matemática. Em 7 de fevereiro de 1837, acreditou ter ouvido a voz de Deus conclamá-la a uma missão. Interessou-se então pela enfermagem, e após formar-se por uma instituição protestante de Kaiserweth, Alemanha, transferiu-se para Londres, onde passou a trabalhar como superintendente de um hospital de caridade. Florence não conhecia o conceito de contato por microorganismos, uma vez que este ainda não tinha sido descoberto, porém já acreditava em um meticuloso cuidado quanto à limpeza do ambiente e pessoal, ar fresco e boa iluminação, calor adequado, boa nutrição e repouso, com manutenção do vigor do paciente para a cura. (Fonte- Microsoft Encarta Encyclopedia 1993-2001).

O estabelecimento da conformação física das enfermarias, chamadas de “Enfermarias Nightingale”, estabeleceu um novo modelo de espaço para a internação de enfermos, com os exemplos mais marcantes de hospitais concebidos com esta característica. Publicou *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army* (1858 Notas sobre a saúde, a eficiência e a administração hospitalar no exército britânico). Fundou em 1860 a primeira escola de enfermagem do mundo.

.”Em suas escolas, Florence baseava sua filosofia em quatro idéias-chave:

- 1.O dinheiro público deveria manter o treinamento de enfermeiras e este, deveria ser considerado tão importante quanto qualquer outra forma de ensino.
- 2.Deveria existir uma estreita associação entre hospitais e escolas de treinamento, sem estas dependerem financeira e administrativamente.
- 3.O ensino de enfermagem deveria ser feito por enfermeiras profissionais, e não por qualquer pessoa não envolvida com a enfermagem.
- 4.Deveria ser oferecida às estudantes, durante todo o período de treinamento, residência com ambiente confortável e agradável, próximo ao local”.

(Fonte- [www. members.tripod.com.br/enferline](http://www.members.tripod.com.br/enferline)).

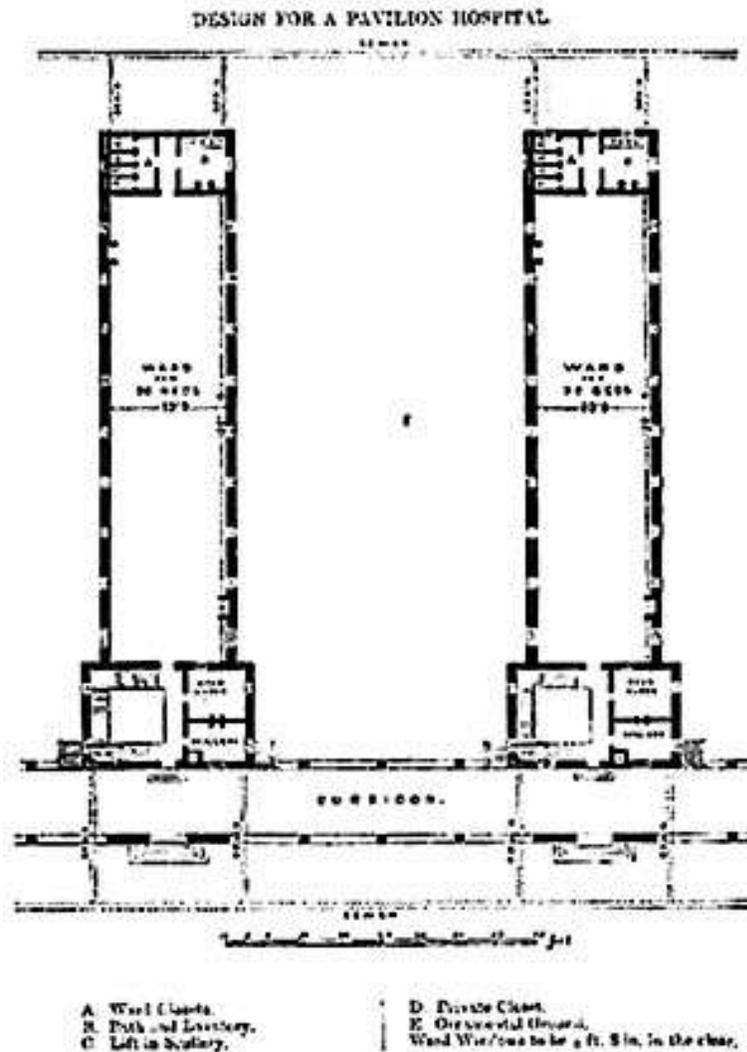


Fig. 1.15- Planta de Enfermaria, segundo Florence Nightingale.

Fonte: THOMPSON, J. D. & GOLDIN, G.. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven: Yale University Press, 1975. p 160, in: SILVA, 2000.

As enfermarias “Nightingale” serviram de modelo para a implantação de hospitais durante muitos anos, sendo uma referência até as primeiras décadas do século XX, e permanecem sendo usadas, até os dias de hoje, para algumas concepções e desenhos de estruturas com implantação térrea.

No Brasil, podemos citar o exemplo de Ana Néri (Bahia, 1814 a 1880) que, mesmo sem ser enfermeira ofereceu trabalho voluntário nos hospitais de campanha durante a Guerra do Paraguai (1864 - 1870). Ela foi para a guerra para acompanhar os filhos. Não poupava dedicação aos feridos, improvisava hospitais, e teve a infelicidade de encontrar um de seus filhos em um monte de cadáveres. Sua dedicação a toda prova, a qualquer hora do dia ou da noite valeu-lhe o título de "Mãe dos Brasileiros". (Fonte [www. Intermega.com.br/revistacienciaonline](http://www.intermega.com.br/revistacienciaonline)).

Um dos hospitais de modelo pavilhonar mais célebres deste período é o John Hopkins Hospital, inaugurado em 1890, em Baltimore, Estados Unidos. Seu projeto multiplica enfermarias do tipo Nightingale, unidas por um grande corredor, sendo a ventilação natural ressaltada em toda a implantação. Sua concepção permaneceu como um modelo para os hospitais de grande porte até o final de década de 1920.

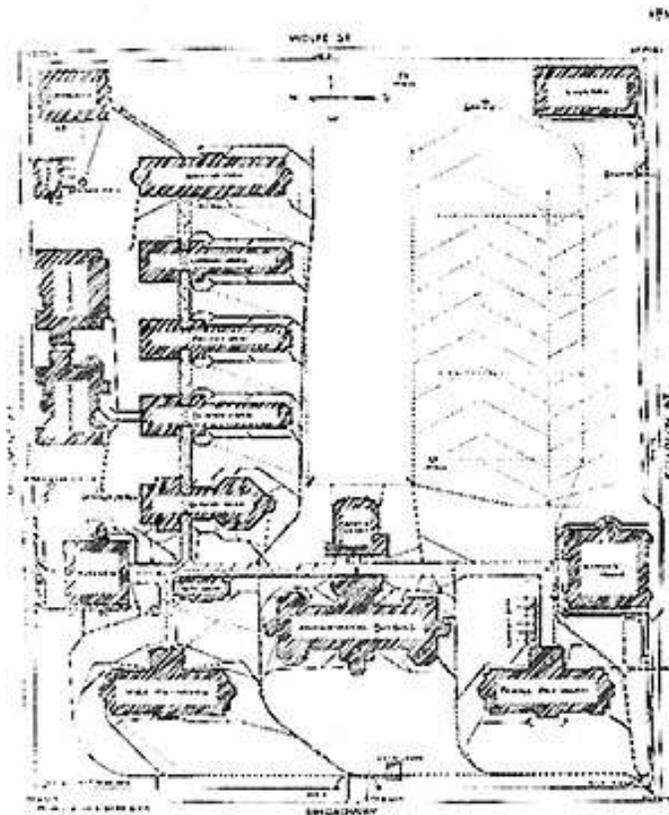


Fig. 1.16- Johns Hopkins Hospital, Baltimore (1885), implantação.

Fonte: THOMPSON, J. D. & GOLDIN, G.. The hospital: a social and architectural history. New Haven: Yale University Press, 1975, p 185 in SILVA, 2000.

1.1.5 HOSPITAIS MONOBLOCO

O avanço na concepção de grandes estruturas verticais, com a organização de funções e a setorização de serviços, representam a concepção típica dos projetos hospitalares da primeira metade do século XX. O aprimoramento de tecnologias da construção civil, como o emprego das estruturas metálicas, é a base para o estabelecimento da nova tipologia na construção de hospitais. O uso de elevadores, circulações otimizadas, o emprego de sistemas de ventilação mecânica e facilidades na implantação de infra-estrutura predial determinam o desenvolvimento da verticalidade das construções, notadamente nos Estados Unidos.

O domínio tecnológico da verticalização de prédios aparece, já a partir da segunda metade do século XIX, com o surgimento dos “arranha-céus”, em Chicago. Na mesma época, observamos o aumento no custo dos terrenos urbanos, a escassez de mão-de-obra de enfermagem, o anseio de reduzir os percursos existentes nos hospitais pavilhonares e, ainda, a questão da inadequação dos longos corredores de circulação ao clima rigoroso da América do Norte.



Fig. 1.17- Vista, Hospital de Clichy, Clichy (por J. Walter, 1929).

Fonte: FERMAND, C.. Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé, Paris, Le Moniteur, 1999, p. 28 in: SILVA, 2000.

Ao lado dos avanços na tecnologia da construção, assistimos a uma grande mudança no modelo de assistência à saúde e do perfil do paciente abrigado nas instituições hospitalares. Podemos citar a continuidade dos trabalhos do cirurgião Lister¹ (século XIX), posteriormente aprofundados por Ernst von Bergman, que estabeleceu bases para a assepsia de instrumentos, usadas até hoje. O Centro Cirúrgico hospitalar se reveste de importância, enquanto que os hospitais passam a ser destinados majoritariamente a pacientes que não possuíam recursos para o atendimento domiciliar, usado pelos mais abastados desta época (SILVA, 2000, p. 7).

No período entre as duas grandes guerras, o hospital monobloco era apenas um empilhamento de enfermarias Nightingale. A sua anatomia típica destinava o subsolo para os serviços de apoio, o térreo para os consultórios e os serviços de imagem, os primeiros serviços de Raios-X. No primeiro pavimento ficava a administração, nos andares intermediários, a internação e no último pavimento, o então chamado Bloco Operatório.

Um dos exemplos mais importantes de hospital monobloco é o Hospital Beaujon, concebido por Jean Walter, em 1932 e inaugurado em 1935, em Clichy, França.



Fig. 1.18- Hospital de Beaujon, Clichy, França.

Fonte- www.ap-hop.paris.fr, 2003.

¹“Em 1865, Joseph Lister, cirurgião inglês, lançou as bases da assepsia cirúrgica estabelecendo que antes de cada intervenção cirúrgica todos os instrumentos utilizados durante o procedimento fossem submetidos à desinfecção em uma solução de ácido fênico diluído em água. Apoiado nas teorias microbiológicas de Pasteur, Lister recomendava que o pessoal associado ao ato cirúrgico lavasse as mãos em solução fênica e que as salas cirúrgicas fossem vaporizadas com a mesma solução” (Silva, 2000, p.7).

A concepção do Hospital Beaujon separa fluxos de pacientes, visitantes, enfermeiros, médicos e suprimentos². É composto de doze pavimentos e as circulações convergem para uma torre. Foi concebido para abrigar 900 leitos que, hoje, após sua reestruturação ficaram reduzidos a 587 leitos.

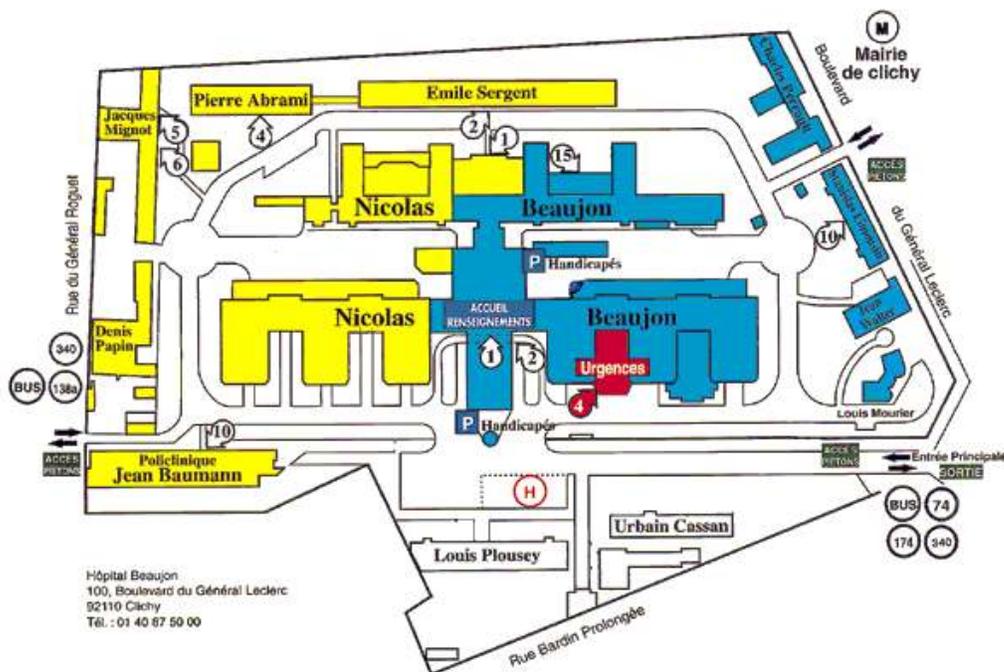


Fig. 1.19- Plano geral de implantação do Hospital Beaujon, Clichy, França.

Fonte- www.ap-hop.paris.fr, 2003

O modelo de hospital monobloco pode ser visto como um símbolo do triunfo da medicina pois sua forma energética remete aos avanços da pesquisa médica. Esta tipologia modela diversas estruturas hospitalares do século XX e evolui para uma conformação de justaposição de blocos posicionados sobre uma base maior, composta de pavimentos técnicos. O hospital monobloco trabalha a sua estrutura física, com a racionalização das funções de assistência e a setorização de serviços, patologias e complexidade de cuidados, na implantação dos seus pavimentos e prédios.

² “C’est le premier hôpital non pavillonnaire monobloc. Il reçut ses premiers malades le 15 février 1935, fut réquisitionné par les troupes allemandes et rendu à son activité normale à la Libération. Initialement composé de 900 lits, il atteint à la suite d’opérations de restructuration et notamment la suppression de salles communes, sa capacité actuelle de 587 lits dont 11 places de jour. (Fonte- www.ap-hop.paris.fr, 2003).

1.1.6 OS MEGA HOSPITAIS DO SÉCULO XX

No século XX, os hospitais atingem conformações mistas nas estruturas físicas, com plantas concebidas para a ampliação e a incorporação de novos serviços e usuários, tentando acompanhar o enorme desenvolvimento da ciência médica, a incorporação de tecnologia e o aumento da clientela, agregando populações que, até então, não logravam acesso a estas instituições.

A partir da década de 1980, os projetistas tentam conciliar, através da abordagem arquitetônica e urbanística, a funcionalidade e a humanização para ambientes hospitalares. A proposta é a de trazer o meio ambiente urbano para o interior do hospital. As funções são organizadas e implantadas ao longo de uma grande avenida interna. A monumentalidade das estruturas monobloco, desaparece e dá lugar a um jogo de volumes compactos, mais urbano. Cuidados especiais são aplicados às questões da ambientação dos interiores e à iluminação natural.

A concepção arquitetônica do Hospital Europeu Georges- Pompidou se apoia em quatro princípios: abertura, funcionalidade, conforto e segurança. Para o seu projeto, o arquiteto Aymeric Zublena imaginou um conjunto de prédios ligados, uns aos outros, através de alamedas a céu aberto. A organização e a distribuição dos fluxos é resolvida por meio de uma rua de pedestres, com uma cobertura de vidro, que faz a ligação de suas três entradas.



Fig. 1.20- Corte Transversal, Hospital Europeu Georges-Pompidou, Paris (por A. Zublena, B. Cabannes, P. Dariel, 1983-1999).

Fonte: FERMAND, C.. Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé, Paris, Le Moniteur, 1999, p. 135 in Silva, 2000.



*Fig. 1.21- Vista, Hospital Europeu Georges-Pompidou, Paris
(por A. Zublena, B. Cabannes, P. Dariel, 1983-1999).*

*Fonte FERMAND, C.. Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé,
Paris, Le Moniteur, 1999, p. 133 in Silva, 2000*



*Fig. 1.22- Vista, Hospital Europeu Georges-Pompidou, Paris
(por A. Zublena, B. Cabannes, P. Dariel, 1983-1999).*

*Fonte: FERMAND, C.. Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé,
Paris, Le Moniteur, 1999, p. 133 in Silva, 2000.*

1.2 A HISTÓRIA DOS HOSPITAIS NO BRASIL

1.2.1 PRIMÓRDIOS: AS SANTAS CASAS

A história da Saúde Pública no Brasil, que nos interessa estudar neste trabalho, começa, efetivamente, no final do século XIX e início do século XX. No entanto, podemos relatar o aparecimento das primeiras ações de assistência à saúde, desde a chegada de Pedro Álvares Cabral a estas plagas. Com efeito, Cabral trazia, em sua armada, o médico espanhol João Emeneláu, chamado de mestre Johannes, que era físico d'el Rei e que partiu de volta à Portugal com a esquadra, sem que se demorasse aqui. (SUSEME, 1972).

Outras visitas de físicos³ d'alem mar foram relatadas, sem, no entanto, registrar qualquer mudança no panorama do atendimento à saúde da época: a visita de Jorge Fernandes, médico licenciado, que chegou à Bahia em 1552 e a vinda, em 1705, do Dr. João Rodrigues de Abreu, que veio acompanhando o primeiro Capitão-General de São Paulo, Antonio Albuquerque de Carvalho, permanecendo por nove anos no Brasil e partindo em seguida. (SUSEME, 1972).

Na época do descobrimento, toda a sorte de curandeiros e rezadores exercia suas atividades no Brasil, e abençoavam as expedições de reconhecimento, assim como os índios nativos contavam com as figuras dos pajés e dos rezadores para a cura dos seus males, empregando ervas e poções de cunho mágico para o alívio das febres e dores que os afligiam. Os cirurgiões-barbeiros, boticários e seus aprendizes eram, em geral, indivíduos iletrados e de condição humilde, que possuíam uma “carta”, conseguida através de exames por práticos, e que os habilitava a ao exercício da cirurgia e a “lancetar, amputar e sangrar”.(Fonte- Enciclopédia Microsoft Encarta. 1993, 2001).

“Além dos profissionais, os jesuítas também praticaram a arte médico-cirúrgica nos dois primeiros séculos da colonização, cuidando de índios, brancos e negros”(Fonte- Enciclopédia Microsoft Encarta. 1993, 2001). Com a chegada dos jesuítas, a população contava com as bênçãos celestes para debelar as epidemias e doenças que se disseminavam, através de procissões e rezas. Quando uma expedição era organizada para desbravar os sertões, os caminhos eram bentos, por conta de um

³ “Os médicos- denominados “físicos” ou “licenciados”- eram, em geral, formados em Coimbra ou em outra universidade ibérica e atendiam as autoridades e as tropas nas Santas Casas, mantidas pelas irmandades religiosas”.(Fonte- Enciclopédia Microsoft Encarta. 1993, 2001).

severo ritual, que invocava a proteção divina, fazendo uma imensa cruz no ar com a mão direita, cada vez que invocavam uma figura da Santíssima Trindade, através da seguinte reza:

“Em nome de Deus Padre, em nome de Deus Filho, em nome do Espírito Santo, ar vivo, ar morto, ar de estupor, ar de perlesia, ar arrenegado, ar excomungado, eu te arrenego em nome da Santíssima Trindade, que saias do corpo desta criatura (ou animal) e que vás parar no mar sagrado, para que viva sã e aliviada”.(SUSEME, 1972, p.3).

Quando os jesuítas não conseguiam a cura dos povos através de bênçãos e orações, apelavam para as sangrias, feitas com canivetes, para aliviar os doentes. Uma de suas contribuições foi terem assimilado os conhecimentos práticos da medicina indígena. Como bons observadores, identificaram os vegetais, dotados de propriedades terapêuticas, utilizados pelos nativos, incorporando-os à farmacopéia internacional por intermédio das cartas enviadas à Europa.

Aparentemente, um dos primeiros hospitais que se tem notícia, no Brasil, foi fundado no período entre 1543 e 1545, por Braz Cubas⁴, na Aldeia de Todos os Santos, hoje cidade de Santos, quando aqui chegou com a expedição de Martim Afonso de Souza. Foi implantado para socorrer os doentes da terra e, também, os marinheiros acometidos por doenças estranhas a esta terra. É, também, desta época, o ano de 1540, a fundação de um hospital em Olinda.

Outro hospital pioneiro, no Brasil, foi fundado no governo de Tomé de Souza, em Salvador, então capital, por volta de 1552. O primeiro hospital do Rio de Janeiro foi fundado pelo padre José de Anchieta, com os mesmos propósitos do estabelecimento de Santos, em 1582, na ocasião em que a Armada de Castela foi atingida por temporais. Trata-se do Hospital da Cidade de São Sebastião do Ryo de Janeiro, como início do atendimento da Casa da Santa Misericórdia.

⁴ A respeito da fundação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, encontramos as seguintes referências: “Braz Cubas, auxiliado pelos prósperos moradores da região, iniciou, em 1542, a construção de um hospital, que inaugurou em 1543, provavelmente no primeiro dia de novembro, data comumente reservada para as grandes comemorações. Chamou-o de Hospital de Todos os Santos, inspirando-se no nome do grande hospital de Lisboa, e na data da sua fundação. Segundo Frei Gaspar da Madre de Deus, o povoado de Enguaguassu passou a ser chamado Povoado do Porto de Todos os Santos e do Porto de Santos, por aquisição do nome do hospital. Entre 1545 e 1547, o capitão-mor Braz Cubas elevou o povoado à categoria de vila, com o nome de Vila do Porto de Santos”. O primeiro prédio do hospital foi construído no sopé do outeiro de Santa Catarina, em local onde hoje se situa a Rua Visconde do Rio Branco, defronte ao edifício da Alfândega, no centro de Santos. Em 2 de abril de 1551 Braz Cubas conseguiu de D. João III, em Almeirim, o alvará real de privilégios, o primeiro obtido por uma Misericórdia brasileira. Os jesuítas chegaram à região em 1553. A vila, o porto, a Irmandade e o Hospital cresceram sob a proteção do seu poderoso e dedicado fundador. (Fonte-www.scms.com.br, 2002).

As Santas Casas de Misericórdia são as mais típicas instituições brasileiras de assistência à saúde. Chegaram ao Brasil com a vinda dos padres da Companhia de Jesus, no século XVI. A primeira Santa Casa foi fundada em Santos, em 1543, conforme mencionado anteriormente, pelo colono Braz Cubas. A segunda foi a Santa Casa de Vitória, Espírito Santo, fundada entre 1545 e 1555, que teve o Padre José de Anchieta como seu capelão. A terceira foi fundada em Olinda, em 1560 e a quarta, foi a de Ilhéus, em 1564. A da Bahia, foi fundada entre 1549 e 1572.

(...) A Santa Casa da Misericórdia de Santos serviu para a prática e o ensino da Medicina quase três séculos antes da fundação da primeira faculdade de medicina no país. Ciência e muito de humanitarismo se praticou em suas enfermarias, nesta que é a primeira escola prática de medicina européia do país. Entre os mestres desta Escola, inspirados pelas obras das damas portuguesas Isabel de Aragão e Leonor de Lencastre, destacaram-se Braz Cubas, José de Anchieta, Claudio Luiz da Costa e Martins Fontes, entre outros abnegados, alguns de nomes muito ilustres e muitos outros desconhecidos que têm trabalhado nesta Casa de Deus para os Homens”. (Fonte- www.scms.com.br, 2002).



Fig. 1.23- O atual prédio da Santa Casa da Misericórdia de Santos, o quarto edifício da instituição.

Fonte-www.scms.com.br 2002

Com a fundação da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 1582, chegaram as primeiras Irmãs de Caridade, instalando-se e dando início à expansão de outras instituições, com os mesmos princípios, espalhadas por quase todo o país. Surgia a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, “sediada em meia dúzia de toscas cabanas à beira mar, no atual bairro da Urca, e, dois anos depois, foi transferida para o morro do Castelo” (GOMES, 1999, p.94). A respeito da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, encontramos relato de que a instituição desenvolve seu trabalho

“desde 25 de março de 1582, quando o padre José de Anchieta, da Companhia de Jesus, levado pelo seu profundo espírito humanitário, foi em socorro da frota espanhola do almirante Diogo Flores Valdez, atacada pela peste. Obteve, junto aos irmãos da Misericórdia, a devida autorização e recursos para levantar um tosco galpão de pau a pique no mesmo local onde está instalada hoje, na rua Santa Luzia e, com recursos naturais do local - infusões de ervas, frutas cítricas, raízes e outros trazidos pelos índios - atendeu pessoalmente os marujos enfermos.”
(Fonte- <http://openlink.br.inter.net/santacasa>, 2002).

A origem das Santas Casas remonta a Portugal, durante o reinado de Dom João II, quando o frade espanhol Miguel de Contreiras, confessor da rainha Leonor, a convenceu a abraçar a criação de uma instituição para atender o tratamento dos enfermos e desvalidos, sem se importar com nacionalidades, crenças, classes ou cores e que servisse apenas aos propósitos de dar “alívio aos doentes, o sustento dos pobres, o amparo dos órfãos e das viúvas e o sepultamento dos indigentes”.

“Em 1516, foram editados, pelo compromisso da Santa Casa, os princípios que a norteiam, até os dias de hoje:

Espirituais- Ensinar os ignorantes; dar bom conselho; punir os transgressores com compreensão, consolar os infelizes, perdoar as injúrias recebidas, suportar as deficiências do próximo, orar a Deus pelos vivos e pelos mortos.

Corporais- Resgatar cativos e visitar prisioneiros, tratar dos doentes, vestir os nus, alimentar os famintos, dar de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e os pobres, sepultar os mortos”.

(Fonte- <http://openlink.br.inter.net/santacasa>, 2002).

As Santas Casas têm um papel preponderante na configuração da assistência à saúde, no Brasil e, até hoje, exercem grande influência na prestação de cuidados às populações, com suas instituições, geralmente erguidas em edifícios muito antigos, servindo como objeto de estudo e reflexão para a saúde pública e a arquitetura de ambientes de saúde.

1.2.2 A SAÚDE PÚBLICA NO RIO DE JANEIRO

Podemos considerar o início da história da Saúde Pública no Rio de Janeiro, a primeira organização dos serviços de assistência, com a vinda de D. João VI para o Brasil em 1808. O primeiro físico-mor do Reino foi o Dr. Manoel Vieira da Siva, o Barão de Alvaizer, que escreveu um trabalho sobre os “Meios Conducentes a Melhorar o Clima da Cidade do Rio de Janeiro”. Neste trabalho ele estudou as “causas mórbidas que castigam a futura Cidade Maravilhosa” (SUSEME, 1972, p. 4). Apesar de tudo a cidade continuava a ser castigada pela varíola, desde 1563, trazida pelos colonizadores.

Dom João VI criou, logo após a sua chegada, a Escola de Cirurgia de Salvador e a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica, no Rio de Janeiro. Porém, no campo da Medicina, ainda no século XIX, os conceitos coloniais estavam em prática, no Brasil, com a prática da aplicação de sangrias e sanguessugas, nos salões de barbeiros. A população das cidades estava a mercê de epidemias como a varíola, a febre amarela, a sífilis e a tuberculose.

A cidade estava completamente sem defesa sanitária e era um convite a epidemias e surtos de doenças. Apesar do médico inglês Edward Jenner ter criado a vacina da varíola, em 1798, a repercussão deste fato só se fez sentir, no Brasil, com a criação do Instituto Vacínico, em 1846, no Rio de Janeiro. Porém, mesmo na Europa, a vacinação era um assunto polêmico, tendo uma grande reação da população contra tal prática. Em 1870, Louis Pasteur causava polêmica, na França, ao defender a tese de que os microrganismos seriam os causadores de doenças.

O Instituto Vacínico acabou sendo fechado em 1886, por falta de maiores talentos em seus quadros. No entanto, surge, em 1892, em São Paulo, o Instituto Bacteriológico, que foi dirigido por Adolpho Lutz, a partir de 1893. No Rio de Janeiro, seria logo inaugurado, em 1894, o Instituto Vacínico Municipal, seguido pelo Instituto de Manguinhos em 1899.

Com a proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, o Marechal Deodoro da Fonseca transferiu o Serviço de Saúde e Assistência, para a municipalidade do então Distrito Federal. Foi criado o Conselho de Intendência Municipal com a atribuição de zelar pela saúde da população. Em 1892, foi criada a Prefeitura quando o médico, Dr. Candido Barata Ribeiro, em seu primeiro ato, mandou demolir o famoso casarão “Cabeça de Porco”, abrigo de marginais e delinquentes, e foco

de doenças e de miséria. Nesta época, o hospital já havia deixado de ser apenas filantropia, passando a ter função social.

Em 1892, a Lei nº 85 estabeleceu a organização do Distrito Federal. Foram, então, transferidos para a municipalidade vários serviços que estavam a cargo da União. Entre estes se encontram os serviços da Limpeza da Cidade e das Praias, o Serviço de Assistência Infantil, o Asilo da Mendicidade e a Higiene Municipal. Já o Instituto Sanitário Federal, criado em 1894, englobava, em sua estrutura, o Laboratório Bacteriológico, os hospitais de isolamento São Sebastião, para tuberculosos, e o Santa Bárbara, para variolosos. (SUSEME, 1972, p 9 a 11).

No início do século XX, a Cidade do Rio de Janeiro, apesar das tentativas do governo em dotar as esferas institucionais de órgãos gestores de saúde pública, era uma cidade ameaçada por doenças contagiosas, entre elas, a Febre Amarela, no verão, e a Varíola, no inverno. E, ainda, através dos navios que chegavam ao porto, havia a disseminação do Cólera e da peste bubônica, pela disseminação dos ratos. A Febre Amarela começou a ganhar amplidão a partir de 1850, culminando no abandono da cidade pelas freiras do Colégio Sion, apavoradas depois da morte de sua superiora (MIRANDA, 1985).



Fig. 1.24- Deodoro proclama a República em frente ao prédio do Ministério da Guerra.

Fonte-www.projetomemoria.art.br/rui, 2003.

1.2.3 OSWALDO CRUZ

Durante o governo de Campos Salles, foi criado o Instituto de Manguinhos, para a fabricação de vacinas contra a Peste Bubônica. Procurando um diretor que estivesse à altura da árdua tarefa, a Prefeitura da Capital Federal enviou ofício ao Instituto Pasteur, de Paris, solicitando a indicação de um nome. O indicado foi Oswaldo Gonçalves Cruz que, segundo Émile Roux, diretor do instituto parisiense, era “um brilhante discípulo seu” (MIRANDA, 1985, vol. 1, p. 52). Chefiado por Oswaldo Cruz, o Instituto de Manguinhos alcançou o seu apogeu, durante o governo do presidente Rodrigues Alves (1902-1906).

O cientista começou por erradicar a peste. Empreendeu suas ações, exterminando ratos, através da criação de um esquadrão que percorria a cidade, espalhando raticidas e removendo o lixo acumulado. Em curto prazo exterminou a epidemia. Depois disso começou a trabalhar para a erradicação da febre amarela. Criou brigadas- os “mata-mosquitos”- que espalhavam petróleo em alagados, focos do mosquito transmissor da doença, e desinfetando casas. Círculos de governo foram contra as ações que chamavam de “atentado contra o princípio da propriedade privada” e de “métodos autoritários do Dr. Cruz”. (MIRANDA, 1985, vol. 1, p. 52).

Restava a epidemia de varíola. Para enfrentá-la, Oswaldo Cruz impôs a vacinação obrigatória, o que foi taxado por segmentos do governo e da população de “impudente tirania” (MIRANDA, 1985, vol. 1, p. 52). Razões políticas levavam os positivistas civis e militares, com a ajuda da imprensa, a considerar a obrigatoriedade da vacinação como “violadora de lares”. O descontentamento geral explodiu em um movimento que foi chamado de “Revolta da Vacina”⁵.

⁵ “Revolta da Vacina - Movimento popular que surgiu no Rio de Janeiro em 1904 contra a vacinação obrigatória antivariólica determinada pelo governo. Maior cidade do país no início do século XX, a Capital Federal contava com uma população de 720 mil pessoas que, sem os serviços de saneamento básico, ficava exposta a epidemias de febre amarela e varíola. Vitimando principalmente os habitantes mais pobres, a falta de saúde pública transformou-se num dos maiores desafios do presidente Rodrigues Alves. Decidido a combater a febre amarela, convidou Oswaldo Cruz a assumir a Diretoria Geral da Saúde Pública. O cientista organizou uma campanha sanitária contra o mosquito transmissor da doença, com brigadas de "mata-mosquitos" tratando as águas paradas em terrenos baldios e entrando à força nas casas, desinfetando caixas d'água, esgotos e sarjetas. Mesmo contra a vontade, os doentes eram removidos para hospitais ou isolados. Desacreditando que o mosquito fosse a causa da doença e criticando o autoritarismo da campanha, grande

Durante uma semana as ruas encheram-se de barricadas, bondes incendiados, lojas depredadas e postes de iluminação, destruídos. Rui Barbosa foi um dos que se opuseram à obrigatoriedade, por entender que violava os direitos individuais do cidadão. O governo ameaçado, agiu rapidamente enviando tropas e despachando revoltosos para o Território do Acre. Terminava o levante positivista e iniciava-se a vacinação em massa, da população. Em poucos meses a varíola estava erradicada, no Rio de Janeiro.



Fig. 1.26- Flagrante da Revolta da Vacina. Contrário à obrigatoriedade da vacinação, Rui Barbosa, porém, apóia o estado de sítio proposto pelo governo para conter o levante popular.

Fonte- www.projetomemoria.art.br/rui, 2003.

parte da população se agitou. Mas a maior reação popular adveio quando foi instituída a campanha para debelar a varíola. Com uma vacina desenvolvida por Oswaldo Cruz e fabricada em larga escala acreditava-se que sua aplicação em massa eliminaria a doença. Em 31 de outubro de 1904 era aprovada pelo Congresso a lei que tornava a vacinação obrigatória. Cinco dias depois, a oposição criava a Liga contra a Vacina Obrigatória e, em menos de uma semana, tinham início violentos confrontos entre populares e forças policiais. No dia 14 de novembro os cadetes da Escola Militar da Praia Vermelha também se rebelaram contra as medidas baixadas pelo governo federal. Derrotados os militares e contida a insurreição popular, Rodrigues Alves retomou o controle da cidade e a vacinação era reiniciada. Em pouco tempo a varíola desapareceria do Rio de Janeiro”. (Fonte- www.projetomemoria.art.br/rui, 2003).

No ano de 1906, o Prefeito Pereira Passos, assessorado pelo Diretor de Higiene e Assistência Pública, criou Postos Médicos nas diversas Agências Municipais. Logo depois, mandou construir um prédio para abrigar o primeiro grande Posto de Assistência Médica, para o atendimento a casos de urgência, feridos e acidentados em via pública e afogados. Encomendou, também, da Europa, as primeiras ambulâncias que seriam usadas por médicos do Posto, levando o auxílio à população. Não pôde inaugurá-lo porém, o General Francisco Marcelino de Souza Aguiar, que o sucedeu, pode inaugurar o Posto de Assistência Médica, à rua Camerino, em 1º de novembro de 1907. Iniciava-se aí, o primeiro serviço de assistência a emergências, destinado à população do Rio de Janeiro.



Fig. 1.27- O atendimento através de ambulâncias do Posto Central de Assistência, em 1907. “Através do trabalho de simulação do atendimento de ambulância feita pelos guardas-jardins, as ambulâncias francesas passam a se chamar pela população de Mãe carinhosa”

Fonte- [www http://intermega.globo.com/edy/index.htm](http://intermega.globo.com/edy/index.htm).

1.2.4 A REFORMA PEDRO ERNESTO

As ações para prover a população da cidade, de uma rede de assistência adequada à sua demanda, continuaram, após a reforma higienista do Prefeito Pereira Passos e do sanitarista Oswaldo Cruz, com a “Reforma Pedro Ernesto”. No ano de 1930, com a instalação do Governo Provisório, esboçou-se a grande transformação que sua administração trouxe para os serviços da saúde pública, no, então, Distrito Federal.

A nomeação de Pedro Ernesto Batista para Interventor do Governo, em setembro de 1931, resultou de sua amizade com os “tenentes”, a quem atendia, desde os anos 20, em sua casa de saúde. Esta ligação levou-o a tornar-se médico particular de Getúlio Vargas, após a Revolução de 1930. Em 1935, os vereadores autonomistas elegeram Pedro Ernesto Prefeito do Rio de Janeiro, tornando-se o primeiro governante eleito da história da cidade, ainda que de forma indireta.

Pedro Ernesto formou uma equipe para estudar os problemas de saúde da cidade e empreendeu a construção de diversos Dispensários e Pronto Socorros, promovendo uma grande transformação nas questões de saúde e assistência médico-hospitalar, por todo o Rio de Janeiro.



Fig. 1.28- Homenagem dos jornalistas cariocas a Pedro Ernesto (de terno preto na 1ª fila), por ocasião da sua posse como prefeito do Distrito Federal, 1935. Rio de Janeiro (RJ).

Fonte- CPDOC/ PEB foto 126.

Durante a sua gestão, o Rio de Janeiro ampliou, de forma extraordinária, o número de unidades da sua rede de saúde, chegando às áreas mais distantes do centro da cidade, a implementação de obras para construção de hospitais, postos de saúde e dispensários.

“Como interventor federal e, posteriormente como prefeito, marcou seu governo por uma atenção especial às áreas de saúde e educação, essa última dirigida pelo educador Anísio Teixeira. Em 1935, aproximou-se da Aliança Nacional Libertadora (ANL), organização de caráter antifascista e antimperialista, que reunia comunistas, socialistas, "tenentes" de esquerda. Em julho daquele ano, protestou com veemência contra o fechamento da Aliança, decretada pelo governo e denunciou a articulação de um golpe pelas forças conservadoras. Posteriormente, foi acusado de ter participado das conspirações levadas a cabo por setores da ANL, com destaque para o Partido Comunista Brasileiro, então Partido Comunista do Brasil (PCB), e que levaram à deflagração, em novembro de 1935, dos levantes armados de Natal, Recife e Rio de Janeiro. Embora tenha, de fato, sido convidado por Luís Carlos Prestes, principal líder do movimento, para participar do levante, seu papel naqueles acontecimentos jamais ficou completamente esclarecido” (FGV- CPDOC, 2002).



*Fig. 1.29- Pedro Ernesto, interventor federal do Distrito Federal, 6/10/1931, Rio de Janeiro (DF).
Fonte- CPDOC/Arquivo Pedro Ernesto Batista/PEB foto17.*

No campo da assistência social, o governo Getúlio Vargas também introduziu importantes mudanças. Ao lado das Caixas de Aposentadoria e Pensões (que vinham desde a década de 1920), foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões, órgãos controlados pelo Estado responsáveis pela extensão de direitos sociais a categorias nacionais de trabalhadores. Durante a década de 1930, foram criados Institutos de Aposentadoria e Pensões de várias categorias como industriários, comerciários, bancários, funcionários públicos etc. Após 1945, os Institutos de Aposentadoria e Pensões expandiram suas áreas de atuação, que passaram a incluir serviços na área de alimentação, habitação e saúde. Essa ampliação de funções, porém, não foi acompanhada da necessária reformulação da sua gestão financeira, o que acarretou sérios problemas posteriormente. A falta de um planejamento central foi também responsável por graves disparidades na qualidade do atendimento oferecido às diversas categorias profissionais. Por fim, em novembro de 1966, no âmbito da assistência social, todos institutos que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado através do Decreto nº 72 (ver p. 40). (FGV- CPDOC, 2002).

1.2.5 A SUSEME

A partir da transferência da Capital Federal para Brasília e da criação do Estado da Guanabara, iniciou-se uma nova fase administrativa, trazendo uma série de novidades para a gestão da rede de saúde do Rio de Janeiro. Com a eleição de Carlos Lacerda como governador, o problema hospitalar volta a ser enfatizado. Em 28 de dezembro de 1962, é criada a SUSEME, através da Lei nº 279, com a finalidade de gerir a rede hospitalar do Estado da Guanabara. Várias obras hospitalares foram iniciadas e construções inacabadas foram finalizadas, como a ampliação do Hospital Miguel Couto, o término das obras de ampliação do Hospital Salgado Filho e o setor de emergência do Hospital Souza Aguiar.

No caso do Hospital Salgado Filho, sua obra foi construída pela metade, com apenas quatro pavimentos, quando o projeto original contava com oito pavimentos. Nos pavimentos ainda por construir deveriam funcionar Enfermarias, Centro Cirúrgico, Centro Ortopédico e Maternidade.

Para o projeto do novo Hospital Souza Aguiar, depois de demolido o antigo prédio, enquanto as obras eram executadas, a unidade funcionava, apenas, com o Setor de Emergência, com 32 leitos, enquanto seu projeto original contemplava mais de 430 leitos. (SUSEME, 1972).

O Hospital Miguel Couto, na Gávea, dispunha de um anexo com quase a mesma área do hospital, que se encontrava envelhecido e inacabado. Este anexo destinava-se a abrigar diversas clínicas de especialidades, Serviço de Emergência e Centro Cirúrgico. O novo anexo foi inaugurado em 25 de maio de 1970.

A Secretaria de Saúde, através da superintendência da SUSEME, procurou abarcar o problema das estruturas físicas da rede de saúde, “abrangendo desde a planta física das unidades hospitalares e a instalação de Laboratórios e Centros Especializados, até a implantação de novos serviços” (SUSEME, 1972). Nesta época, foram implantados diversos centros de saúde, que pertencem, atualmente, à rede municipal de assistência, nas mais diversas localidades da cidade. Data deste período, também, a instalação do Dispensário da Barra da Tijuca, em 1958, futuro Dispensário Lourenço Jorge, precursor do atual hospital.

1.2.6 O SISTEMA NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

A partir do golpe militar de 1964, assistimos em nosso país, o fechamento de todos os canais de participação dos trabalhadores nas decisões e nas discussões em torno do sistema previdenciário. Neste panorama, verifica-se a fusão dos IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões- (exceto o IPASE), através do Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966, que cria o INPS- Instituto Nacional de Previdência Social, como já mencionado (p.38). Num primeiro momento, apesar da representação de setores do governo ser majoritária, mantinham-se representações minoritárias de trabalhadores. Estes foram efetivamente afastados da gestão da Previdência, em 1970. Neste período observamos a centralização da legislação previdenciária em um único Instituto.

“A progressiva eliminação da gestão tripartite (União, empregadores e empregados) das instituições previdenciárias no período que se unicia em 1966 e termina com sua exclusão em 1970, só pode ser entendida como parte de um projeto mais amplo, de reorganização das relações Estado/trabalhadores, caracterizado pelo afastamento destes últimos dos processos decisórios” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Em 1968, o governo elabora o Plano Nacional de Saúde- PNS- que propõe, em síntese, o sistema de livre escolha do médico, pelo cliente, sendo os honorários médicos pagos parte pelo cliente- que exerceu o direito de escolha- e parte pelo sistema da Previdência, determinando que “as atividades de assistência médica devem ser de natureza primordialmente privada, sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

“A expansão do escopo das ações do INPS fez com que fosse criado, em 1974, com a Lei 6.036, o Ministério da Previdência Social. Em 1975 foi feita a Consolidação das Leis da Previdência Social. Em 1977, a Lei 6.439 criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Esta estrutura manteve-se até o advento da Constituição de 1988, que definiu um conceito de Seguridade Social abrangente, estendendo os direitos à cobertura previdenciária, saúde e assistência social para a totalidade da população, independentemente do exercício profissional e da existência de vínculo contributivo” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

A assistência médica experimentou um significativo crescimento dos seus serviços próprios, com gastos centralizados no INPS, mas a demanda cada vez maior, com o direito à assistência estendido a todos os segurados, continua a promover a contratação de serviços com o setor conveniado, que

também se expande. A tendência à universalização da saúde, vai sendo fortalecida, com a incorporação das seguintes categorias:

1967- segurados relacionados a acidentes de trabalho;

1971- trabalhadores rurais, através do FUNRURAL;

1972- empregadas domésticas;

1973- trabalhadores autônomos.

A partir de então, quase todos os trabalhadores passam a ter direito à cobertura da Previdência, excetuando-se os trabalhadores do mercado informal. O cenário de então é o de autoritarismo e de assistencialismo, através das organizações sindicais. Com o aumento da demanda, os gastos previdenciários foram aumentados, em especial os médico-ambulatoriais, e começaram a ser repassados às empresas médicas.

Em 1974, é aprovado o Plano de Pronta Ação- PPA- que, entre outras medidas, dispõe sobre a desburocratização e a universalização dos atendimentos às emergências clínicas e cirúrgicas, através da Portaria nº MPAS 158, de 18 de fevereiro de 1974. O impacto deste plano nas estruturas físicas das unidades da saúde é óbvio, com as instituições sofrendo um grande aumento na demanda por serviços desta natureza.

Em 17 de julho de 1975, é sancionada a Lei nº 6229, que cria e dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, que trazia, em suas premissas básicas, que “a proteção da saúde de um povo depende essencialmente da ação social organizada, e organizar a ação social é uma atribuição do Governo dentre as competências do Estado” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Neste período, o sistema previdenciário sofreu novas mudanças, separando o setor de assistência médica e criando novos sistemas de arrecadação de recursos. A partir da criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), em 1977, a organização dividiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), reorganizou os órgãos de assistência social (LBA e FUNABEM) e constituiu a sua empresa de processamento de dados (DATAPREV).

Podemos afirmar que a ênfase da Medicina Previdenciária, deste período, se baseia na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, prevenção de saúde e interesses coletivos da população. Neste contexto, o hospital é a estrutura física adequada à implementação desta política, e o capital privado assume importante papel na oferta de serviços de assistência.

“A conformação do complexo médico-industrial evidenciou a articulação entre hospitais privados, de pequeno e médio porte, clínicas e empresas de pré-pagamento, serviços do sistema público (previdenciários e das redes federal, estadual e municipal), dispondo como mecanismo de financiamento a previdência social, o ainda incipiente seguro-saúde e a previdência complementar das empresas estatais” (CORDEIRO, 1991).

Entre as diversas medidas para a concretização desta política, os instrumentos utilizados para implementá-la foram o financiamento a hospitais privados, através do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social- FAS-, o credenciamento para a compra de serviços, e os convênios com empresas de medicina de grupo. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Para a população, além de representar a concentração do poder econômico no sistema da previdência, as mudanças não foram capazes de enfrentar os graves problemas encontrados na assistência: “a inoperância do sistema previdenciário e a baixa eficiência dos serviços públicos de saúde perante as alternativas de cobertura proporcionadas pelo complexo médico-empresarial” (CORDEIRO, 1991).

A rede hospitalar do Rio de Janeiro, cada vez maior e mais onerosa para seus gestores, conforma-se como uma das maiores ofertas de leitos em unidades de saúde, em termos de capacidade instalada. No entanto, a sua estrutura física desarticulada, sucateada e ineficiente, esbarra nos problemas advindos da coexistência das diversas esferas de gestão dos hospitais da cidade: a Federal, com unidades da previdência e do Ministério da Saúde, a Estadual e a Municipal, sem esquecer dos hospitais universitários, dos filantrópicos e das unidades da rede conveniada.

Neste cenário, observamos, ainda, os problemas advindos do descompasso entre a arrecadação e as despesas estatais, que comprometiam a prestação dos serviços de saúde e, também, as funções de acumulação e legitimação do sistema. A satisfação do usuário, assim como a paz social, não foi atingida, com a centralização da gestão.

1.2.7 A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE E A CRISE DA PREVIDÊNCIA

O período compreendido entre os anos de 1980 a 1983 ficou conhecido como o da crise da previdência social. Independente das diversas e cíclicas crises anteriores, advindas do modelo do seu financiamento, a saúde não conseguia estender a sua cobertura às populações rurais e as críticas ao sistema e a elaboração de novos projetos, buscavam alternativas. A Conferência de Alma-Ata-Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde- em 1978, na URSS, atual Cazaquistão, apontava para o estímulo de políticas regionais, com participação comunitária e o implemento de ações de atenção primária à saúde.

Organizada pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, a conferência foi precedida de dois anos de estudos e reuniões, em vários países, com o objetivo de levantar a experiência mundial sobre os cuidados primários da saúde, definir o papel dos governos em relação ao assunto e formular recomendações para o desenvolvimento de programas nacionais e internacionais nesse campo.



Fig. 1.30- Plenária da Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978.

Fonte- www.healthwrights.org.

Conhecido como Declaração de Alma-Ata, o documento emitido no final da Conferência e assinado pelos seus participantes (134 governos e representantes de 67 organizações e agências especializadas) exorta os povos e governos do mundo a envidar esforços no sentido de implementar a prestação de cuidados primários à saúde, com a participação comunitária e a regionalização do seu perfil, com vistas ao ano de 2000.

No ano de 1980, foi elaborado um projeto que se orientava pelo preconizado em Alma-Ata, incluindo conceitos de atenção primária à saúde: o Prev-Saúde, que, apesar do empenho dos técnicos do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social que o desenharam, não foi posto em prática. A partir daí, observa-se a queda paulatina dos gastos médico-hospitalares. As despesas do INAMPS, que eram da ordem de 30% do orçamento, em 1976, chegaram, no ano de 1982, a 20% do total dos recursos, o que evidenciava, a despeito do descontrole nos gastos com a assistência, que o corte nas contas ocorria na área da assistência médica, já que dispositivos legais impediam que os mesmos atingissem outros benefícios.

Em 1981 foi criado o CONASP- Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, que, em 1982, propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social. Como estratégia, estabeleceu a regionalização e a hierarquização do sistema de saúde, com elementos de referência e contra-referência, e a criação de uma rede ambulatorial única, constituída de ambulatórios públicos e privados (CORDEIRO, 1991).

Esta proposta foi configurada através do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), mais tarde chamadas de Ações Integradas de Saúde (AIS), com composição tripartite- MPAS/INAMPS, Ministério da Saúde e Secretarias de Estado de Saúde. Sua ação se determinava através de convênios com prestadores de serviço, com gastos estimados através da capacidade de produção de serviços, das redes federal, estaduais e municipais, e de convênios de co-gestão, com bases de participação definidas entre as partes. (CORDEIRO, 1991).

Uma outra proposta oriunda do plano do CONASP foi a implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social, que foi implementado para criar mecanismos de gerenciamento e de pagamentos de contas hospitalares- as AIHs, autorizações de internações hospitalares.

O CONASP abriu um espaço para a discussão de mudanças com vistas à regionalização dos serviços de saúde, a informatização do seu gerenciamento, alcançada em 1984, entre outras ações. No entanto houve um grande aumento nas internações hospitalares, especialmente no sul do país, e um crescimento de procedimentos ilícitos, na falsificação de AIHs, o que levou ao questionamento da eficiência do sistema (CORDEIRO, 1991).

Finalmente, segundo Oliveira e Teixeira, 1985, a agudização da crise do sistema previdenciário, notadamente no que se refere a assistência à saúde, teve base em três fatores que se exprimem na implantação de planos equivocados, a saber:

- a crise ideológica- o PREV-SAÚDE, em 1980;
- a crise financeira- o deficit da previdência, em 1981;
- a crise político-institucional- o CONASP, em 1982.

(OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Desde novembro de 1984, diversos órgãos e instituições da sociedade organizada, vinham debatendo propostas relativas às políticas de saúde. Ainda neste ano, a ABRASCO e CEBES promoveram um encontro, em Curitiba, para a discussão da unificação do sistema de saúde. Em janeiro de 1985, os Secretários Municipais de Saúde firmaram, em um documento, o compromisso da criação de um sistema unificado e a municipalização de ações de saúde. Um documento foi entregue ao futuro presidente Tancredo Neves, com os mesmos propósitos, em 1986.

“A tragédia da morte de Tancredo e das circunstâncias que a determinaram marcavam, de forma profunda, os movimentos dos grupos de pressão. O símbolo da deterioração do setor público, a crise da ética da medicina, o drama prolongado da doença, criavam um cenário triste e sombrio para as articulações e conversas a meia voz, num prenúncio das dificuldades que viriam frustrar as esperanças da mobilização popular do ano anterior” (CORDEIRO, 1991).

Em 1987, as AIS- Ações Integradas de Saúde- foram substituídas pelo SUDS- sistemas descentralizados e unificados de saúde. No entanto diversos segmentos técnicos e burocráticos criticavam estes mecanismos, pois achavam que a unificação do sistema de saúde deveria priorizar a transferência imediata do INAMPS para o Ministério da Saúde. No âmbito do SUDS, a fiscalização das unidades hospitalares caberia aos órgãos municipais ou estaduais e, ainda, aos conselhos de saúde. O INAMPS se ocuparia da avaliação global do desempenho técnico e financeiro, indicadores gerenciais e índices de cobertura, do sistema. O SUDS previa, também, a municipalização gradativa da atenção à saúde, tendo como foco os distritos sanitários.

1.2.8 A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE E O SUS

A implantação e a consolidação de um sistema único de saúde, dependia da nova Constituição Federal, aprovada e promulgada em 5 de outubro de 1988, que determina, no seu artigo 196:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (BRASIL, 1988.)

A concretização dos moldes do novo sistema- o Sistema Único de Saúde (SUS), foi estabelecida a partir da chamada Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. A Lei Orgânica da Saúde “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

No seu título II, a Lei dispõe e constitui o Sistema Único de Saúde- o SUS, e lista seus objetivos e atributos, no seu capítulo I. Os capítulos subsequentes determinam seus princípios e diretrizes (Cap. II), a organização e gestão (Cap. III), as atribuições e a competência (Cap. IV). Dispõe, ainda, do funcionamento dos serviços privados, da participação complementar, dos recursos humanos, e do financiamento.

A Lei Orgânica da Saúde, estabelece, de maneira irrefutável, a descentralização dos serviços de assistência à saúde. Suas diretrizes mais fortes, na indicação da municipalização da assistência, encontram-se no seu capítulo III, quando determina o papel de cada uma das esferas de governo para a atuação junto ao Sistema Único de Saúde. No entanto, no seu Capítulo II, estão contidos os conceitos fundamentais para a prestação de serviços de saúde, em todo o território:

PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO SUS:

- **princípio da universalidade:** basta ser cidadão brasileiro para ter acesso gratuito às ações e serviços de saúde.
- **princípio da equidade:** o poder público deve oferecer condições de atendimento igual para todos. O que determina o tipo de atendimento é o grau de complexidade da patologia e não a importância pessoal do usuário.

- **princípio da integralidade:** O Sistema Único de Saúde- SUS- garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença.

DIRETRIZES CONSTITUCIONAIS DO SUS:

- **descentralização:** é o município e não mais a União, que estabelece a política local de saúde. Dar à população um atendimento integral em saúde é meta das três esferas de governo.
- **hierarquização:** significa que a rede de saúde tem níveis de atenção nos quais as ações básicas de saúde absorvem a maior parte da procura pelos serviços. Apenas os casos mais graves são encaminhados para a rede hospitalar. Isto poupa recursos e desafoga os hospitais.
- **regionalização:** a rede descentralizada e hierarquizada deve estar bem distribuída geograficamente para garantir o acesso da população a todos os tipos de serviço.
- **financiamento:** o Sistema Único de Saúde é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. A participação financeira do DF, dos Estados e dos municípios nos investimentos em saúde é fundamental para a completa implantação do SUS.
- **controle social:** é garantido à sociedade interagir com o poder público, participar do estabelecimento das políticas de saúde, discutir suas prioridades e fiscalizar a execução dessas políticas e a utilização dos recursos. (PELLEGRINI, 1998).

Para que a municipalização dos serviços de saúde fosse, efetivamente implantada, o Ministério da Saúde criou as Normas de Operação Básica- as NOB's- que dispõem os requisitos para que os municípios constituam seus sistemas de saúde, de maneira sólida, eficiente e que sejam capazes de gerenciar o seu financiamento. As NOB's de 1993, de 1996 e, recentemente, em 2001 e 2002, as NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), explicitam os requisitos e as ações de integração entre os municípios e a União. Para que a descentralização possa ser implantada, o município deve cumprir algumas exigências básicas que garantam minimamente o desenvolvimento satisfatório de suas premissas e, ainda o recebimento do PAB- Piso de Atenção Básica- que garanta a prestação de cuidados primários às suas populações.

As condições para a habilitação dos municípios em um dos sistemas de gestão, preconizados pelas NOB's, são as seguintes:

- constituir um **Conselho Municipal de Saúde- CMS** (conforme a Lei nº 8142/90);
- instituir um **Fundo Municipal de Saúde**;
- elaborar um **Plano Municipal de Saúde**, aprovado pelo seu Conselho Municipal de Saúde;
- possuir **equipamento** capaz de operar o Sistema SAI-SIH/SUS (sistema de informações ambulatoriais e sistema de informações hospitalares), através de informatização da gestão;
- possuir **recursos humanos** treinados para trabalhar nos Sistemas SIA-SIH/SUS. (PELLEGRINI, 1998).

O Piso de Atenção Básica- PAB- é o mínimo de recursos que um município passa a receber, do Ministério da Saúde, para a gestão dos cuidados, junto aos seus habitantes. Sua grande vantagem é “dissociar a produção do faturamento de modo que as informações sejam mais confiáveis” (PELLEGRINI, 1998). Entre outros programas, o PAB integra em suas atribuições de financiamento, o Programa de Saúde da Família- PSF- e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS.

A sociedade ainda espera a total implantação do SUS e o seu desenvolvimento, apesar de já se discutir a sua revisão e reformatação. Os diversos municípios, especialmente os criados recentemente, na onda de municipalização de localidades, envidam seus esforços, no sentido de aprimorar seus sistemas de saúde, com vistas à habilitação de suas gestões. O novo modelo preconizado, causa um grande impacto na implantação física dos EAS, exigindo uma nova abordagem, para a arquitetura destas instituições.

1.2.9 ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

1.2.9.1 CONCEITOS

Assistimos, nos dias de hoje, ao desenvolvimento e implementação dos conceitos e premissas para a busca da qualidade nos estabelecimentos de assistência à saúde. Neste sentido, a contribuição e o desenvolvimento dos padrões de avaliação do Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde- CBA- se constitui em ferramenta importante e fundamental para a busca da QUALIDADE na prestação da assistência à saúde em nosso país.

A lógica da Acreditação trabalha com questões inerentes à sua particularidade, em direção ao desenvolvimento da qualidade da assistência à saúde, “tais como o acesso e a garantia da continuidade do atendimento, os processos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação/recuperação, a segurança dos procedimentos e atos médicos, o desempenho dos recursos humanos e as adequadas condições das instalações e equipamentos” (cba, Junho,2000).

No Brasil, a avaliação de serviços de saúde através da Acreditação é recente e inovadora, com incorporação de conceitos internacionais na aplicação da metodologia de mensuração da qualidade destas atividades e o envolvimento de todos os atores para alcançar os preceitos de qualidade no atendimento.

Segundo a cartilha publicada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação- CBA-, a Acreditação tem por finalidade a melhoria da qualidade do atendimento à saúde. Visa ainda estabelecer uma nova abordagem para os problemas e questões inerentes ao setor e cita como necessidade a adequação da gestão dos serviços privados e públicos, notadamente no nosso país, que apresenta um quadro carente de recursos físicos, materiais e humanos preparados para esta finalidade.

Podemos destacar ainda o aumento dos custos da prática médica, com o crescente desenvolvimento tecnológico dos equipamentos e métodos terapêuticos e diagnósticos, a garantia da segurança no atendimento e nos procedimentos, as expectativas no estabelecimento de “boas práticas” hospitalares, a ética profissional e a necessidade de atendimento aos direitos do consumidor, como parâmetros que necessitam de uma abordagem inovadora e específica para a sua reflexão.

“A Acreditação” é um sistema de verificação externa para determinar a conformidade, com um conjunto de **padrões**, consistindo, assim, num processo de avaliação dos recursos institucionais, de caráter voluntário, periódico e reservado; e deve ser diferenciada de outros processos como licenciamento, classificação, habilitação ou credenciamento” (CBA, Junho, 2000).

Licenciamento que se constitui na permissão legal de funcionamento, normalmente conferida pelos serviços municipais e estaduais de vigilância sanitária

Classificação que se refere à distribuição dos estabelecimentos por classes, de acordo com a complexidade de seu atendimento e hierarquização das unidades da rede de serviços de saúde

Habilitação que se refere à confirmação de capacidades e conhecimentos, atividade exercida pelos conselhos profissionais da área

Credenciamento, referindo-se à concessão da prática de atos, por parte de uma instituição contratante.

A Acreditação é também uma prática de ordem educacional, envolvendo a criação de uma consciência ética e profissional dos atores envolvidos, estabelecendo um esforço de todos os profissionais da organização no desenvolvimento de atividades voltadas para a qualidade em saúde.

A Acreditação traz, ainda, em seus parâmetros, a visão das instituições e organizações de assistência à saúde, enfocada no olhar do paciente e seus direitos e na avaliação dos estabelecimentos em sentido global, estabelecendo a inter-relação de todos os seus módulos e departamentos e promovendo a educação continuada, em busca de qualidade.

O sistema de Acreditação foi usado primeiramente para que estabelecesse ações de proteção de médicos e pacientes contra os efeitos nocivos de ambientes e de organizações inadequadas para a prática médica. Apesar de, no decorrer do tempo, ter direcionado paulatinamente sua atenção para a prática médica, não deixou de lançar seu olhar para o ambiente onde ela é exercida, configurando, assim, matéria de fundamental interesse para arquitetos e planejadores destes espaços, no sentido de garantir sua qualidade, segurança e adequação.

O papel dos profissionais de arquitetura faz-se necessário e fundamental para o planejamento, manutenção e segurança dos ambientes e para o desejado conforto do paciente. A cartilha consultada refere-se a estas atividades de maneira enfática:

“Existe no hospital, uma variedade de ambientes: ambientes onde os pacientes são acolhidos e tratados e ambientes onde são desenvolvidas as atividades de apoio. Estes ambientes são formados por quatro componentes básicos: o prédio, a infra-estrutura, os equipamentos e as pessoas. Todos estes componentes devem ser gerenciados de forma a permitir que:

- os riscos e as situações de perigo sejam controlados e minimizados;
- os acidentes e as lesões sejam evitados e
- as condições de conforto sejam garantidas aos pacientes, funcionários e visitantes.” (CBA, 2000).

A Acreditação estabelece, deste modo, a necessidade de ambientes plenamente adequados às suas atividades, agregando, através da boa arquitetura, os conceitos de qualidade e excelência, que, mais do que nunca, devem ser estabelecidos e compatibilizados, para o planejamento dos edifícios de assistência à saúde.

1.2.9.2 PROCESSO

De acordo com a cartilha do CBA, o processo de avaliação de Acreditação possibilita a verificação dos **Padrões de Acreditação Hospitalar**, centrados no paciente e nos processos organizacionais. A avaliação possibilita a verificação do desempenho de funções importantes, em todo o hospital, sempre voltadas ao paciente e à organização, no lugar de usar um olhar fracionado e verificar departamentos ou serviços específicos que, geralmente são objetos de certificação através dos sistemas ISO. O processo é organizado para responder a questões como:

- Os processos necessários para a adequada prestação de cuidados ao paciente estão sendo implementados?
- Estes processos estão sendo bem implementados?
- O hospital está melhorando o seu desempenho? (CBA-www.cbacred.org.br).

Algumas características chaves do processo de avaliação da Acreditação são

- **Foco Multidisciplinar:** os avaliadores apreciarão como dirigentes e funcionários de várias categorias e serviços trabalham para melhorar o desempenho do hospital em relação a funções

voltadas ao paciente e à organização. A integração entre equipes e serviços é um importante aspecto a ser avaliado;

- **Educativo:** a avaliação de Acreditação é uma oportunidade para que os avaliadores orientem o hospital em diferentes aspectos de seu desempenho;
- **Desenhado para cada hospital:** cada avaliação de Acreditação é desenhada segundo a missão, o escopo e o perfil dos serviços oferecidos pelo hospital;
- **Interativo:** entrevistas individuais e, especialmente, reuniões multiprofissionais e interdepartamentais acontecem durante a avaliação de Acreditação;
- **Orientado para o desempenho:** a avaliação de Acreditação é voltada para verificar o real desempenho do hospital, assim como seus planos e políticas;
- **Consistente:** são elaborados “Protocolos de Avaliadores” para orientar a avaliação de Acreditação;
- **Avaliação de equipe:** os achados de avaliação de Acreditação refletem as observações da equipe de avaliadores;
- **Cruzamento exaustivo de informações:** os avaliadores buscam confirmar as informações obtidas, num dado momento, através de uma determinada fonte (observação, documentos, entrevistas), e em momentos seguintes, através de fontes diferentes. Os avaliadores também cruzam informações entre si. Esse processo visa aumentar a consistência da avaliação (CBA-www.cbacred.org.br).

1.2.9.3 PADRÕES

O CBA usa os padrões como instrumentos de avaliação, referindo-os sempre às práticas ligadas aos cuidados ao paciente, seus direitos como consumidor e sempre com uma visão global da instituição e seus instrumentos de gestão. Deste modo, apesar de presenciarmos a certificação por ISO, em diversas instituições de saúde, temos sempre estas certificações referidas a um ou alguns dos serviços aí exercidos, o que não contempla a ótica global da organização, que pode ter apenas alguns dos segmentos de assistência em conformidade com padrões de qualidade, vivenciados em

uma instituição que, algumas vezes, não apresenta um desempenho desejável na totalidade da sua gestão.

O Manual de Padrões do CBA apresenta o conjunto de propósitos que relaciona o escopo do que deverá ser avaliado, o quadro de equivalências, com os padrões internacionais- da JCI- e um glossário de termos técnicos, usados na avaliação.

“O **padrão** é uma declaração de expectativas relativas ao grau ou ao nível de excelência ou ainda ao que é possível alcançar quanto à qualidade do desempenho hospitalar. Os **propósitos** contextualizam o padrão, ou grupo de padrões, no conjunto do hospital, justifica sua importância para o bom desempenho do hospital, permitindo uma melhor compreensão do padrão” (CBA-www.cbacred.org.br).

Os padrões referenciam a avaliação e, de acordo com o CBA, servem de guia para:

- Uma gerência eficiente e efetiva dos serviços de assistência à saúde;
- A dispensação de serviços de cuidado ao paciente e esforços para a melhoria contínua de desempenho e a eficiência destes serviços;
- A revisão das funções importantes das organizações de assistência à saúde;
- O conhecimento das organizações sobre os padrões de referência para a avaliação da Acreditação;
- A revisão das organizações de sua conformidade com os padrões e seus propósitos.

1.2.9.4 FUNÇÕES

O Manual de Padrões divide-se em 10 capítulos, que correspondem às funções mais importantes, para todos os tipos de organizações hospitalares. Cada função descreve um conjunto de processos e atividades que devem ser exercidas, sempre direcionadas a um dado objetivo. Cada função se refere a um conjunto de padrões que devem ser desempenhados satisfatoriamente. Cada capítulo apresenta um fluxograma das principais atividades referidas a uma função. As mesmas aplicam-se como um todo à instituição e também a cada serviço ou departamento. A avaliação coleta informações sobre o nível de conformidade de cada serviço, mas a decisão da Acreditação é baseada na avaliação do nível de conformidade de toda a instituição. As funções do Manual de Acreditação do CBA são estruturadas em 2 blocos:

FUNÇÕES FOCADAS NOS PACIENTES

- Direitos do Paciente e dos Familiares, Ética da Organização Educação (DE)

Garante o respeito aos direitos do paciente, sendo que o processo de informação permite que os pacientes entendam sua doença e participem do tratamento, conhecendo, ainda, seus direitos.

- Avaliação do Paciente (AP)

Trata da correta avaliação do hospital a respeito das necessidades do paciente e seu adequado acompanhamento, a partir de suas condições físicas, clínicas, psicológicas e sociais.

- Cuidado ao Paciente (CP)

É a função que traduz a razão de ser do hospital e onde se concentram as expectativas do paciente. Avalia os cuidados oferecidos pela instituição como o planejamento dos cuidados ao paciente, o uso de medicamentos, a assistência nutricional, sua reabilitação, entre outros.

- Acesso e Continuidade dos Cuidados (ACC)

Trata das diversas etapas e de seus processos no desenvolvimento da assistência para admissão, avaliação, diagnóstico, tratamento, alta ou transferência, usando, nestas etapas, os diferentes serviços e instalações do hospital, sem descontinuidade.

FUNÇÕES FOCADAS NA ORGANIZAÇÃO

- Governo, Direção e Liderança (GDL)

Trata da definição da missão do hospital e da atuação das suas lideranças em todos os níveis, entendendo a organização no seu contexto e buscando realizar os seus objetivos.

- Melhoria do Desempenho da Organização (MD)

Trata da melhoria contínua do desempenho dos processos do hospital, que causa um impacto positivo na assistência ao paciente. Medir, avaliar e melhorar o desempenho, avaliando e racionalizando custos e ouvindo a percepção do paciente e de seus familiares em relação à instituição.

- Gerência do Ambiente Hospitalar (GA)

Esta função visa garantir um ambiente seguro, funcional, operacional e adequado para o cuidado ao paciente, o trabalho dos funcionários e de todos aqueles que transitam pelo hospital.

Sem dúvida aqui encontramos e estabelecemos a importância da Arquitetura Hospitalar no estabelecimento de ações de projeto, readequação de espaços e conforto ambiental para garantir a pacientes, familiares e corpo clínico as condições adequadas para o exercício das atividades da instituição, agregando qualidade e segurança aos ambientes.

De acordo com a cartilha elaborada pelo CBA, “o hospital planeja, projeta, organiza, mantém e equipa seu ambiente visando garantir a segurança, a privacidade e o conforto do paciente em todos os seus serviços. Um ambiente seguro, funcional, operacional e adequado é fundamental na prestação de cuidados aos pacientes e ao estabelecimento de boas condições de trabalho(CBA, Junho,2000).

- Gerência, Qualificação e Educação de Recursos Humanos (RH)

Trata das atividades necessárias para que o hospital tenha um quadro de funcionários suficiente para o desempenho de suas atividades, com a qualificação necessária, questões salariais, treinamento contínuo, formas de contrato e recrutamento, promoções e desempenho.

- Gerência da Informação (GI)

Trata do uso adequado da informação como ferramenta de gestão, melhoria do desempenho e da capacidade gerencial da instituição, assim como a organização de dados e indicadores dos serviços prestados pelo hospital.

- Vigilância, Prevenção e Controle da Infecção no Ambiente Hospitalar (CIH)

Considerando-se que a infecção hospitalar é uma realidade dos ambientes hospitalares, trata da avaliação dos processos de vigilância, prevenção e controle das infecções hospitalares, para mantê-las em níveis aceitáveis.

Neste grupo de atividades a presença do arquiteto é, também, fundamental, uma vez que a concepção dos espaços e fluxos do hospital, pode ser uma ferramenta aliada para a gestão do problema do controle das infecções hospitalares ou um fator comprometedor de todo um esforço de melhoria do desempenho destes índices. As barreiras físicas e a otimização dos fluxos e circulações

de pessoas e materiais são, sem dúvida, um importante componente na busca da excelência do ambiente hospitalar.

A Acreditação traz, ainda, em seus parâmetros, a visão das instituições e organizações de assistência à saúde, enfocada no olhar do paciente e seus direitos e na avaliação dos estabelecimentos em sentido global, estabelecendo a inter-relação de todos os seus módulos e departamentos e promovendo a educação continuada, em busca de qualidade.

A Acreditação estabelece, deste modo, a necessidade de ambientes plenamente adequados às suas atividades, agregando, através da boa arquitetura, os conceitos de qualidade e excelência, que, mais do que nunca, devem ser estabelecidos e compatibilizados, para o planejamento dos edifícios de assistência à saúde.



CAPÍTULO 2
OS HOSPITAIS DE EMERGÊNCIA
NO RIO DE JANEIRO

2.1 A REDE MUNICIPAL DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

O Rio de Janeiro compõe a 4ª maior concentração metropolitana da América Latina e a 2ª do Brasil. Sua área é de 1255,30 Km² e limita-se ao norte pelos municípios de Itaguaí, Nova Iguaçu, Nilópolis, São João de Meriti, Duque de Caxias e Magé; a leste pela Baía de Guanabara; ao sul pelo Oceano Atlântico e a oeste pela Baía de Sepetiba.

Administrativamente, o Rio de Janeiro divide-se em 30 Regiões Administrativas e 154 bairros. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, foram criadas, em 1993, 10 Áreas de Planejamento Sanitário (APs), a partir do perfil das suas populações e dos seus indicadores sócio-econômicos. Cada uma destas APs, possui uma estrutura gerencial para a promoção das ações de saúde, constituindo-se em instâncias descentralizadas, sob o comando de um coordenador. Trata-se das Coordenações de Área de Planejamento (CAP), com equipes compostas por planejadores de saúde e epidemiologistas, com a responsabilidade de programação, contratação, controle e avaliação dos serviços de saúde de sua área e, podendo, ainda, implementar programas de saúde específicos e modelos de gestão alternativos, de acordo com as necessidades locais (Fonte- Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2002).

A rede municipal de atendimento de emergência constitui-se de unidades hospitalares que prestam este tipo de atenção, por 24 horas, dispondo de serviços para cuidados de urgência e de emergência de baixa, média e alta complexidade, sempre acompanhados por setores de apoio ao diagnóstico, capazes de suprir as necessidades de exames em tempo integral, com serviços de imagem e laboratoriais, para suporte às ocorrências de maior ou menor gravidade.

Algumas destas unidades foram recentemente municipalizadas e, entre elas, podemos citar, ao lado dos hospitais de emergência, unidades de atendimento a pacientes psiquiátricos. Algumas delas, como o Hospital Municipal Souza Aguiar, fazem parte da história do atendimento de emergência da cidade. Outras, como o Hospital Municipal Lourenço Jorge, inaugurado na década de 1990, surgem da necessidade de cobertura das ações de saúde, acompanhando o vetor de crescimento e expansão do município, em direção à zona oeste.

As unidades apresentadas a seguir (Quadro nº 1) formam a rede de atendimento de emergência da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (Fonte- Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro).

QUADRO Nº 1 - UNIDADES DE EMERGÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

AP	EAS	LOCAL	ANO DA FUNDAÇÃO	ÁREA TOTAL (M²)
1	Hospital Municipal Souza Aguiar	Centro	1908	35.060,00
2.1	Hospital Municipal Miguel Couto	Gávea	1936	22.000,00
	Hospital Municipal Rocha Maia	Botafogo	1905	3.174,87
	Instituto Municipal Philippe Pinel *	Botafogo		8.664,22
2.2	Hospital Municipal Julio Sanderson (Andaraí)	Andaraí	1955	33.182,77
3.1	Hospital Municipal Paulino Werneck	Cacuaia - Ilha do Governador	1935	2.790,00
3.2	Hospital Municipal Salgado Filho	Méier	1920	14.911,00
	Instituto de Assistência à Saúde Nise da Silveira *	Engenho de Dentro		45.954,17
	PAM Rodolpho Rocco	Del Castilho	1985	10.500,00
3.3	Hospital Francisco da Silva Telles (Irajá)	Irajá	1975/1983	16.200,00
4	Hospital Municipal Lourenço Jorge	Barra da Tijuca	1996	10.700,00
	Hospital Municipal Cardoso Fontes	Jacarepaguá		16.498,00

* Unidades que prestam atendimento de Emergência à pacientes psiquiátricos, na rede de saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (Fonte- Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro).

2.2 IMPLANTAÇÃO DA REDE MUNICIPAL

A implantação da rede de hospitais de emergência na Cidade do Rio de Janeiro, conformou-se, sempre, a partir da distribuição populacional e da ocupação histórica dos bairros da cidade, seguindo os vetores de crescimento e de implantação de serviços.

Encontramos, em sua primeira implantação, a diretriz das linhas ferroviárias, em especial os caminhos da Estrada de Ferro Central do Brasil, como balizamento para a localização e construção das primeiras unidades hospitalares de grande porte, tentando atender à grande demanda populacional local e a facilidade de acesso às suas instalações. Neste sentido, podemos observar que os bairros litorâneos e os grandes eixos de transporte vão estabelecendo a construção dos hospitais, ao longo dos anos.

Por outro lado, a rede de estabelecimentos de saúde, no Rio de Janeiro, especialmente no âmbito hospitalar, foi sendo construída de forma desordenada, a partir da implantação de unidades criadas sob a gestão de diversos agentes e administrações das tres esferas públicas ou de organizações profissionais. O fato de ter sediado a capital federal por tantos anos, e de ter sido a sede do Estado da Guanabara, até 1975, fez com que a rede hospitalar fosse crescendo, agregando hospitais municipais e estaduais. Os grandes hospitais da esfera federal englobam as unidades oriundas do Ministério da Saúde ao lado de unidades do antigo Instituto Nacional de Previdência Social que, como vimos anteriormente, em certo momento, incorporou diversas unidades construídas por determinadas classes trabalhadoras como os antigos Hospital dos Marítimos, Hospital dos Bancários, Hospital dos Comerciantes e outros tantos.

Com o crescimento do número de unidades hospitalares no Rio de Janeiro, e a sua paulatina municipalização, conforme o que preconiza a chamada Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, podemos dizer que aqui se encontra uma das maiores redes municipais de saúde da América Latina, com oferta de leitos e de serviços relativamente adequados ao tamanho da sua população. No entanto, com a centralização da oferta na cidade, e com a carência de serviços oferecidos nos municípios vizinhos, assistimos à superlotação das unidades que acabam por prestar atendimento a populações de localidades limítrofes e, por vezes, até mais distantes.

2.3 CAPACIDADE INSTALADA E COBERTURA

Como vimos, a história do município do Rio de Janeiro, que foi sede da Capital Federal até 1960, quando se tornou o Estado da Guanabara, e quando, em 1975, após a fusão com o antigo Estado do Rio de Janeiro, conformou a municipalidade, justifica a enorme concentração de serviços de saúde existentes. Trata-se da maior capacidade física instalada no país, contando com 89 unidades hospitalares: 4 da esfera federal, 19 da esfera estadual, 14 da esfera municipal e 10 vinculadas às Universidades, sem que se esqueça de mencionar diversas instituições do setor privado (27) e filantrópico (15), com serviços contratados ao SUS. Nos anos de 1999 e 2000, houve a municipalização de 8 unidades hospitalares, quando sua gestão passou da esfera federal para a municipal. (Fonte- Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura do Rio de Janeiro).

No âmbito da assistência ambulatorial, a rede pública conta com 88 unidades municipais, 38 estaduais (incluindo a rede da SES, DESIPE, Corpo de Bombeiros, PAM estadualizados e PMERJ), 16 universitárias 13 sindicais e 6 federais, além de unidades dos setores privado (51) e filantrópico (20). No ano de 1995 assistimos a municipalização de 15 PAMs da esfera federal, além de 3 Maternidades. A tabela abaixo (Quadro nº 2) apresenta a distribuição das unidades prestadoras de serviços de saúde no município segundo a natureza do prestador.

QUADRO Nº 2 – UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇOS E LEITOS DAS UNIDADES HOSPITALARES DO SUS SEGUNDO A NATUREZA DO PRESTADOR - 1998

Natureza do prestador	Unidades ambulatoriais	Unidades hospitalares	
	Número de unidades	Número de unidades	Número de leitos
Total	232	89	14 748
Privado	51	27	4 193
Federal	6	4	606
Estadual	38	19	3 897
Municipal	88	14	2 233
Filantrópico	20	15	1 733
Universitário	16	10	2 086
Sindical	13	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SMS

Esta rede está distribuída de maneira heterogênea, em relação à localização espacial nas diversas regiões da cidade (Quadro nº 3), com uma predominância de unidades de grande porte na área central e na zona sul da cidade, em detrimento das unidades de atenção básica, que poderiam implementar ações de promoção de saúde, desafogando hospitais e serviços de apoio ao diagnóstico de maior complexidade.

QUADRO Nº 3 - UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE, POR ÁREA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE, SEGUNDO OS TIPOS DE UNIDADES DE ASSISTÊNCIA

Tipos de unidades e assistência	Total	Áreas de Planejamento de Saúde									
		1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Total	151	26	17	11	17	11	13	15	10	16	15
Unidades hospitalares	60	17	11	6	7	4	2	10	1	1	1
Hospitais gerais	23	3	4	3	4	2	1	3	1	1	1
Hospitais especializados/Institutos	30	12	5	3	3	1	-	6	-	-	-
Maternidades	7	2	2	-	-	1	1	1	-	-	-
Unidades ambulatoriais e mistas	91	9	6	5	10	7	11	5	9	15	14
Postos de assistência médica - PAM	15	2	1	1	3	2	3	1	1	1	-
Centros Municipais de Saúde - CMS	20	4	3	2	3	2	2	1	1	1	1
Unidades Integradas de Saúde - UIS	3	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Postos de Saúde - PS	31	1	-	-	1	3	3	1	5	6	11
Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde -	16	-	2	2	-	-	1	1	1	7	2
Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário	3	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-
Unidades Ambulatoriais de Saúde (conveniadas) - UA§	3	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SMS, Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro.

O crescimento da demanda e a urgência na implantação de novas unidades de atendimento básico à saúde, que possa acompanhar a desenfreada criação de novos municípios, necessitam projetos arquitetônicos e sistemas construtivos que atendam às novas premissas de assistência e que consigam agilizar a descentralização dos cuidados básicos e da promoção da saúde, o que já era preconizado na década de 70, por arquitetos e planejadores.

“A Saúde Pública em um país como o nosso deveria ser sempre uma das metas prioritárias de qualquer governo. Infelizmente é comum a preocupação exclusiva com a construção de hospitais, deixando os Postos de Saúde em completo abandono. Isto apesar de seu menor custo de obra e de equipamento e do seu infinitamente maior resultado social” (FERRER, 1977/1978).

2.4 PERFIL DOS ATENDIMENTOS

Considerando a grande demanda da população da cidade do Rio de Janeiro pelos Serviços de Emergência existentes nos Hospitais Municipais, que arcam com atendimentos deste tipo e que, inúmeras vezes, demandariam, ao contrário, um encaminhamento ao Ambulatório destas unidades, encontramos estes serviços com suas salas lotadas e com a sua capacidade de atendimento comprometida, tanto pelo número excessivo de consultas como pelo perfil dos atendimentos, que nem sempre poderiam ser classificados como emergências.

Observamos também que, para que possa ser atendida com presteza e para que possa escapar da fila do agendamento, que nem sempre consegue a agilidade pretendida, a população procura os serviços de Emergência e Urgência das unidades hospitalares ou das instituições onde está acostumada a receber serviços especializados (Quadro nº 4), que nem sempre são os locais mais indicados para este tipo de atendimento.



*Fig. 2.1- Fila de espera no Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Lourenço Jorge
Fonte- Espaço Saúde, 2003.*

**QUADRO Nº 4 – CONSULTAS MÉDICAS NOS SETORES DE PRONTO ATENDIMENTO
E/OU EMERGÊNCIA, SEGUNDO OS TIPOS DE ASSISTÊNCIA E UNIDADES- 1998**

Tipos de assistência e unidades	Pronto atendimento e/ou emergência
Total	2 244 171
Gerais	1 356 283
Hospital Souza Aguiar	326 195
Hospital Miguel Couto	259 594
Hospital Salgado Filho	287 925
Hospital Lourenço Jorge	265 207
Hospital Paulino Werneck	128 444
Hospital Rocha Maia	88 918
Pediátricas	8 168
Hospital Jesus	4 004
Hospital N. S. do Loreto	14
Hospital Salles Neto	4 150
Maternidades	61 832
Inst. da Mulher Fernando Magalhães	10 636
U.I.S. Herculano Pinheiro	23 062
Praça XV	17 128
Carmela Dutra	8 350
Alexander Fleming	2 656
Especializadas	3 092
Hospital Barata Ribeiro	3 091
Inst. Assist. Juliano Moreira	-
Inst. M.F.R. Oscar Clark	-
Inst. G.G. Miguel Pedro	1
Ambulatoriais	49 411
Hospital Carmela Dutra	49 411
Mistas	48 325
U.I.S. Manoel Arthur Villaboim	13 726
U.I.S. Hamilton Land	34 599

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

Observamos que o perfil epidemiológico do Rio de Janeiro apresenta o ressurgimento de doenças anteriormente erradicadas, especialmente nas comunidades de baixa renda, convivendo com agravos de cidades desenvolvidas tais como a morbidade e mortalidade por causas externas, as doenças psico-sociais, o aumento da população de idosos e seus problemas de doenças crônicas, a violência e a desigualdade sociais acarretando os males da sociedade.

Podemos afirmar que, no lugar de apresentar, na história da assistência à saúde, a chamada **transição epidemiológica**, o Rio de Janeiro, junto com outras cidades de países em desenvolvimento, apresenta o que podemos chamar de **superposição epidemiológica**, com as patologias de diversos momentos de desenvolvimento tecnológico convivendo ao mesmo tempo. (Reinchenheim & Werneck, 1994). Este perfil confere à tarefa de planejar e projetar a arquitetura dos EAS no Brasil e, em especial, no Rio de Janeiro, uma particularidade sem precedentes.



Fig. 2.2- Hospital Municipal Miguel Couto.

Entrada Principal.

Fonte- SMS, 2002.

2.5 EXPANSÃO DA OFERTA

No momento em que se faz necessário identificar os parâmetros para a readequação da estrutura física de tais serviços, deve-se considerar, prioritariamente, uma nova formatação destes espaços, para que se possa otimizar e agilizar o atendimento à população, priorizando os casos complexos e encaminhando adequadamente, para outras unidades, os de menor gravidade, agregando eficiência e qualidade à assistência à saúde nos Hospitais Municipais da Prefeitura da Cidade de Rio de Janeiro.

Para agravar esta conjuntura, encontramos, ainda, diversos Serviços de Emergência, dos Hospitais Municipais, necessitando de reformas, adequações de instalações prediais, ampliação e modernização dos equipamentos e dos espaços, para que possam abrigar as atividades de atendimento com a resolubilidade requerida para a enorme demanda do Município do Rio de Janeiro.

O olhar do arquiteto especialista deve se voltar para a diversidade dos problemas apresentados, inserindo nestes ambientes a flexibilidade pretendida para que seus projetos possam atender à complexidade destes serviços.



Fig. 2.3- Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Área externa de espera.

Fonte- Espaço Saúde, 2003.



CAPÍTULO 3
A ARQUITETURA NA
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

3.1 METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho, é o de estabelecer novos parâmetros para a concepção e a implantação de unidades hospitalares de emergência, na Cidade do Rio de Janeiro. Pretendemos, numa primeira análise, avaliar a conformação dos diversos hospitais que prestam este tipo de assistência, no município, analisando a sua implantação e o desenvolvimento de suas estruturas físicas e relacionando as diversas obras sofridas, ao longo de sua história, com as políticas de saúde praticadas durante estas intervenções.

A partir desta análise e, ainda, com a pesquisa dos mais novos conceitos que norteiam o desenho e a construção de hospitais no Brasil e no mundo, trazendo valores ligados ao conforto ambiental, racionalização de projetos e construção, aspectos de sustentabilidade e novos conceitos de biossegurança, podemos recomendar parâmetros de qualidade para os projetos futuros, compatibilizando o desenho destas instituições ao que se espera do chamado “hospital do futuro”.

Sem deixar de lado os diversos exemplos da rede municipal de saúde e dos seus mais variados tipos de unidades, foram destacados novos projetos para unidades de emergência, no Rio de Janeiro, que estão sendo implantados atualmente, que julgamos serem os mais representativos para este estudo.

O Hospital Municipal Souza Aguiar, considerado uma das maiores estruturas hospitalares, na América Latina, foi escolhido para o desenvolvimento deste trabalho por sua representatividade, na rede municipal. A instituição tem seu desenvolvimento profundamente ligado à história da cidade e de suas políticas públicas, no âmbito da assistência à saúde. Desde a sua primeira implantação, passando por sua transferência para a Praça da República, sua conformação como a primeira unidade a prestar atendimento de emergência na cidade, até as suas grandes obras de ampliação, constitui um exemplo significativo para o estudo do impacto das reformas prediais na distribuição de fluxos, serviços e setores e no desenvolvimento da qualidade da assistência prestada.

O Hospital Municipal Miguel Couto, uma das referências mais importantes da cidade do Rio de Janeiro para o atendimento de Emergência, acaba de incorporar à sua área, um terreno que abrigará um novo prédio para seus serviços de Emergência, Cuidados Intensivos (UTI e UI), o Serviço de Imagem e um novo Centro Cirúrgico. A nova estrutura predial incorporará os mais novos conceitos para projetos arquitetônicos hospitalares e itens de conforto ambiental e de informatização de

serviços de manutenção predial e de gerenciamento de edifícios, constituindo-se num exemplo de nova abordagem de projetos para atendimento de emergência, no município.

O Hospital Municipal Salgado Filho, que se constitui numa das mais importantes unidades de atendimento de emergência da zona suburbana do Rio de Janeiro, foi destacado para este estudo por estar desenvolvendo e implantando um novo projeto de arquitetura para o seu serviço de emergência, que pretende incorporar novos conceitos na distribuição e estruturação dos seus espaços, no sentido de agilizar e otimizar o atendimento.

O Hospital Municipal Lourenço Jorge é considerado pela Secretaria Municipal de Saúde, a instituição que mais contribui, atualmente, para a disseminação de novos conceitos de distribuição e implantação dos espaços hospitalares e é, ainda, o primeiro hospital da rede municipal, a incorporar conceitos inovadores de conforto ambiental, apesar de sua implantação remontar à tipologia pavilhonar, já usada largamente em diversas épocas do passado, polemizando as premissas do seu desenho e trazendo aspectos importantes para a reflexão da arquitetura hospitalar. A unidade está implementando projeto de reestruturação que possa adequar o hospital aos novos conceitos de atendimentos de emergência e que prepare a instituição para ser a unidade de referência ao atendimento durante os Jogos Panamericanos de 2007.

A metodologia utilizada, neste trabalho, para a avaliação das condições da estrutura física destas unidades, de seus novos projetos e do impacto na qualidade da assistência à saúde aí prestada, é apresentada a seguir:

3.1.1 LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES

Foi feito um levantamento, o mais variado e abrangente possível, para se resgatar a história da unidade e da evolução de sua estrutura física, tais como plantas dos diversos projetos, fotografias, entrevistas com diretores e com profissionais que participaram das intervenções, incluindo, ainda, relatórios de avaliação da própria instituição, indicadores gerenciais, perfil de atendimento, seus indicadores de qualidade, dados estatísticos das consultas e intervenções, através de boletins, dados de seu arquivo médico, compilados através do seu serviço de documentação e tudo o mais que pode balizar a avaliação do espaço construído e a sua evolução.

3.1.2 ANÁLISE DE PROJETOS DE ARQUITETURA

Foram observados aspectos da interrelação das circulações, fluxos e distribuição dos ambientes, além de seu dimensionamento, ambientação e adequação aos serviços que abrigam. Foram analisados, ainda, os fluxos, acessibilidade e estruturação das chamadas “portas de entrada”, observando seus “gargalos”, sua conveniência e flexibilidade. Esta avaliação foi desenvolvida com a observação através do “**caminho do paciente**”, acompanhando a trajetória do usuário através dos ambientes e o tempo da sua permanência na unidade. Foram, ainda, analisados os “**espaços de trabalho**”, para acompanhar a trajetória diária do corpo de funcionários, as facilidades e o conforto ambiental proporcionado ao corpo clínico e as circulações de pessoal, material, medicamentos, roupas, insumos e tudo o que é necessário para o bom desempenho das atividades ali desenvolvidas.

3.1.3 ENTREVISTAS E REUNIÕES COM INFORMANTES-CHAVE

A análise foi complementada com entrevistas dirigidas a “**informantes-chave**”, como os diretores das instituições, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e, ainda, os arquitetos autores dos novos projetos, para estabelecer seu grau de satisfação com os ambientes e suas aspirações para a melhoria do funcionamento e da articulação dos diversos setores e fluxos de circulação existentes nestas unidades. As entrevistas e reuniões foram realizadas com os seguintes “informantes-chave”:

- Arquiteto Nelson Barroso- autor do projeto do novo SPA do H. M. Souza Aguiar; arquiteto da Assessoria de Engenharia e Obras da SMS.
- Arquiteto João Boltshauser- autor do projeto do novo serviço de Emergência do H. M. Salgado Filho e do novo prédio da Emergência do H. M. Miguel Couto; arquiteto da Assessoria de Engenharia e Obras da SMS.
- Dr. Flávio Adolpho Silveira- atual diretor do H. M. Lourenço Jorge– a partir de 2002 e ex-diretor do H. M. Salgado Filho.
- Dr. José Roberto Magno- coordenador de gestão da reestruturação do novo H. M. Lourenço Jorge.
- Engenheiro Cléo Pais de Barros- engenheiro da coordenação do plano de reestruturação do H. M. Lourenço Jorge; engenheiro da Assessoria de Engenharia e Obras da SMS.

LOCALIZAÇÃO DOS 4 HOSPITAIS MUNICIPAIS DE EMERGÊNCIA ANALISADOS



Fig. 3.1- Ortofoto, Rio de Janeiro

Fonte- IPLAN, Rio, 2003.

A localização dos grandes hospitais municipais de emergência, da Cidade do Rio de Janeiro, demonstra claramente a sua proximidade com as áreas mais bem servidas de serviços de apoio, em detrimento da zona oeste, que é para onde se dirige o vetor de crescimento populacional do município. Para amenizar esta carência, o Hospital Municipal Lourenço Jorge, inaugurado em 1996, tenta ampliar a cobertura do seu atendimento, para ser uma importante referência na assistência a esta população. Observamos a localização do Hospital Municipal Souza Aguiar no centro da cidade, na AP 1, como a mais antiga instituição de emergência do Rio de Janeiro, recebendo pacientes das mais diversas localidades, inclusive de outros municípios. O Hospital Municipal Salgado Filho conforma-se como importante referência de atendimento para a zona norte e suburbana, com a sua localização no bairro do Méier, na AP 3. II. Finalmente, o Hospital Municipal Miguel Couto, situado no bairro da Gávea, zona sul da cidade, na AP 2. I, configura-se numa das mais importantes referências municipais a pacientes politraumatizados, com excelência no atendimento de Ortopedia, recebendo pacientes das mais diversas origens e localidades.

3.2 OS NOVOS PROJETOS NO RIO DE JANEIRO

3.2.1 HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR

3.2.1.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA

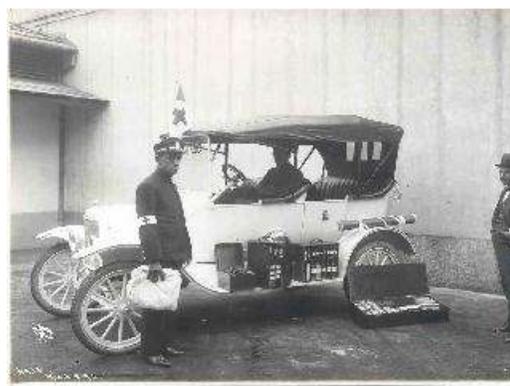
A história do Hospital Municipal Souza Aguiar confunde-se com a história do atendimento de emergência da cidade. Em 1907, o então Prefeito do Distrito Federal, Marechal Francisco Marcelino de Souza Aguiar, criou o Posto Central de Assistência, em 1º de novembro, situado na Rua Camerino, no coração da cidade, que já contava com 800 000 habitantes. Os serviços foram distribuídos em um prédio de dois andares, com as unidades indispensáveis ao atendimento imediato à população.



Fig. 3.2- Antigo Posto Central de Assistência, 1907, à Rua Camerino

Fonte: A história do Hospital Souza Aguiar. <http://intermega.globo.com/edy/index.htm>.

O Posto Central de Assistência contava com o apoio de ambulâncias importadas da França para suporte do atendimento de emergência à população. No entanto, o povo teve uma grande resistência a esse tipo de atenção. Consta que, nesta época, os dirigentes da instituição, na falta de ocorrências deste tipo, por tratar-se de uma época sem grandes acontecimentos que justificassem tais procedimentos, e, ainda, para conquistar a confiança da população, contratou atores e “guarda-jardins”, que simulavam males súbitos e acidentes nas vias públicas, para que as ambulâncias corresse ao local das performances, demonstrando o grande avanço e agilidade do atendimento e a resolubilidade na remoção e atenção aos pretensos pacientes. A partir daí, a população começou a chamar as ambulâncias francesas de Mães Carinhosas.



Figs. 3.3, 3.4, 3.5 e 3.6- Ambulâncias de atendimento de emergência, do Posto Central de Assistência. Fonte- A História do Hospital Souza Aguiar. <http://intermega.globo.com/edy/index.htm>.

Em 1910, o Posto Central tornou-se pequeno para a demanda e tornou-se necessária a sua transferência para um prédio maior. Assim, com 3 anos de existência, o Posto mudou-se para a Praça da República, números 87 e 89. A Superintendência de Pronto Socorro, nesta época, estava a cargo do Dr. Paulino Werneck, que depois foi nomeado diretor dos Serviços de Higiene e Assistência Pública. Este realizava uma severa fiscalização dos gêneros alimentícios, notadamente do leite. A ampliação dos serviços de assistência fez com que o novo Pronto Socorro contasse com todos os recursos compatíveis com as exigências do momento. As obras de reforma dos prédios 87 e 89, da Praça da República foram concluídas pelo Prefeito Souza Aguiar e, finalmente, as novas instalações foram inauguradas a 17 de outubro de 1910, pelo novo Prefeito, General Serzedelo Correia.



Fig. 3.7- Atendimento no Pronto Socorro.

Fonte- A História do Hospital Souza Aguiar <http://intermega.globo.com>.

A criação do Pronto Socorro desagradou aos médicos particulares de então, que julgavam seus serviços uma concorrência desleal, e perturbadora da Administração. No entanto, devido ao pioneirismo brasileiro na implantação de serviços de pronto atendimento, o Brasil ganhou a medalha de ouro na Exposição Internacional de Higiene.

Inicialmente, o Pronto Socorro tinha seu raio de ação muito restrito, com sua abrangência atingindo as vizinhanças do bairro do Rocha. A suplementação destes serviços era disponibilizada pelos postos circunscricionais, criados pelo Prefeito Pereira Passos.

No entanto, devido ao grande aumento no número de atendimentos, houve necessidade de ampliação das instalações. Em 12 de outubro de 1920 foi lançada a pedra fundamental do novo Hospital de Pronto Socorro. Um novo prédio foi construído, inaugurando-se em 20 de setembro de 1925, pelo Prefeito da época, Alair Prata Soares.

Na década de 1930, como vimos no Capítulo 1 deste trabalho, instala-se no país o Governo Revolucionário de Getúlio Vargas, que nomeou o Dr. Pedro Ernesto Batista como interventor no Distrito Federal. A saúde sofre uma grande reforma, com a assinatura da chamada “Reforma Pedro Ernesto”, em 1933, com a implantação dos Hospitais Regionais Periféricos. Com este processo, assistimos à unificação dos serviços do antigo Posto Central de Assistência e do Hospital de Pronto Socorro.



Fig. 3.8- Hospital de Pronto Socorro, 1925.

Fonte- A História do Hospital Souza Aguiar, <http://intermega.globo.com/edy/index.htm>.

Em 2 de junho de 1955, o hospital passou a se chamar Souza Aguiar, em uma homenagem ao Prefeito Francisco Marcelino de Souza Aguiar, criador do pequeno Posto da Rua Camerino, na data do seu centenário. Em 28 de dezembro de 1962, o Hospital Geral Souza Aguiar foi vinculado a SUSEME, através da Lei nº279 e, a partir do Decreto nº 1612, de 27 de março de 1963, passou a se chamar Hospital Estadual Souza Aguiar.

Em 29 de setembro de 1965, foram inauguradas as obras do novo Setor de Emergência do hospital, pelo então governador Carlos Lacerda. O novo setor, localizado em parte do novo conjunto arquitetônico, funcionava sem que o restante dos serviços pudesse lhe dar suporte. O antigo hospital foi demolido e os casos cirúrgicos e as internações tiveram que ser transferidas para um dos pavimentos do Hospital Barata Ribeiro, no bairro da Mangueira.



Fig. 3.9- Detalhe das obras do novo Hospital Souza Aguiar, 1965.

Fonte- A História do Hospital Souza Aguiar, <http://intermega.globo.com/edy/index.htm>.

As obras de complementação do bloco da Emergência foram concluídas na gestão do Governador Francisco Negrão de Lima, quando era Secretário de Estado de Saúde, o Dr. Hildebrando Monteiro Marinho. Seguiram-se as obras de complementação do novo hospital. Foi construída uma lâmina de 7 pavimentos, para abrigar as Enfermarias de Internação, o Ambulatório e o Centro Cirúrgico. No bloco anterior das novas instalações foram locados, além da entrada principal do conjunto, a Administração, o Auditório e o Centro de estudos. A inauguração do novo conjunto se deu em 4 de novembro de 1968.

O projeto arquitetônico do Hospital Souza Aguiar, de autoria do arquiteto Ary Garcia Roza, procurou incorporar à sua concepção o que havia de mais moderno de instalações hospitalares agregando ao prédio itens como pisos técnicos, “*shafts*” para passagem de tubulação, paredes duplas para distribuição de pontos de instalação, concepções arrojadas e infra-estrutura predial convenientemente dimensionada.

O Centro Cirúrgico foi concebido com salas de preparo e de limpeza de material entre cada duas salas cirúrgicas, dotando o conjunto de extrema agilidade no funcionamento. A Central de Esterilização foi concebida com adequada distribuição de fluxos e separação de áreas “suja” e limpa, possibilitando a distribuição de material esterilizado diretamente para o Centro Cirúrgico e, também, para o restante do hospital.

Posteriormente foram construídos novos blocos como os da Anatomia Patológica, Residência Médica, Escola Auxiliar de Enfermagem, Cozinha Industrial e Capela Ecumênica.



Fig. 3.10- O prédio atual do Hospital Souza Aguiar.

Fonte- A História do Hospital Souza Aguiar, <http://intermega.globo.com/edy/index.htm>.

3.2.1.2 PERFIL DO ATENDIMENTO

Nome popular: Hospital Municipal Souza Aguiar

Endereço: Praça da República, 111 – Centro

Telefone(s): 3111-2600 / 3111-2729

Área de Planejamento: 1.0

Período de funcionamento: Atendimento 24 horas

Tipos de atendimentos prestados ao SUS:

Angiologia

Assistência Oftalmológica de Emergência

Cardiologia

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Cirurgia Geral

Cirurgia Pediátrica

Cirurgia Plástica e Reparadora

Cirurgia Torácica

Cirurgia Vascular

Clínica Geral

Hemoterapia

Nefrologia

Neurocirurgia

Oftalmologia

Ortopedia/Traumatologia

Pediatria

Serviço Social

Terapia Renal Substitutiva/Diálise

Urgências Odontológicas

Urologia

Programas de Saúde:

Acompanhamento e Assistência Pediátrica

Atendimento em Grupo em Saúde Mental

Clínica geral para adulto
Consulta Clínica em Saúde Mental
Fisioterapia
Imunização contra o Tétano
Otorrinolaringologia
Soro Anti-Tetânico
Tuberculose
Nutrição
Psicologia
Vigilância Epidemiológica

Serviços de apoio ao diagnóstico:

Análises clínicas
Anatomia Patológica / Citologia
Citopatologia
Coleta de material para exame laboratorial
Eletrocardiografia
Endoscopia Digestiva
Patologia Clínica
Radiologia
Tomografia Computadorizada
Ultra-Sonografia



Fig. 3.11- Fachada do Hospital Municipal Souza Aguiar.

Fonte- SMS, 2002.

3.2.1.3 O PROJETO PARA O NOVO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Encontra-se em fase final, a elaboração de projeto para a reforma geral das instalações para os serviços de Emergência e de Pronto Atendimento- SPA- do Hospital Municipal Souza Aguiar. As áreas a serem atendidas compreendem, aproximadamente, dois mil e oitocentos metros quadrados de área de reforma, abrangendo também, dependências administrativas e vestiários, contíguos ao serviço de Emergência. O projeto, desenvolvido pelo arquiteto Nelson Barroso, da Assessoria de Engenharia e Obras da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, foi concebido para dotar os ambientes de conceitos de acolhimento e de conforto ambiental aos pacientes, além de ampliar as áreas de atendimento do SPA. O arquiteto Nelson Barroso define os critérios que usou para desenvolver o projeto:

“O projeto elaborado busca, além da correta distribuição do espaço físico, a humanização das áreas de atendimento e espera, proporcionando o bem estar tanto do profissional médico, no desempenho de suas funções, como do paciente, em busca de um bom e correto atendimento”.

Serão contemplados os atendimentos de emergência do adulto e o pediátrico em quatorze consultórios diferenciados nas diversas especialidades, tais como Clínica Médica, Cardiologia, Pediatria, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, e Odontologia. Salas de Observação e de Repouso para pacientes adultos e infantis, Postos de Enfermagem, consultórios para Procedimentos de Enfermagem, Guarda de Material e Expurgo serão implantadas. Os serviços reformados contam, ainda, com salas de Suturas, Atendimento Ortopédico, serviços de Imagenologia, com salas de Raios-X, Sala de Curativos e instalações sanitárias. No acesso à unidade foram implantadas: nova Recepção, com áreas de atendimento, preenchimento de boletins, sala de Serviço Social, balcão para informações e áreas de circulação e de espera.

A área coberta, com aberturas para o exterior, que dá acesso ao Pronto Socorro, terá o seu revestimento substituído por material cerâmico, formando desenhos, com a utilização de três cores. Serão implementados, também, os serviços de recuperação do piso existente, a pintura dos tetos e a substituição da iluminação do ambiente. No mesmo local, ao fundo, será construída uma Lanchonete, para conforto dos usuários.

As áreas contíguas ao conjunto, Vestiários masculino e feminino, Dormitórios dos motoristas, Sala da Polícia, Arrecadação de Valores, Serviço Social, Serviço Funerário, Rouparia e Circulações, terão suas pinturas e esquadrias recuperadas.

O segundo pavimento da unidade, também será objeto de reforma. A intervenção contará com a transformação da atual Sala de Ressuscitação em área de Estar Técnico, comunicando-se com as áreas da direção do Hospital. Será feita a transformação de banheiro, situado no corredor de acesso à emergência, em sala de preparo de material a ser esterilizado. Outra área a ser atendida, será a reforma dos dormitórios do corpo clínico, contando, ainda, com a criação de uma Sala de Repouso.

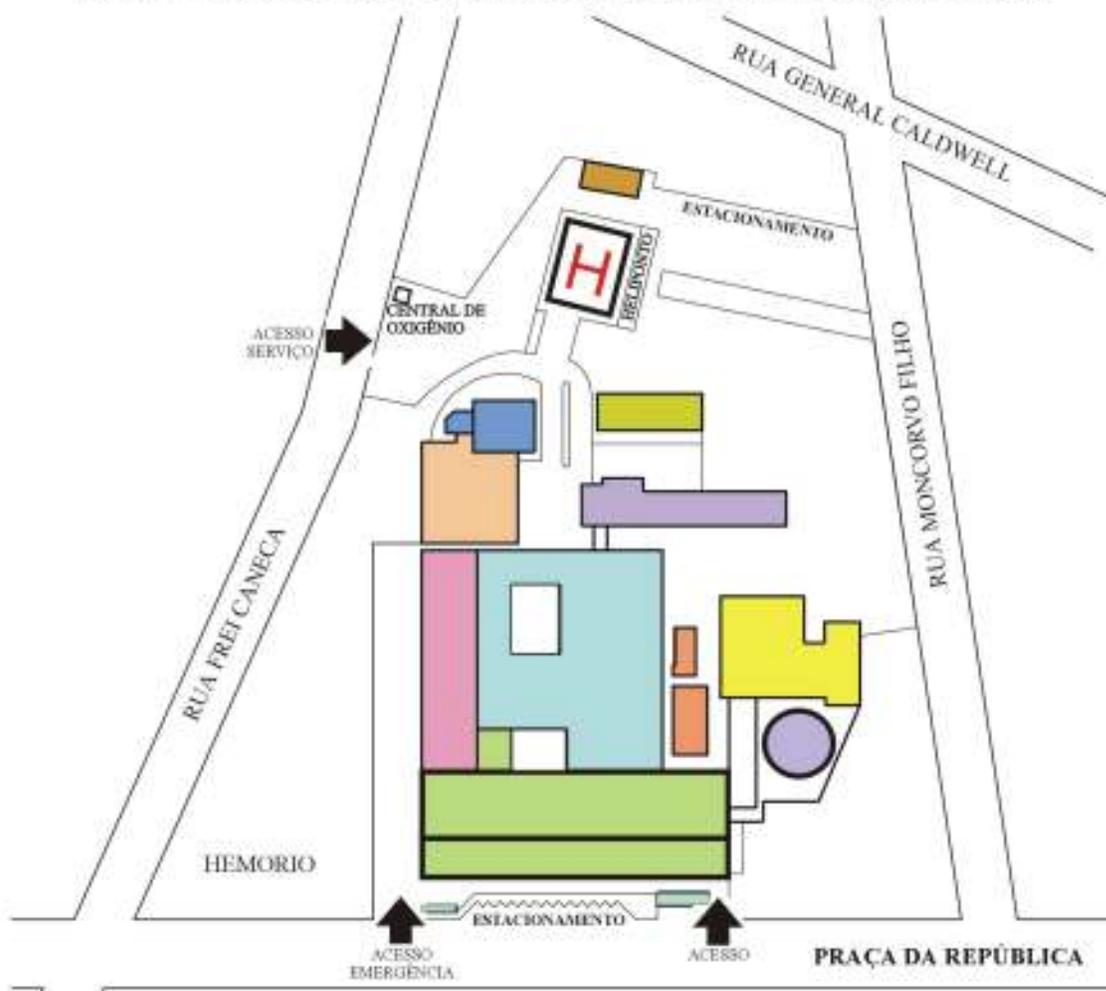
Para dotar a Grande Emergência de ambientes mais adequados, será feita a transformação da sala da Ortopedia e do espaço do atual Estar Médico em Sala de Ressuscitação e de atendimento à Dor Torácica. Será criada, ainda, Sala de Atendimento a Queimados junto à sala de atendimento de Emergências Bucomaxilofaciais. O arquiteto Nelson Barroso completará o projeto com a recuperação das fachadas das áreas atingidas pelos serviços.

O arquiteto relata que, em todas as reuniões para a elaboração do projeto, com a direção da unidade e com a Superintendência de serviços de saúde da SMS, foi ressaltada a importância da adoção do conceito de acolhimento aos espaços da “porta de entrada” do SPA do hospital. A separação dos fluxos, de entrada e saída de pacientes, também foi solicitada.

Um dos pontos de renovação dos espaços da instituição foi a criação de área de Espera, no pavimento térreo, junto à entrada de ocorrências graves da Grande Emergência, para criar um ambiente adequado aos acompanhantes dos pacientes deste serviço. A sala de atendimento do Serviço Social foi concebida junto a esta área, para que possa agilizar o apoio a familiares e acompanhantes.

A Sala de Ressuscitação, assim como as Salas de Observação de Politraumatizados, a Sala de Observação Feminina e a Masculina deverão continuar funcionando no segundo pavimento. Apesar de não estarem localizadas no pavimento térreo, estas salas são consideradas convenientemente localizadas, já que podem contar com circulação mais restrita, podendo, o corpo clínico, trabalhar de modo mais tranquilo e resolutivo nestes agravos.

PLANTA DE LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR



- | | | | |
|---|--------------------------|---|------------------------------|
|  | SPA / ADMINISTRAÇÃO |  | ANATOMIA PATOLÓGICA |
|  | EMERGÊNCIA |  | SUBESTAÇÃO 1 E 2 |
|  | HSA - BLOCO HOSPITALAR |  | GUARITA |
|  | ALMOXARIFADO / CALDEIRAS |  | BLOCO H - RESIDÊNCIA MÉDICA |
|  | GERADORES |  | CRECHE |
|  | CAPELA |  | DEPÓSITO DE LIXO (COMLURB) |

PLANTA DE SETORIZAÇÃO DO NOVO SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO



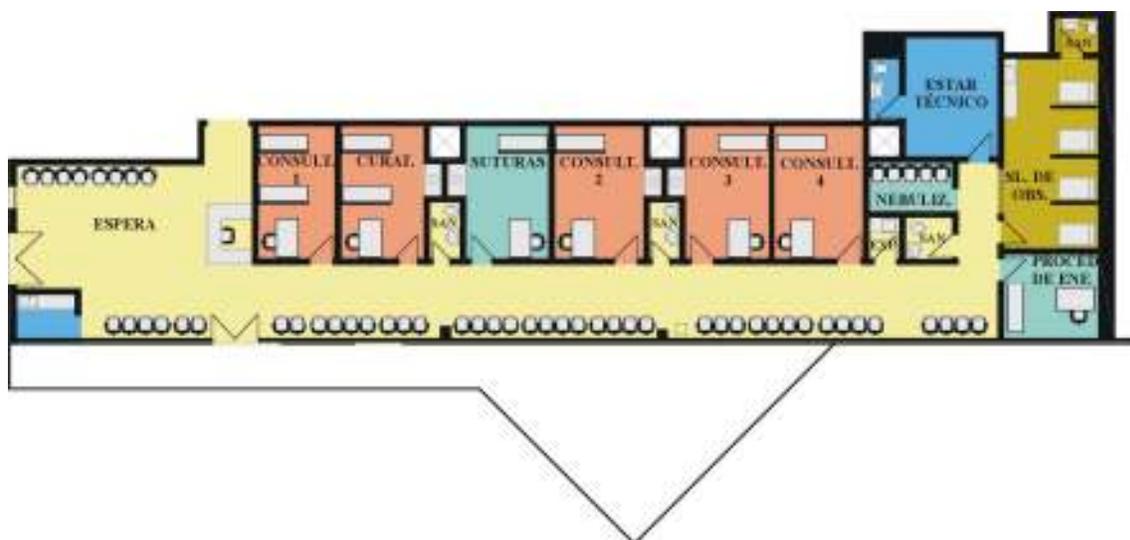
LEGENDA :

 PEDIATRIA	 VESTIÁRIOS
 SPA / IMAGEM	 ROUPARIA
 MUSEU DA SAÚDE	 COZINHA
 GRANDE EMERGÊNCIA / APOIO	 CIRCULAÇÃO
 ARQUIVO MÉDICO	 ELEVADORES / ESCADAS

PLANTA DO NOVO SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO DE ADULTOS



PLANTA DO NOVO PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO



3.2.2 O HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

3.2.2.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO FÍSICA

A história da unidade começa com a construção e instalação do Hospital Regional Periférico da Gávea. A tarefa foi implementada pela Diretoria Geral de Assistência Municipal e contou com a fiscalização de uma comissão criada especialmente para este fim, designada pelo então Interventor Federal no Distrito Federal, Doutor Pedro Ernesto Batista. Em 6 de janeiro de 1934, foi lançada a pedra fundamental do Hospital da Gávea.

Sua denominação passa a ser Hospital Gastão Guimarães, em 21 de outubro de 1935, através do Decreto nº 5492. Logo após esta data, em 12 de novembro de 1935, o engenheiro fiscal Luiz de Moraes Junior, declarou suas obras terminadas, convidando médicos, engenheiros e o Secretário de Saúde e Assistência do Distrito Federal, Dr. Gastão de Oliveira Guimarães, a percorrer o edifício para verificarem o perfeito acabamento dos serviços.

O decreto nº 5828, de 21 de outubro de 1936, do então Prefeito Interino do Distrito Federal, Cônego Olympio de Mello, muda o nome da unidade para Hospital Miguel Couto, e, quatro dias depois, em 25 de outubro, a instituição é inaugurada.

“Presentes autoridades civis, militares, eclesiásticas, diplomáticas e demais representantes das classes sociais e funcionários. O Doutor Miguel Couto Filho representou a família no ato de inauguração” (SUSEME, 1972).

Em 1948, um novo decreto, de nº 9319, incorpora à unidade, o terreno situado na esquina da Rua Mário Ribeiro, com uma área de 1198,96 m². Consta dos documentos do hospital, uma série de melhoramentos e de modernizações no aparelhamento da instituição, proporcionando a incorporação das melhores técnicas para o atendimento.

Durante a administração de Carlos Lacerda, foi construído um anexo, para abrigar a Emergência, o Centro Cirúrgico, a Central de Esterilização, o Centro Radiológico e diversos serviços especializados. Foi inaugurado em 28 de setembro de 1965 mas, só teve todos os seus serviços funcionando totalmente quando suas obras foram complementadas, durante o governo Negrão de

Lima que incorporou à unidade uma nova Central de Força, além de reformar a Emergência e incorporar o Centro de Tratamento Intensivo. Ainda nesta administração, tendo como Secretário de saúde o Dr. Hildebrando Menteiro Marinho, o antigo prédio foi totalmente reformado, ganhando novas Enfermarias e um excelente Berçário. Foi construído, também, mais um prédio anexo com 8 pavimentos, para alojar a Documentação Médica, a Residência Médica e Vestiários, inaugurado em 25 de maio de 1970.

Ao longo dos anos e de suas obras de ampliação e de modernização, o Hospital Miguel Couto foi se conformando como um hospital geral e foi delineando o seu perfil de atendimento à emergência, notadamente ao trauma, além dos seus serviços de atendimento clínico, cirúrgico e obstétrico.



Fig. 3.12- Entrada principal do Hospital Municipal Miguel Couto.

Fonte- SMS, 2002.

3.2.2.2 PERFIL DO ATENDIMENTO

Nome popular: Hospital Municipal Miguel Couto

Endereço: Rua Mário Ribeiro, 117 – Gávea

Telefone(s): 2274-6050 / 2274-5702

Área de Planejamento: 2.1

Período de funcionamento: Atendimento 24 horas

Tipos de atendimentos prestados ao SUS:

Cardiologia

Cirurgia Geral

Cirurgia Plástica e Reparadora

Cirurgia Torácica

Cirurgia Vascular

Clínica Geral

Dermatologia

Hemoterapia

Infectologia

Neurocirurgia

Neurologia

Obstetrícia

Oftalmologia

Ortopedia/Traumatologia

Pediatria

Proctologia

Serviço Social

Programas de Saúde:

Fonoaudiologia

Homeopatia - Medicina Alternativa

Odontologia

Otorrinolaringologia

Nutrição

Psicologia

Psiquiatria

Serviços de apoio ao diagnóstico:

Análises clínicas

Anatomia Patológica / Citologia

Cardiotocografia

Eletrocardiografia

Eletroencefalografia

Endoscopia Digestiva

Fisioterapia

Radiologia

Tomografia Computadorizada

Ultra-Sonografia



Figs. 3.13 e 3.14- Entrada Lateral do Hospital Municipal Miguel Couto.

Fonte- SMS, 2002.

3.2.2.3 O PROJETO PARA O NOVO PRÉDIO DA EMERGÊNCIA

A partir da desapropriação do terreno existente na esquina das Ruas Bartolomeu Mitre e Mário Ribeiro, contíguo ao hospital, a Secretaria Municipal de saúde começou a delinear o projeto da reestruturação da unidade, destinando a área da atual Emergência para uma futura ampliação da Maternidade do hospital. Isto porque o novo terreno incorporado aos espaços da unidade, será destinado a abrigar todos os serviços para a nova Emergência do Miguel Couto.

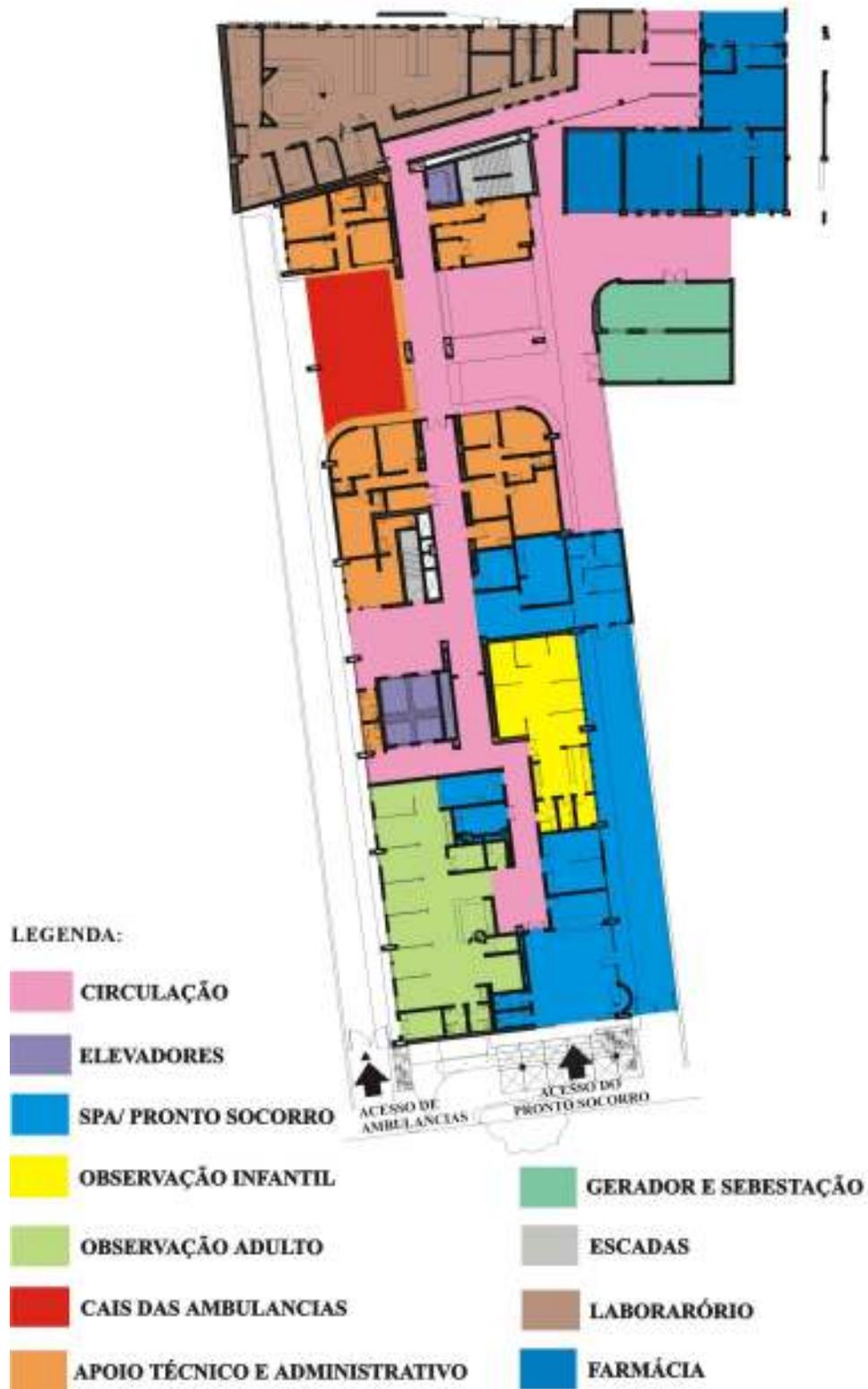
O arquiteto João Boltshauser, da Assessoria de Engenharia e Obras da SMS, está desenvolvendo o projeto para a nova Emergência da unidade, de acordo com a demanda de ampliação e modernização do serviço e de setores que o apoiam como a UTI e o Centro Cirúrgico. A intenção da Prefeitura é a de dotar o novo prédio de recursos de ponta, para que se possa implantar um serviço diferenciado no atendimento à Urgência e Emergência, com a utilização de grande aparato tecnológico, dotando o prédio dos mais modernos equipamentos para a manutenção da vida e o apoio ao diagnóstico, no atendimento a pacientes graves.

Para isso, o arquiteto vem trabalhando o projeto para uma estrutura predial com 5 pavimentos, otimizando o uso do terreno a ser incorporado ao complexo hospitalar. A estrutura física da unidade será desenhada para contar com equipamentos de infraestrutura predial que possam torná-la auto-suficiente, com o emprego de tecnologia avançada para a sua manutenção, conferindo o conceito de prédio inteligente à sua concepção.

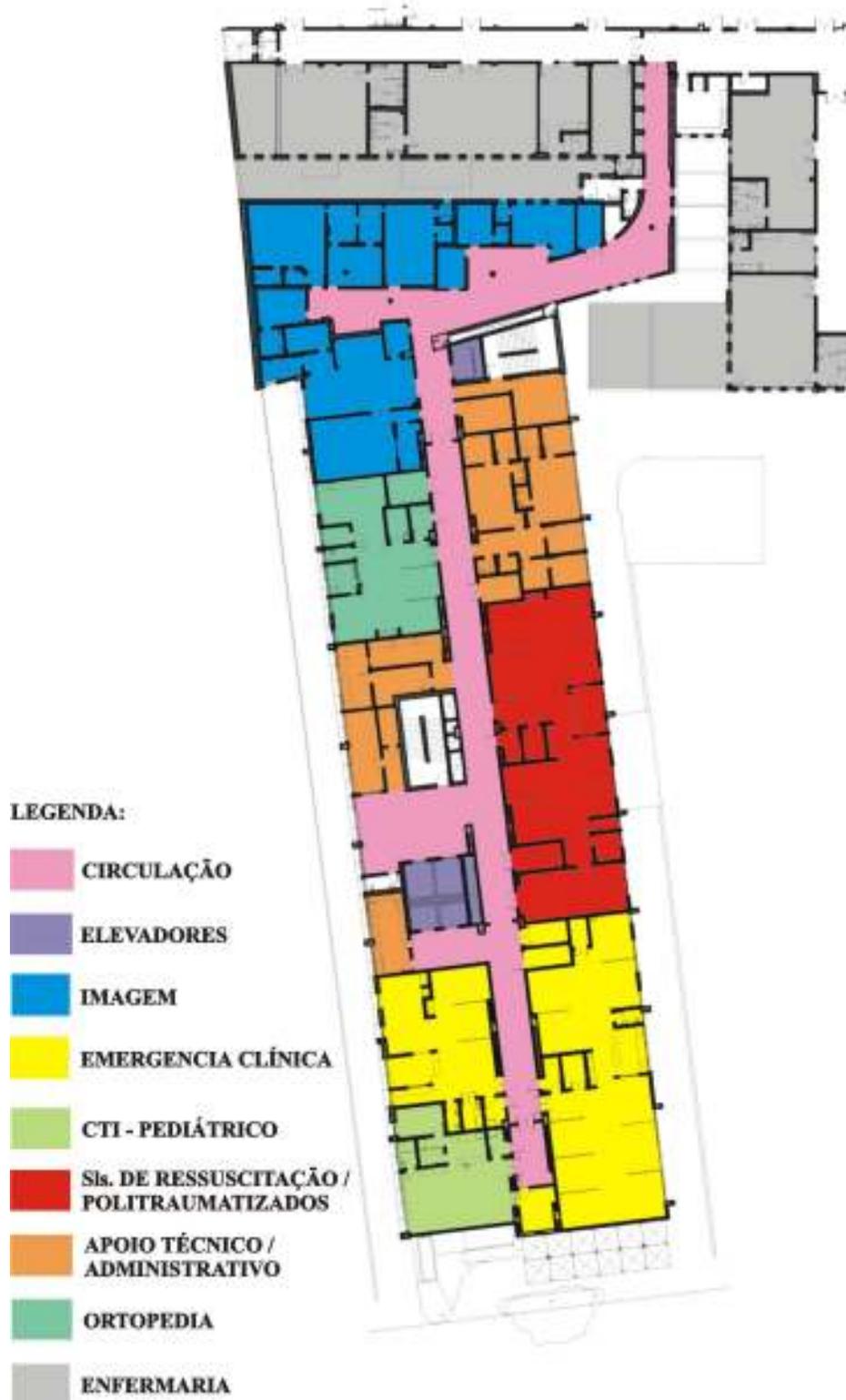
PLANTA DE LOCALIZAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO



SETORIZAÇÃO DO PRIMEIRO PAVIMENTO DA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO



SETORIZAÇÃO DO SEGUNDO PAVIMENTO DA
EMERGENCIA DO HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO



3.2.3 O HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO

3.2.3.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO FÍSICA

A história do Hospital Municipal Salgado Filho tem início no ano de 1914. A Prefeitura do Distrito Federal comprou um terreno, por 60 contos de réis, ao espólio de Francisco José Gonçalves. O terreno situava-se na rua Arquias Cordeiro, na Freguesia de Nossa Senhora da Conceição do Engenho Novo. Aí foi instalada a sede local da Limpeza Pública até o ano de 1920, quando foi instalado o Serviço Auxiliar de Pronto Socorro.

Na verdade, com a criação do Serviço de Pronto Socorro, a assistência no Distrito Federal foi ganhando amplitude e importância, necessitando logo de ampliação. Os serviços de assistência na cidade incorporam, a partir de agosto de 1920 o Serviço Auxiliar de Pronto Socorro do Méier, criado pelo Prefeito Carlos de Oliveira Sampaio, contando com o Dr. Luiz Barbosa como Diretor de Higiene e Assistência Pública, iniciando suas atividades em 12 de outubro do mesmo ano. Nesta época o Serviço contava com o Pronto Socorro Médico Cirúrgico, o Dispensário Municipal e a Clínica Dentária Escolar, suburbana.

“O Serviço Auxiliar de Pronto Socorro do Méier contou, desde a sua inauguração, com o **bonde-ambulância**⁶, construído por iniciativa do Dr. Carlos de Oliveira Sampaio, de acordo com o plano técnico apresentado pelo Dr. Luiz Barbosa. Destinava-se a atender aos chamados domiciliares, aos das delegacias policiais e a quaisquer outros nas ruas servidas pela Light, onde se tornasse difícil o tráfego de ambulâncias” (SUSEME, 1972).

Como exemplo de atendimento do “bonde-ambulância” (Figura 3.15), encontramos relato de um chamado do mesmo, para atender a um estudante “gravemente ferido, junto ao túnel Alaôr Prata, mais conhecido como Túnel Velho, em Copacabana, por ocasião da revolta do forte do referido bairro, contra as tropas legais” (SUSEME, 1972).

⁶ “O Museu do Bonde que além de possuir um acervo de peças, possui também uma seqüência de fotos retratando os bondes especiais, tais como: bondes para batizado, **bondes para assistência pública**, isto porque há alguns anos atrás foi importada dos Estados Unidos a idéia do paramédico que era um modelo de UTI móvel especializada em pequenas cirurgias. Em 1922, nós tínhamos no Brasil o **bonde-ambulância** que a cada dia da semana atendia um logradouro público”. (Fonte- www.ivt-rj.net).

A população do bairro fez uma homenagem ao Prefeito do Distrito Federal- Dr. Carlos Sampaio- e ao Diretor Geral de Higiene e Assistência Pública- Dr. Luiz Barbosa- confeccionando uma placa comemorativa, na ocasião da inauguração do Serviço Auxiliar de Pronto Socorro do Méier (SUSEME, 1972, p. 171).

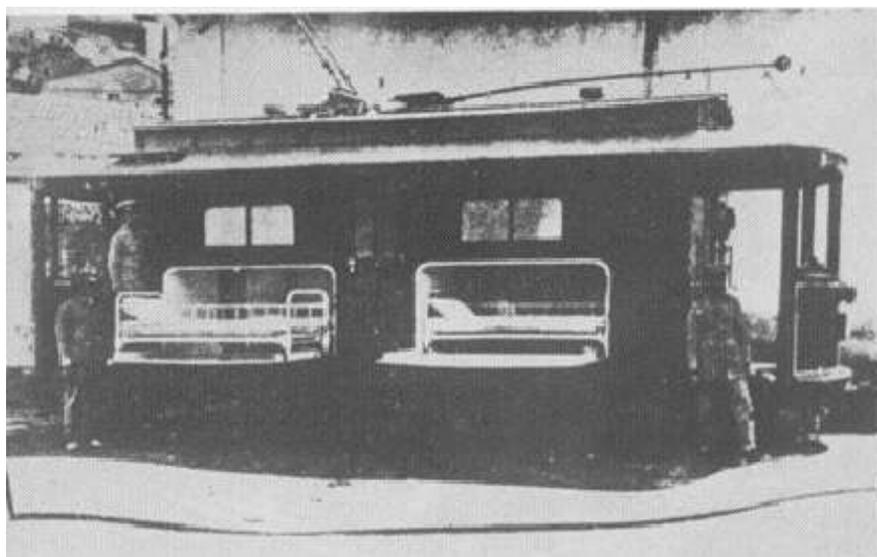


Fig. 3.15- Um exemplo do bonde-ambulância encontrado na cidade de Salvador, semelhante aos do Rio de Janeiro in STIEL, Waldemar Correa. A História do Transporte Urbano no Brasil. Salvador, 1913.

Fonte- www.geocities.yahoo.com.br/gurnemanzbr/ascharacteristicasdobonde/salvador/htm.

“note-se que o carro ambulância tem duas alavancas coletoras, uma do tipo "lança" (que vemos arriada), e outra do tipo "arco" (erguida, só visível a base), devido, provavelmente, ao fato de que a cidade dispunha, em diferentes regiões, de um ou outro tipo de rede aérea, e o bonde ambulância – por sua função - necessitava de livre acesso a todas as vias”. (Fonte- www.geocities.yahoo.com.br/gurnemanzbr/ascharacteristicasdobonde/salvador/htm).

Nesta época, o Interventor Federal no Distrito Federal delineou um “Plano de Saúde”, onde o Méier foi escolhido como um dos bairros onde seria instalado um grande hospital, no local onde funcionava o Serviço Auxiliar de Pronto Socorro, também chamado de Posto de Assistência do Méier ou PAM Méier. A partir daí foram implementadas as obras para a instalação do Hospital Dispensário do Méier, cujo “Termo de Recebimento” data de 22 de agosto de 1934.

Em 30 de janeiro de 1946, o Secretário Geral de saúde e Assistência resolve dar o nome de Hospital Geral Philadelpho Azevedo ao estabelecimento que seria construído no local do Hospital Dispensário do Méier. E em 11 de outubro do mesmo ano, foram inaugurados diversos melhoramentos na sua estrutura física como um novo “Gabinete de Raios X, Sala de Imprensa e Sala de Policlínica” (SUSEME, 1972). Finalmente em 28 de novembro de 1951, o Dispensário é transformado em hospital, mantendo o Ambulatório e o Serviço de Pronto Socorro e, na mesma data, a lei nº 644, dá ao novo hospital a ser construído no local do antigo Dispensário, o nome de Hospita Salgado Filho. Sua pedra fundamental é lançada em 6 de setembro de 1952.

No entanto a construção não foi iniciada até a década de 60 quando, finalmente, um prédio de 4 pavimentos, de um projeto inicial de 8 andares, foi inaugurado, em 27 de março de 1963. Estes 4 pavimentos não eram suficientes para abrigar todas as atividades de um hospital geral pois os Centro Cirúrgico, Centro Ortopédico, Maternidade e Enfermarias seriam instalados nos pavimentos que não foram construídos.

A construção do projeto original, após sua reformulação e atualização, foi retomada em 1968, complementada pela instalação de um bloco anexo, transformando o complexo hospitalar em um hospital geral. As obras foram concluídas na década de 1970, com a inauguração do conjunto.



Fig. 3.16- Entrada de ambulâncias. Hospital Municipal Salgado Filho.

Fonte- SMS, 2002.

3.2.3.2 PERFIL DO ATENDIMENTO

Nome popular: Hospital Municipal Salgado Filho

Endereço: Rua Arquias Cordeiro, 370 – Méier

Telefone(s): 2501-9202

Área de Planejamento: 3.2

Período de funcionamento: Atendimento 24 horas

Tipos de atendimentos prestados ao SUS:

Cardiologia

Cirurgia Plástica e Reparadora

Cirurgia Vascular

Clínica Geral

Endocrinologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Mastologia

Neurocirurgia

Neurologia

Odontorradiologia

Ortopedia/Traumatologia

Pediatria

Proctologia

Serviço Social

Urologia

Programas de Saúde:

Clínica geral para adulto

Diabetes - Paciente dependente do uso de insulina

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Otorrinolaringologia

Raio X dentário

Soro Anti-Rábico
Soro Anti-Tetânico
Nutrição

Serviços de apoio ao diagnóstico:

Análises clínicas
Anatomia Patológica / Citologia
Bronscoscopia
Citopatologia
Coleta de material para exame laboratorial
Ecocardiografia
Eletrocardiografia
Endoscopia de Vias Aéreas
Endoscopia Digestiva
Ergometria/Teste Ergométrico
Odontorradiologia
Patologia Clínica
Patologia Mamária
Radiologia
Raio X dentário
Tomografia Computadorizada
Ultra-Sonografia



*Fig. 3.17- Fachada do Hospital Municipal Salgado Filho
Fonte- SMS; 2002.*

3.2.3.3 O PROJETO PARA A NOVA EMERGÊNCIA

A partir do ano de 1999, com a unidade sob a direção do Dr. Flávio Adolpho da Silveira, a Assessoria de Obras da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, começou a implementar as discussões para a reforma total do Serviço de Emergência do Hospital Municipal Salgado Filho. A instituição estabeleceu as bases para agilizar os atendimentos de urgência e emergência do hospital, baseando seus conceitos na separação e hierarquização das Pequena e Grande Emergência, destinando, ainda, um espaço específico para abrigar a Pediatria.

Os autores do projeto de arquitetura, arquiteto João Boltshauser, da Assessoria de Engenharia e Obras da SMS, e o arquiteto Ronaldo Martins, da RioUrbe, procuraram dotar os ambientes com parâmetros de humanização, circulações diferenciadas, conforto e facilidades nas áreas de Recepção e Espera. A partir de conceitos de atendimento de pronto socorro, desenvolvido pela SMS, foi destinada área para sediar o chamado “Projeto Sorria”, criado para agilizar o atendimento, constituindo-se de cinco salas para a Triagem dos pacientes e o apoio do Serviço Social do hospital.

Os consultórios de algumas especialidades, consideradas fundamentais (Ginecologia, Proctologia, Odontologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Cardiologia), foram colocados na área da Pequena Emergência. A mesma conta, ainda, com as salas de Hipodermia, Curativos e Nebulização, aptas a resolver grande parte das urgências, sem que seja necessária uma permanência mais prolongada dos pacientes na instituição.

A instalação da Pediatria conta com 3 consultórios, uma área de Espera diferenciada, e um ambiente de Observação, com capacidade para 8 boxes, desenhado para permanência de, no máximo, 24 horas. Este ambiente foi dotado de todo o aparato tecnológico, pontos de gases medicinais, Posto de Enfermagem, sala de Serviços, Arsenal e Expurgo específicos do Serviço.

A interligação da Pequena Emergência com os demais setores foi facilitada e prevista para disponibilizar um rápido acesso dos usuários ao Serviço de Imagem do hospital. Da mesma forma, a área de Conforto de Médicos e da Enfermagem foi localizada de maneira a agilizar o atendimento do paciente de urgência, pelo corpo clínico.

A implantação da chamada Grande Emergência procurou agregar grande agilidade ao atendimento de emergências de alta complexidade. O novo acesso de ambulâncias conta com adequada retaguarda, dispondo de área para estacionamento de macas e para a sua higienização. Os serviços de apoio às ocorrências, como Polícia, Imprensa, Guarda de Valores, Radio, Telefonia e Recepção, estão colocados na entrada da unidade

Foi desenhada uma área de Espera com 35 lugares, para abrigar os acompanhantes dos pacientes. O espaço de acesso aos serviços confere rapidez no fluxo de entrada de ocorrências graves, agilizando o atendimento aos agravos de grandes emergências. O atendimento a pacientes politraumatizados foi priorizado no projeto, contando com 4 boxes de atendimento, dotados de grande aparato tecnológico, destinados à rápida atuação para o salvamento de vidas, com a presença de pontos de gases medicinais, carrinhos e equipamentos de ressuscitação e ligação facilitada com a U. D. E (Unidade de Doentes Externos)⁷. Esta área tem, facilitada, a sua ligação com os ambientes de Observação de doentes de menor gravidade, agregando aos serviços maior conforto na circulação do corpo clínico. A nova Emergência do Hospital Municipal Salgado Filho foi estudada para que sua implantação pudesse ser integrada convenientemente com o restante da instituição, estabelecendo uma nova adequação quanto aos fluxos de Entrada e Saída e, ainda, a sua ligação com a Internação e com os Serviços de Apoio ao Diagnóstico, Serviços Técnicos e de Apoio Logístico da unidade.

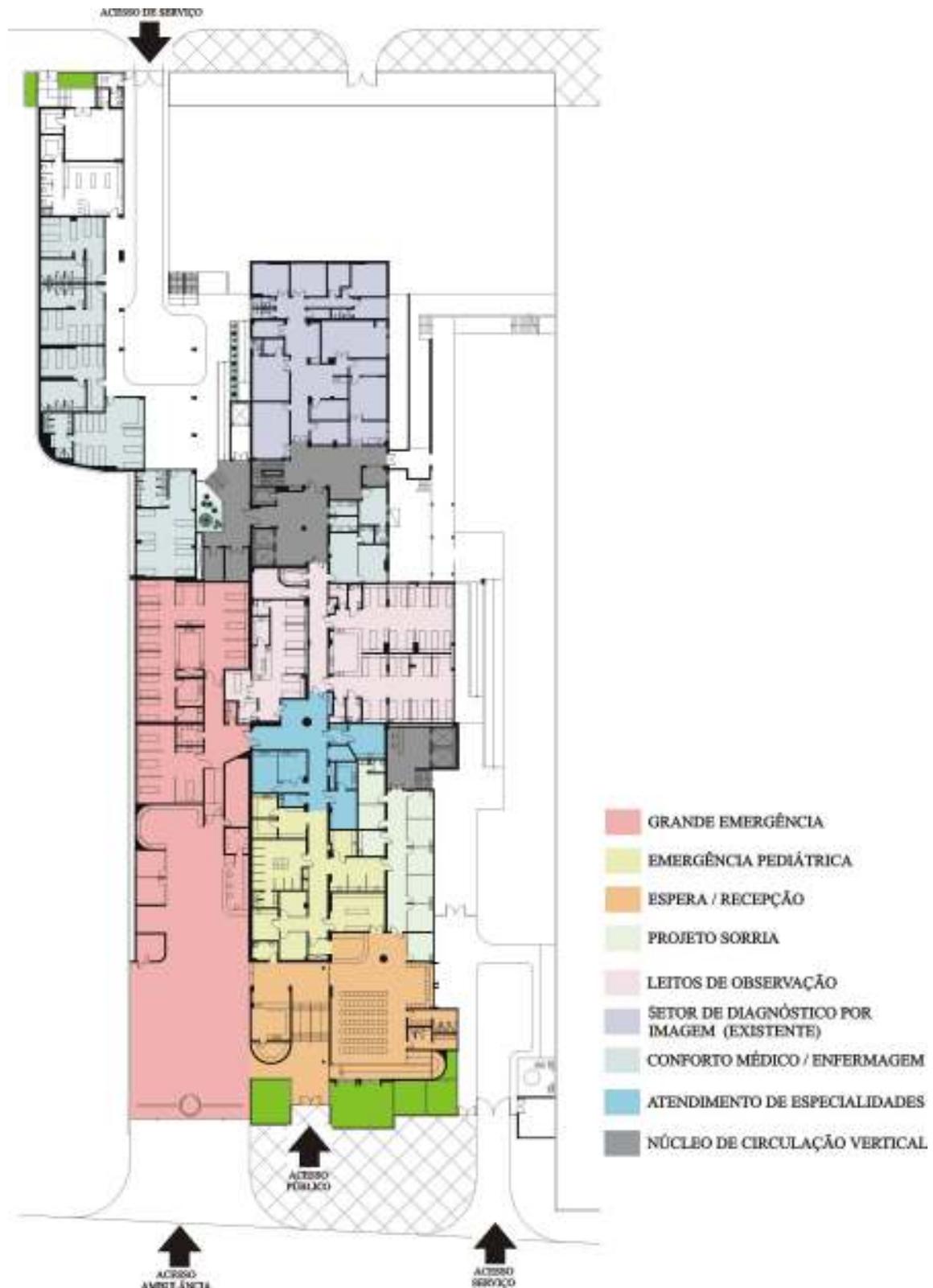
Para a complementação do projeto, o arquiteto João Boltshauser redesenhou a fachada da unidade, que se encontrava em mau estado de conservação. Para isso redefiniu e marcou os volumes da edificação, estabelecendo a especificação de novos materiais de revestimento, com durabilidade e resistências mais adequadas ao edifício. O uso de materiais cerâmicos, em contraposição com placas de alumínio, dotou o conjunto de grande leveza e de uma identidade própria, destacando o seu perfil no desenho urbano do seu entorno. O subsolo também foi redesenhado, contando com um novo morgue e o Serviço de Anatomia Patológica. A nova Emergência contará com novo sistema de climatização, de cerca de 200 TRs e total renovação do ar, para qualificar o ambiente interior. Novas centrais de ar comprimido medicinal e de vácuo clínico e um novo grupo gerador, de 800 KVAs, exclusivo para o serviço, integram o projeto.

⁷ U D E (Unidade de Pacientes Externos) ou U P G (Unidade de Pacientes Graves), é um espaço que foi criado para a Emergência de alguns hospitais do município do Rio de Janeiro. Este ambiente foi criado para dotar a supervisão de Observação, de maior complexidade tecnológica, oferecendo cuidados especiais e diferenciados a pacientes politraumatizados e com ocorrências de gravidade.

PLANTA DE SITUAÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO



PLANTA DE SETORIZAÇÃO DA NOVA EMERGÊNCIA



PLANTA DA NOVA GRANDE EMERGÊNCIA



PLANTA DO NOVO SPA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA



PROJETO PARA A NOVA FACHADA DO HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO



Figs. 3.18 e 3.19- Projeto para a nova fachada do Hospital Municipal Salgado Filho. Projeto de João Boltshauser. Desenhos de Walter Zollinger.

Fonte- SMS, 2002.

3.2.4 O HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE

3.2.4.1 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA

O Posto de Assistência Lourenço Jorge foi fundado em 30 de junho de 1955, subordinado ao Hospital Geral Miguel Couto, como consta do Decreto nº 12887 da Prefeitura, na época da gestão do Prefeito Alim Pedro e do Secretário Geral de Saúde e Assistência Dr. Eitel Pinheiro de Oliveira Lima. Logo depois, em 24 de abril de 1958, é transformado em Dispensário, passando à subordinação direta do Departamento de Assistência Hospitalar, desligando-se do Hospital Miguel Couto.

Em outubro de 1960, é criado o Serviço de Pronto Socorro, com funcionamento 24 horas e com facilidades de radiocomunicação, incluindo suas ambulâncias. Finalmente em 18 de setembro de 1963, o Dispensário é elevado à condição de Hospital Estadual.

O texto abaixo, pode dar uma idéia do ambiente da Barra da Tijuca, no final dos anos 1960 e início dos anos 1970, quando a Barra da Tijuca começava a ser povoada e guardava um clima de cidade do interior. O bairro Jardim Oceânico, como de resto as outras localidades, contava, apenas, com um pequeno comércio local e não haviam hospitais adequados para o atendimento à população. Apenas havia um Posto de Saúde, para atendimento público, chamado Lourenço Jorge.

(...) A Barra Aberta, como também é conhecida a região do Jardim Oceânico, oferece uma gama de serviços que não deixa a dever a nenhuma Avenida Nossa Senhora de Copacabana. De acordo com a Associação de Moradores do Jardim Oceânico e Tijuamar, a mais antiga associação da Barra da Tijuca, são três grandes padarias 24 horas, 11 bancos, três farmácias, 18 restaurantes, uma delegacia, um posto do Detran e dois supermercados. É o único local de toda a Barra onde as pessoas dizem que tem esquina. Todo o resto é cortado por avenidas ou ruas fechadas.(...) A necessidade de proteção é sentida pelo presidente da associação de moradores do local, Abdon Elias. “Nós temos solicitado, junto à área de segurança da prefeitura, uma linha direta com a polícia. Não podemos contar com o número 190, que é lento no atendimento ao cidadão. Acho que teríamos de ter um número só para a região, por exemplo, 191. O Jardim Oceânico e o Tijuamar têm moradores singulares. Aqui vivem pessoas de classe média alta, é um local economicamente desenvolvido e homogêneo. O que falta é mais segurança”, afirma. Hoje com 58 anos, Abdon começou a freqüentar a Barra da Tijuca muito antes de o local se

tornar cobiçado por assaltantes. Quando era jovem, vinha para a casa de veraneio do pai. “Para chegar até a casa, tínhamos de deixar o carro na Barrinha, vindo pela Estrada do Joá ou descendo pelo Alto da Boa Vista. Dali, só era possível chegar à Barra de balsa, que nos deixava próximos ao Quebra-mar. Essa viagem era quase um safári”, brinca. Abdon lembra-se dos bichos que dominavam o cenário – alguns jacarés no Canal de Marapendi, tatus, gambás e cobras, de todos os tipos. No Quebra-mar, havia um entreposto de pesca. As pessoas iam esperar os pescadores chegarem com a mercadoria. Os peixes eram vendidos com o peso baseado no olhar do comprador e vendedor, numa espécie de leilão. **O único pronto-socorro da área ficava próximo ao Corpo de Bombeiros da praia. Chamava-se Lourenço Jorge** e, anos depois, fechou para a construção do hospital que hoje fica próximo à Avenida Ayrton Senna.” (Fonte- Vitrine Barra, nº 4, acessado pela internet no dia 17 de agosto de 2002, no endereço www.vitrinebarra.com.br).

Na sua fase inicial, o Posto de Assistência Lourenço Jorge oferecia serviços ambulatoriais de Pediatria e Clínica Médica, em dias alternados, com sua subordinação ao Hospital Miguel Couto. Nos finais de semana, seu atendimento era, principalmente, a casos de afogamentos, já que era grande a afluência de banhistas às praias da Barra da Tijuca, como descreve um texto do início da década de 1970:

“A área de atendimento do Hospital Dispensário Lourenço Jorge abrange 1/6 do território da Guanabara. Embora com baixa densidade demográfica, aos sábados, domingos e feriados, acolhe um grande número de banhistas e turistas, aumentando consideravelmente a atividade do hospital” (SUSEME, 1972).

Para que fosse implementada a sua ampliação, no local original de sua implantação, foi feita a desapropriação de terrenos à Avenida Sernambetiba, em 30 de agosto de 1965, através de Decreto, durante o governo estadual de Carlos Lacerda. Já nesta época, a região que o seu atendimento abrangia atingia a “Estrada das Canoas, Pontal de Sernambetiba, Barra da Tijuca, Alto da Boa Vista, Estrada da Paz, Largo do Anil, Freguesia de Jacarepaguá e Rocinha” (SUSEME, 1972).

O novo Hospital Municipal Lourenço Jorge foi inaugurado em Fevereiro de 1996, trazendo no seu projeto uma série de inovações arquitetônicas. Começou a operar com 147 leitos de internação e 19 consultórios (Fonte- SMS, Rio de Janeiro, 1996).



*Fig. 3.20- Fachada do Hospital Municipal Lourenço Jorge.
Fonte- SMS, 2002.*



*Fig. 3.21- Entrada do Serviço de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Lourenço Jorge.
Fonte- SMS, 2002.*

3.2.4.2 PERFIL DO ATENDIMENTO

Nome popular: Hospital Municipal Lourenço Jorge

Endereço: Av. Ayrton Senna, 2000 - Barra da Tijuca

Telefone(s): 2431-1244 / 2431-1818

Área de Planejamento: 4.0

Período de funcionamento: Atendimento 24 horas

Tipos de atendimentos prestados ao SUS:

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Cirurgia Geral

Clínica Geral

Infectologia

Odontorradiologia

Ortopedia/Traumatologia

Pediatria

Serviço Social

Terapia Renal Substitutiva/Diálise

Urgências Odontológicas

Programas de Saúde:

Acompanhamento e Assistência Pediátrica

Atenção Psicossocial

Atendimento em Grupo em Saúde Mental

Atendimento Especializado e/ou Atividades de Grupo para Adolescente

Atividades de Grupo para Idosos

Clínica geral para adolescente

Clínica geral para adulto

Clínica geral para idoso

Consulta Clínica em Saúde Mental

Contracepção

Diabetes

Fisiatria

Fonoaudiologia
Ginástica - Terapia Alternativa
Hipertensão Arterial
Imunização contra o Tétano
Imunização contra Raiva Humana
Imunoglobulina Anit-Rábica Humana
Imunoglobulina Antitetânica
Odontologia
Odontologia Clínica e Reabilitação Protética
Odontologia para Maiores de 14 anos
Prevenção e Tratamento da Cárie - maiores de 14 anos
Raio X dentário
Soro Anti-Rábico
Soro Anti-Tetânico
Soros Específicos Contra Venenos de Cobra
Terapia Ocupacional
Nutrição
Medicina Geral Comunitária
Vacina Anti-Hemófilos B para crianças até 23 meses
Vacina Antipólio Oral (SABIN)
Vacina Anti-Rábica Humana
Vacina BCG
Vacina contra Febre Amarela
Vacina contra Hepatite B em Situações Especiais
Vacina contra Hepatite B para Crianças até 23 meses
Vacina contra Hepatite B para Profissionais da Área de Saúde
Vacina contra Sarampo
Vacina DPT (Tríplice bacteriana)
Vacina Dupla Adulto
Vacina Tríplice Viral
Programa de Atenção à Saúde Mental
Programa de Atenção ao Adolescente
Programa de Atenção ao Adulto
Programa de Atenção ao Idoso

Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

Programa de Saúde Bucal

Psicologia

Psiquiatria

Vigilância Epidemiológica

Serviços de apoio ao diagnóstico:

Análises clínicas

Anatomia Patológica / Citologia

Bronscopia

Coleta de material para exame laboratorial

Ecocardiografia

Eletrocardiografia

Endoscopia Digestiva

Fisioterapia

Odontorradiologia

Patologia Clínica

Radiologia

Raio X dentário

Terapia Renal Substitutiva/Diálise

Teste do Pezinho

Tomografia Computadorizada

Ultra-Sonografia

Hemodinâmica



Fig. 3.22- Circulação de visitantes. Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Fonte- Espaço Saúde, 2003.

3.2.4.3 O PROJETO DE REESTRUTURAÇÃO

O Hospital Municipal Lourenço Jorge foi destinado, pela Prefeitura, a ser o hospital de referência para os futuros Jogos Panamericanos, a serem realizados em 2007. Para isto, a SMS, em conjunto com a direção da unidade, está desenvolvendo um projeto para a sua total reestruturação. O grupo de pesquisa Espaço Saúde, do Proarq- FAU-UFRJ, em conjunto com o engenheiro Cléo Pais de Barros, da Assessoria de Engenharia e Obras da SMS, elaborou um relatório para diagnóstico da unidade. Nesta avaliação foram apontados os problemas e os potenciais positivos do hospital.

A partir desta avaliação, será desenvolvido um projeto de ampliação, contando com alguns espaços disponíveis entre os jardins e áreas livres, decorrentes da implantação pavilhonar da unidade. Foi detectado, ainda, que alguns blocos dispõem de estrutura para agregar um segundo pavimento. Baseado nestas facilidades, foi preparado um plano de intervenção que norteará o projeto arquitetônico de reestruturação do hospital.

O conceito de assistência à saúde deverá incorporar um novo perfil, com a implantação de um Centro de Trauma. Segundo o diretor, Dr. Flávio Adolpho Silveira, este Centro de Trauma, o primeiro no país nestes moldes, deverá ser referência no atendimento de casos de emergência de alta complexidade. Em reunião, no dia 24 de março passado, o Dr. Flávio Adolpho apresentou as diretrizes deste novo centro:

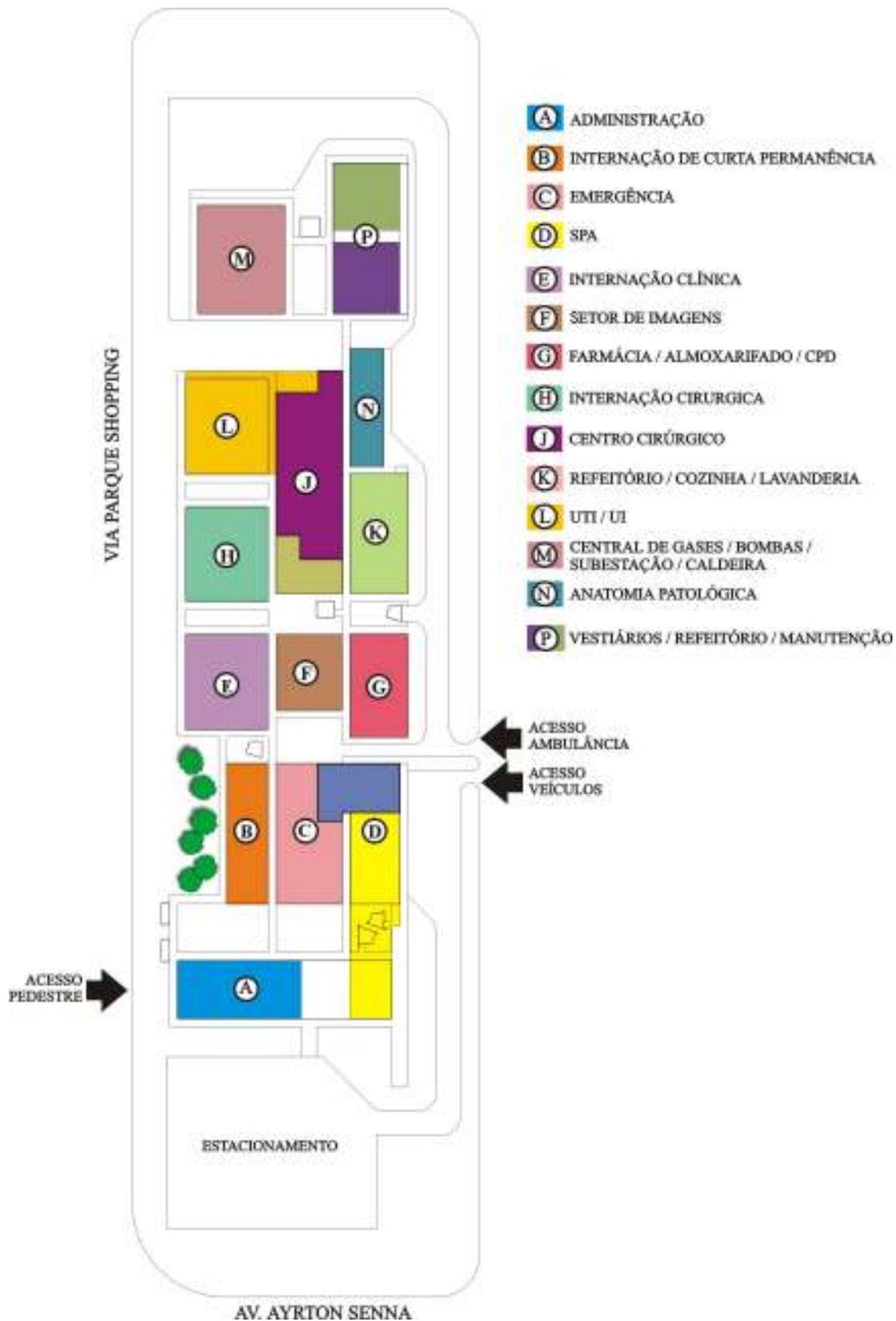
“Nós estamos imaginando a idéia do Centro de Trauma como sendo nuclear. Vamos desenhar um hospital a partir de um núcleo. Podemos imaginar um corpo humano até chegar a uma célula. A célula tem um núcleo. Esta é a idéia do núcleo para um Centro de Trauma. Este, com o que tem que oferecer, não suporta mais do que algo em torno de 15 leitos. Esses 15 leitos serão desenhados para oferecer uma tecnologia absolutamente “de ponta”. E mesmo, seria insuportável, em termos de custo de implantação, fazer mais do que esses 15 leitos. Este Centro será concebido para dar cobertura formal a algo em torno de 2 milhões a 2 milhões e meio de habitantes. Seria uma organização como ainda não temos, aqui no Brasil. Na Alemanha você tem 4 ou 5 Centros de Trauma, na França você tem 3 ou 4. E, no Rio, independentemente de termos serviços de Pronto Socorro de altíssima qualidade como Souza Aguiar, Miguel Couto, Salgado Filho, o Andaraí numa segunda linha ou o Getúlio Vargas, se funcionar direito, não queremos competir com esses serviços. Até porque eles são necessários como cobertura. O que queremos é criar algo absolutamente novo”.

Segundo a direção do hospital, a estimativa de 15 leitos para a referência à população que será atendida segue a um padrão internacional de números por população atendida. Será disponibilizada, para o apoio destes leitos, a mais atual e avançada tecnologia de equipamentos para a questão do salvamento e manutenção da vida. Segundo o Dr. José Roberto Magno, chefe da Coordenação de Gestão do plano de reestruturação da unidade, estes leitos serão a base sobre a qual o hospital será repensado.

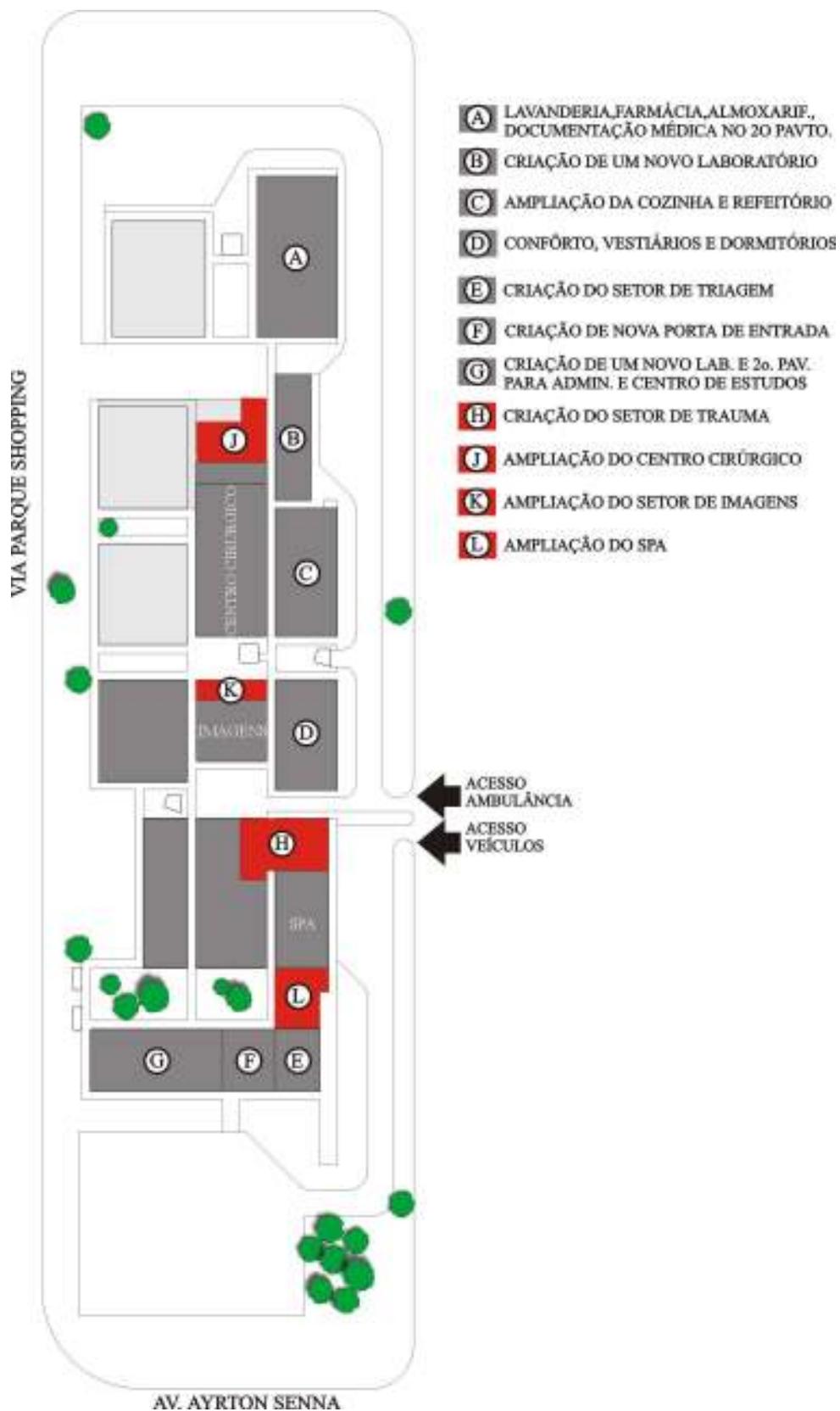
“Um Centro de Trauma é diferente de uma unidade de Emergência pois, você dispõe ali de todos os recursos possíveis e fundamentais para salvar vidas, de pacientes extremamente graves, os politraumatizados. Portanto o objetivo dele é o de ser um centro de referência e oferecer alta tecnologia e, também, treinamento, para o atendimento de pacientes extremamente graves. Isso significa ambulâncias, tipo as usadas pelo GSE, helicóptero, receber pacientes que tenham dado entrada em outras unidades de emergência e que, pela gravidade do quadro, sejam transferidos para cá. Portanto esses 15 leitos serão leitos de altíssima complexidade, para doentes extremamente graves. Isto significa, também, que você vai ter que desenhar o suporte a isso, consequente disso. Significa suporte em neurocirurgia, cirurgia vascular, talvez cirurgia torácica, ou seja, a retaguarda para esses leitos. Portanto, você funciona com um núcleo, os 15 leitos, e o restante do suporte. Como na idéia de um aeroporto, com os aviões chegando a um núcleo e com os serviços de suporte distribuídos em torno. Você distribui este suporte em termos de gravidade clínica, de trauma neurocirúrgico, de trauma vascular, enfim, você separa isto de alguma forma e distribui em torno. São leitos onde você tem todo um suporte ventilatório, por exemplo, aparelhagem de todo o tipo para salvar vidas chegando, inclusive à radiologia intervencionista”.

Na avaliação da reestruturação da unidade, a equipe do Espaço Saúde definiu os blocos que sofrerão ampliação, e a redistribuição de setores e serviços, para que o novo projeto seja desenvolvido de acordo com a racionalidade de fluxos e a adequada dimensão de espaços de assistência, apoio técnico e logístico. O projeto para a criação do Centro de Trauma será acompanhado de um novo desenho para a Grande e a Pequena Emergência, readequação do Ambulatório aumento de leitos, ampliação de salas do Centro Cirúrgico, do Serviço de Imagem e setores diversos. O projeto será desenvolvido com a coordenação da Assessoria de Engenharia e Obras da SMS e com a conceituação estabelecida pelo grupo gestor estruturado pela unidade.

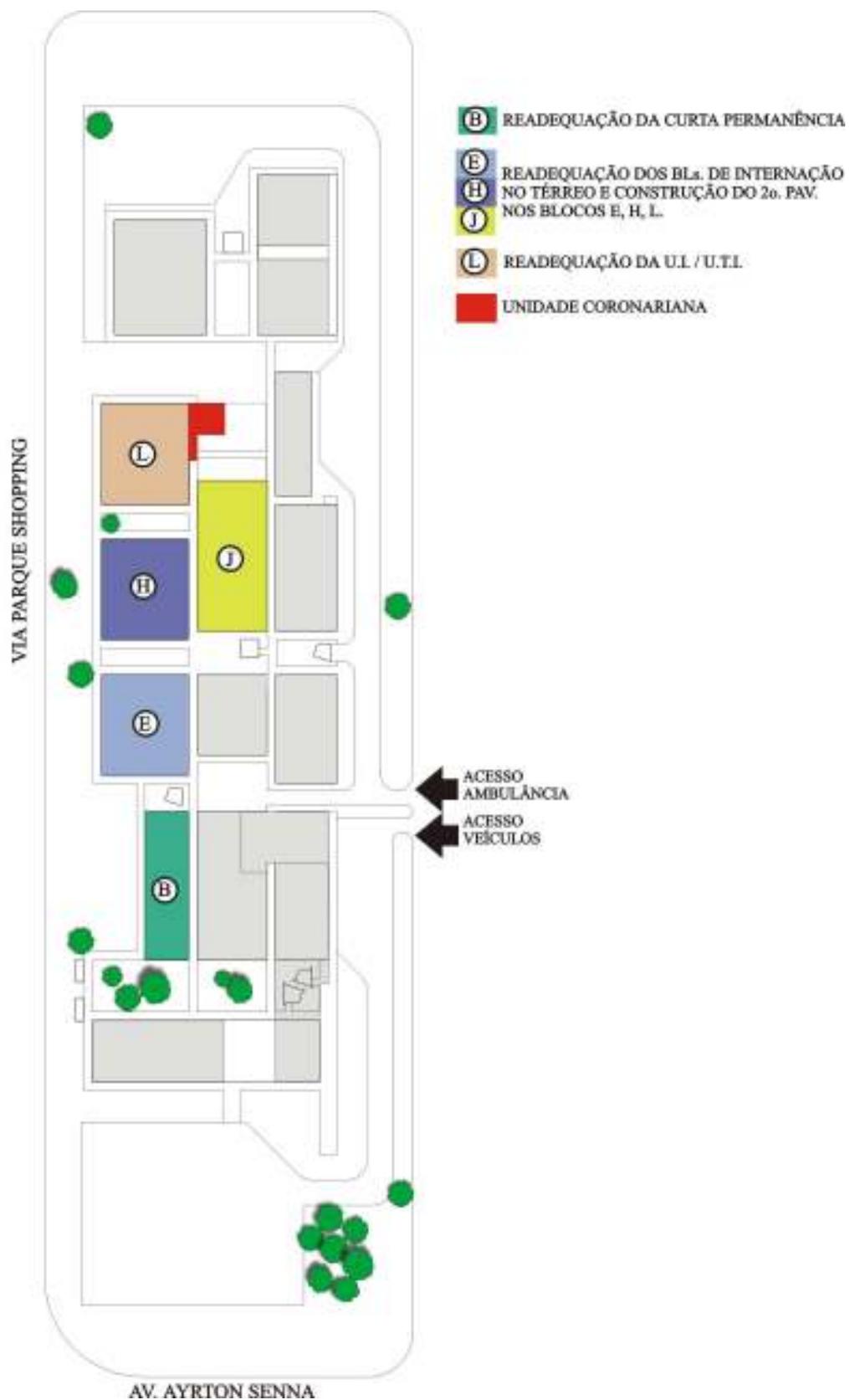
PLANTA DE SITUAÇÃO DO ATUAL HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE



PLANTA DE SETORIZAÇÃO DA REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL



PLANTA DE AUMENTO DE LEITOS DA REESTRUTURAÇÃO DO HOSPITAL



3.3 ANÁLISE DOS ELEMENTOS DE ARQUITETURA OBSERVADOS

3.3.1 ACESSOS, “PORTA DE ENTRADA” E TRIAGEM

A partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080 de 1990), que preconiza a universalidade de acesso aos serviços de saúde, assistimos a uma grande mudança no perfil das unidades. O impacto da procura do cidadão por seus direitos, no que se refere ao atendimento da cura, prevenção, e promoção de sua saúde, encontrou as unidades de atendimento básico despreparadas para esta expansão. Como consequência, encontramos as instituições de assistência à saúde completamente inadequadas, com prédios subdimensionados para a sua demanda e insuficientes para a cobertura desejada à população que as procura.

Esta superlotação dos serviços de atendimento primário acarretou, também, um grande impacto na “porta de entrada” dos hospitais de emergência, superlotando seus acessos e lotando seus serviços de pronto atendimento, procurados pela população que não pode esperar pelo agendamento moroso de consultas e procedimentos, na rede ambulatorial. Em entrevista, realizada no dia 24 de março de 2003, o Dr. Flávio Adolpho Siqueira, diretor do Hospital Municipal Lourenço Jorge dá uma idéia da dimensão deste problema, quando afirma:

“Se você imaginar que temos uma enorme demanda por esta Emergência de baixa complexidade, sabemos que é porque a rede básica não funciona como deveria. Não só na área mas no município como um todo. Por problemas de falta de unidades suficientes em uma certa área ou por falta de recursos humanos. Isto é como um todo no município, falando da Secretaria Municipal e Estadual, do município como um todo. Se pensarmos na nossa média diária de atendimento, de 900/dia, provavelmente 850 deveriam ter sido atendidos na rede básica e não aqui. Para este número de atendimentos na nossa Emergência, você gera cerca de 20 a 30 doentes por dia. Esses são os doentes que efetivamente são encaminhados para a Grande Emergência”.

A grande procura dos atendimentos de urgência e emergência, dos hospitais municipais, acaba gerando distorções nas suas entradas e a necessidade de ampliação do número de salas de Triagem, nos acessos e “portas de entrada” de suas estruturas, ocasionando mistura de perfis de pacientes e patologias, para o devido encaminhamento aos consultórios e serviços.



*Fig. 3.23- Espera da triagem e SPA do Hospital Municipal Lourenço Jorge..
Fonte Espaço Saúde, 2003.*

A entrada de uma instituição de saúde deveria ser tratada como um dos mais importantes espaços na tradução da qualidade do atendimento à população. Infelizmente não é o que encontramos nas unidades visitadas. O crescimento da demanda pelo atendimento, quase que de perfil ambulatorial, nas unidades de emergência do Rio de Janeiro, configura um dos maiores problemas a ser enfrentado pela saúde pública.

A chegada do paciente ao hospital, onde procura acolhimento e alívio para os seus males, aponta a necessidade de um tratamento diferenciado, na qualidade e resolutividade dos seus espaços, pelos arquitetos e projetistas. No entanto encontramos as “portas de entrada” superlotadas, a existência de filas, quase sempre desnecessárias e desconfortáveis, com a população disposta na parte externa dos prédios, exposta aos rigores do sol ou da chuva, sem qualquer item de conforto como cadeiras, ambiente climatizado, orientação e sinalização resolutivas, e com os fluxos de entrada e de saída confusos e desordenados.

Em entrevista, o Dr. José Roberto Magno, chefe da Divisão Médica da unidade e Coordenador do modelo de gestão da reestruturação do Hospital Municipal Lourenço Jorge , nos relata:

“Acho que você tem também um problema histórico: como o doente sabe que a rede básica não funciona, ele vem para a Emergência, em busca de atendimento. O que acontece aqui, certamente, não é diferente do que acontece no Miguel Couto, no Souza Aguiar, talvez até lá seja pior ainda. Numa dessas Emergências, 90% dos doentes não deviam estar ali. Podiam estar sendo atendidos perto das casas deles. (...) Se a pessoa é atendida, o médico vai pedir um exame de Raio-X, um eletro. Como nas unidades básicas o apoio ao diagnóstico não existe, a pessoa vai ser encaminhada para outra unidade, geralmente um hospital, para exames etc. Você podia resolver no mesmo local o diagnóstico mas o paciente vai ter que voltar com os exames. O doente sabe disso então vai logo procurar o lugar onde exista Raio-X etc que ele sabe que vai ter que passar”.



*Fig. 3.24- Fila de espera na Emergência.Hospital Municipal Souza Aguiar.
Fonte- Secretaria Municipal de Saúde, 2002.*

O ambiente de Espera para a Triagem ou para a consulta é de fundamental importância para a acolhida da população que, não dispõe, atualmente, de um espaço efetivamente adequado para este fim, em nenhuma das unidades analisadas, com a ocorrência de grandes filas, desconforto nas horas em que aguarda atendimento, e distribuição caótica de fluxos, como nos relata o Dr. José Roberto Magno, referindo-se à necessidade de readequação da “Porta de Entrada” do Hospital Municipal Lourenço Jorge. Foi perguntado ao Dr. José Robert Magno, se a fila seria um problema “cultural” da população.

“A fila tem, certamente, um componente cultural mas, que foi gerado lá atrás, na falta de resolatividade das unidades básicas. Os pacientes vão optar por procurar um hospital. De qualquer modo a fila é uma característica brasileira: as pessoas “adoram” entrar numa fila. Mas não temos também um espaço de acolhida, criado para que as pessoas possam ser decentemente recebidas, um espaço que agilize a entrada e a saída decente do atendimento desta pessoa, e, aí, você resolve este problema. É o que nós queremos fazer aqui. Você passa, digamos, a ter uma fila sentada, num ambiente adequado. Temos um exemplo no nosso Ambulatório:

No projeto do hospital, as pessoas têm acesso por fora, aos consultórios. Eu não quero ainda analisar este conceito do fluxo externo para a entrada dos pacientes. Porém o projeto atual, que tem este conceito, deveria pensar em aumentar a cobertura, o telhado, para proteger as pessoas da chuva e do sol, o que não acontece hoje. O que estamos pensando para o novo Lourenço Jorge? Temos um grande espaço interno ocioso, hoje. Podemos fazer, aí, uma Espera, climatizada, com boas cadeiras, televisão etc. E queremos colocar um painel explicando a localização das salas de atendimento, um sistema de senhas. Hoje, como não temos o painel, o paciente não fica muito ali, pois ele quer ficar bem na porta do consultório, lá fora, para ver se o médico entrou ou saiu do consultório. Portanto, apesar da fila “cultural” e de todos esses problemas, quando você cria um espaço digno, com conforto, e trata a pessoa como nós gostaríamos de sermos tratados, isto muda. E aqui, certamente, vamos mudar isso”.

Os espaços para a espera, nas unidades analisadas não oferecem o conforto adequado à população. Estes ambientes são, inclusive, resultado de ampliações e superposições de boxes, balcões de recepção e mesas de atendimento, colocados nos espaços de entrada, sem qualquer planejamento ou projeto. Por vezes, os usuários são atendidos por policiais, separados por correntes balizadoras, na tentativa de organizar um tipo de fila ou ordem na entrada de pacientes e acompanhantes. As pessoas são requisitadas a esperarem agendamento ou atendimento, geralmente, em ambientes externos ao prédio, por vezes expostas ao sol ou à chuva, como pode ser observado na figura 3.25.



*Fig. 3.25- Fila de espera no exterior da unidade. Hospital Municipal Lourenço Jorge.
Fonte- Espaço Saúde, 2003.*

Em certos casos, existe a tentativa de organizar o balcão de informações, logo à entrada da unidade porém, sempre com elementos de separação do público, como na figura 3.26, no acesso da Emergência, do Hospital Municipal Miguel Couto. A sinalização também é confusa e pouco eficiente, não atendendo ao aspecto informativo a que se destina. Inúmeras vezes, os funcionários complementam os painéis com a colocação de folhas de papel, contendo informações consideradas fundamentais para o usuário, ocasionando grande poluição visual e desorganização na sinalização, como nas figuras 3.27 e 3.28.



*Fig. 3.26- Recepção da Emergência. Hospital Municipal Miguel Couto.
Fonte- SMS, 2002.*



Fig. 3.27- Hospital Municipal Souza Aguiar.

Fonte- SMS, 2002.



Fig. 3.28- Hospital Municipal Souza Aguiar.

Fonte- SMS, 2002.

Podemos concluir que as “Portas de Entrada” das unidades de Emergência do Rio de Janeiro, constituem-se num dos grandes problemas a serem estudados pela Arquitetura Hospitalar, para que, junto com sanitaristas e gestores da saúde pública, possa intervir, chegando a uma nova abordagem para o problema. É necessário dotar estes espaços de acolhimento, conforto e agilidade no atendimento e na distribuição dos usuários, amenizando as longas esperas e filas, e humanizando a chegada dos usuários, na busca da consulta necessária.

3.3.2 CIRCULAÇÕES E DISTRIBUIÇÃO DE FLUXOS E FUNÇÕES

As circulações e a distribuição de fluxos, nas unidades estudadas, são inadequadas, na maior parte das vezes. Um dos maiores problemas nelas observados é o seu crescimento desordenado, sem que se tenha traçado algum tipo de plano diretor de obras. A partir do momento de sua inauguração, estas unidades começam a sofrer mudanças no seu perfil de atendimento, acompanhando a diversidade de políticas públicas de assistência à saúde, ao longo do tempo.

Em decorrência da necessidade de sua ampliação e da incorporação de novos programas de saúde, em suas dependências, as unidades procuram espaços que possam ser subdivididos em novos consultórios ou em novos serviços, utilizando, algumas vezes, áreas disponíveis no terreno, para a construção de anexos. Com isto, muitos dos serviços que deveriam apoiar ou se localizar perto de outros, acabam ficando a uma distância nada confortável de suas referências. Os acessos aos diversos serviços também apresentam problemas quanto a separação adequada de fluxos diversos.

Como exemplo, observamos o acesso da Pequena Emergência (SPA) do Hospital Municipal Souza Aguiar, com os pedestres tendo acesso à sua entrada, a partir da Praça da República, pelo mesmo caminho de entrada das ambulâncias. Isso configura perigo para os pacientes deambulantes e atrapalha, por vezes, a rápida entrada das viaturas, cruzando inadequadamente os fluxos.



Fig. 3.29- Hall principal do Hospital Municipal Souza Aguiar.

Fonte- SMS, 2002.

No caso do Hospital Municipal Miguel Couto, existe o cruzamento de fluxos da Grande e da Pequena Emergência, no hall da Emergência acessado pela rua Bartolomeu Mitre. Neste caso, o GSE, serviço de atendimento a acidentes do Corpo de Bombeiros, desenhou no piso o caminho de acesso à Sala de Ressuscitação, que fica no 2º pavimento. Chamada de “linha vermelha”, seu acesso à unidade, se dá através da área de recepção da Pequena Emergência, no pavimento térreo, e se desenvolve até um dos elevadores localizados em um hall secundário. Este elevador está sempre reservado, estacionado no térreo, para que seja imediatamente usado pelo atendimento de urgência. A entrada dos pacientes atravessa a área de espera dos pacientes deambulantes, geralmente superlotada, causando mistura nas circulações.



Fig. 3.30- Distribuição de fluxos no Hospital Municipal Miguel Couto.

Fonte- SMS, 2002.

O Hospital Municipal Salgado Filho está executando obra de reforma e readequação total no seu serviço de Emergência, procurando adequá-la a conceitos mais atuais de implantação e dimensionamento de áreas, que estavam subdimensionadas, em relação à demanda da população que procurava a unidade. Não havia direcionamento adequado de fluxos, o acesso de ambulâncias estava misturado com o de pacientes deambulantes e as pequenas dimensões das áreas de espera acabavam por causar a formação de filas, no exterior do prédio. O problema era tão agudo que, em certo momento, a direção tentou amenizar o andamento da fila com a colocação de atendentes para entrevistar as pessoas que aguardavam atendimento, na parte externa da unidade.

Para os acessos do Hospital Municipal Lourenço Jorge, a preocupação é a implantação de serviços sem uma lógica racional de distribuição. Sua implantação pavilhonar facilita a separação dos acessos para ambulâncias, Pronto Socorro, corpo clínico e serviços. No entanto, acarreta longos percursos para os funcionários da unidade, uma vez que a distribuição de setores de apoio nem sempre está localizada perto do local adequado, como é o caso da Documentação Médica, localizada muito longe do Registro de pacientes. Outro exemplo é a Pediatria, cujos serviços são atendidos parte na Pequena Emergência (média complexidade), e parte no Ambulatório (baixa complexidade), causando desconforto na distribuição de tarefas e no apoio técnico (Espaço- Saúde, 2003).



Fig. 3.31- Detalhe da Recepção do Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Fonte- SMS; Prefeitura do Rio de Janeiro, 2002.

Outros problemas de fluxo e distribuição podem ser mencionados, como a avaliação da unidade feita pelo grupo de pesquisa Espaço Saúde- do PROARQ- FAU- UFRJ, que desenvolve trabalho de reestruturação física do hospital, em convênio com a SMS:

“Nas visitas realizadas ao Hospital, verificamos que o grande problema, no que se refere aos fluxos, acontece na sua porta de entrada e no sistema de acolhimento ao paciente. Os diversos acessos necessários aos setores da porta de entrada (SPA adulto e infantil, Ambulatório, Grande Emergência) se desenvolvem de forma conflitante, ocorrendo o cruzamento e sobreposição de fluxos” (Espaço Saúde, 2003).

A partir da análise descrita, na observação das unidades estudadas, torna-se oportuno o redimensionamento e a reordenação dos espaços para o atendimento à urgência e emergência nos hospitais municipais. Os ambientes de acolhimento e distribuição de pacientes, até o local da obtenção da receita ou procedimento que atenda à sua doença, estão subdimensionados e inadequados. Isto levou a Secretaria de Saúde do município a implementar diversos projetos para a total reestruturação destes serviços, através da Assessoria de Engenharia e Obras. Foram feitos levantamentos e avaliações da situação e diversas pesquisas e reuniões com os médicos e gestores, na busca de soluções para o reordenamento destas áreas.



Fig. 3.32- Recepção e área de espera do Pronto Socorro.

Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Fonte- Espaço Saúde, 2003.

3.3.3 O IMPACTO DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA

A questão da incorporação tecnológica nos hospitais sempre foi um dos problemas a serem abordados por arquitetos e projetistas. Sendo a medicina uma das ciências que mais e mais rapidamente moderniza seus equipamentos para diagnóstico e terapia, as exigências de adaptação de espaços que possam abrigá-los, é crescente e constante. Atualmente, ao lado da atualização de equipamentos de tecnologia de ponta, observamos novas necessidades de adequação de infraestrutura para instalá-los, contando com a sua ligação, por meio de rede de lógica, aos centros de excelência em medicina e pesquisa, de todo o mundo.

“Associada à secularização de seu controle administrativo, a conjunção da medicina com o hospital favoreceu, num momento histórico posterior, o surgimento do hospital moderno. Louvado por uns, temido por outros, foi considerado espaço ideal para o provimento de serviços gerais de saúde à população. E experimentou intenso desenvolvimento baseado no progresso científico recente. A especialização da medicina dividiu as doenças em diferentes categorias, e separou os enfermos de acordo com esta classificação. Além disso, a complexidade crescente dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos complicou a tal ponto o ambiente hospitalar, que hoje em dia, quem adentrasse seus corredores desavisadamente, poderia acreditar estar passeando numa dessas naves espaciais que vemos nos seriados de ficção científica” (ANTUNES, 1989).

Os problemas da instalação de novos equipamentos ficam mais complexos se observarmos que os projetos para os prédios hospitalares da rede municipal, em sua grande maioria, foram desenvolvidos há muitas décadas, quando ainda não se podia imaginar a velocidade e a amplitude da modernização das instalações e a sua crescente demanda. Ao observarmos a idade das unidades de emergência estudadas (tabela à página 59), excetuando-se o Hospital Municipal Lourenço Jorge, de 1995, concluímos que as estruturas físicas das mesmas sofrem um grande impacto quando necessitam de implementar a instalação de novas tecnologias.

Os arquitetos da Assessoria de Engenharia e Obras da SMS vêm tentando incorporar, nos novos projetos para as unidades de emergência, todo o aparato tecnológico disponível para este tipo de atendimento, tendo, muitas vezes, que ampliar o escopo da intervenção, para substituir itens de infraestrutura predial, no sentido de dotar a unidade de maior capacidade de modernização.

No entanto, as unidades avaliadas apresentam diversos problemas decorrentes do recebimento de aparelhos e insumos, sem qualquer planejamento dos espaços de instalação e da relação dos mesmos com os outros setores da unidade. Observamos diversos problemas no dimensionamento da infraestrutura predial como subestações e grupo geradores subdimensionados, sistemas de climatização do ar totalmente obsoletos e insuficientes, causando mesmo algum risco no atendimento, sistemas de tubulação de água e esgoto avariados e desordenada distribuição de gases medicinais, em todas as unidades estudadas.



Fig. 3.33- Sala de atendimento da Grande Emergência.

Hospital Municipal Miguel Couto.

Fonte- SMS, 2002.

Devemos mencionar, ainda, problemas de obsolescência nos elevadores, nas unidades que imprescindem de sistemas de transporte vertical, como é o caso dos Hospitais Souza Aguiar, Salgado Filho e Miguel Couto. As instalações de gases medicinais e as suas respectivas centrais encontram-se, na maior parte das vezes, deterioradas e com tecnologias obsoletas. As instalações elétricas e de gases medicinais do Hospital Lourenço Jorge, de um modo geral, estão bem mais conservadas devido à sua idade e ao fato de dispor de um sistema de calhas metálicas- *pipe rack*- distribuídas horizontalmente, levando-as aos pavilhões e facilitando a sua manutenção.

“A localização dos sistemas de fornecimento de recursos energéticos, concentrada num setor próprio, e sua distribuição para os diversos setores do Hospital, desenvolvendo-se de forma aparente através da passarela metálica (ver fotos abaixo), facilitam a detecção e resolução de eventuais falhas, simplificando os procedimentos de manutenção e os processos de expansão das redes, que serão necessários na reestruturação do Hospital” (Espaço Saúde, 2003).



*Fig. 3.34- Distribuição de recursos energéticos. Hospital Municipal Lourenço Jorge.
Fonte- Espaço Saúde, 2003.*



*Fig. 3.35- Detalhe do pipe rack. Hospital Municipal Lourenço Jorge.
Fonte- Espaço Saúde, 2003.*

As unidades observadas neste trabalho apresentam inadequações na distribuição de pontos de gases medicinais e diversas avarias nos seus pontos de uso. A partir dos problemas de aumento de leitos e de serviços sem o devido planejamento e, muitas vezes, feitos de maneira urgente, para atender à pressão do aumento na demanda, acaba ocorrendo a superposição de instalações, e de tubulações de distribuição, de maneira desordenada.

As centrais de gases medicinais também deverão sofrer completa reforma quando os novos projetos para os ambientes de atendimento forem implantados, e vêm sendo objeto de estudo e pesquisa pelos arquitetos da SMS.



Fig. 3.36- Desordem na oferta de tecnologia, na sala de atendimento.

Hospital Municipal Lourenço Jorge

Fonte- Espaço Saúde, 2003.

Podemos concluir que os hospitais municipais sofrem um impacto negativo com a incorporação de tecnologia às suas instalações físicas. A prática da elaboração de um plano diretor de obras deveria ser a linha mestra para que se realizassem as ampliações e readequações nos espaços destas instituições, o que, certamente, evitaria a deterioração e a descaracterização dos ambientes de atendimento, que presenciamos em nossas visitas a estas unidades.

3.3.4 AMBIENTAÇÃO E CONFORTO AMBIENTAL

A questão do conforto ambiental, disponível para os usuários e os funcionários, das unidades avaliadas, deve ser abordada em seus diversos aspectos como conforto higrotérmico, conforto lumínico, conforto acústico e, principalmente, a qualidade da ambientação com aspectos de acessibilidade, adequada distribuição de áreas de espera, existência de facilidades para os pacientes e acompanhantes como telefone público, boa sinalização, disponibilidade de bebedouros, cantina, cores e itens de mobiliário satisfatórios e um verdadeiro sentido de acolhimento.

Os hospitais visitados devem rever estes conceitos, para que possam incorporar, aos novos projetos, a desejada humanização dos seus espaços, uma vez que, atualmente, suas instalações deixam a desejar, no que se refere aos parâmetros de conforto ambiental.

Encontramos as áreas de espera do Hospital Municipal Souza Aguiar, sem a devida adequação, com as filas formadas a partir do exterior da unidade. Na área da entrada da Grande Emergência, um policial barra o acesso dos acompanhantes e fica instalado atrás de gradil metálico, que funciona como mais uma barreira de gosto e significado duvidosos, separando o público que procura informações sobre os atendimentos. As paredes e os pisos destes espaços estão avariados e em mau estado de conservação. Não existe conforto lumínico, nem climatização e observamos grande desordem na orientação das pessoas, já estressadas pela natureza do assunto que as levou a procurar atendimento.



Fig. 3.37- Recepção do Pronto Socorro. Hospital Municipal Miguel Couto.

Fonte- SMS, 2002.

Nos ambientes de atendimento observamos uma certa improvisação nos equipamentos, mobiliário e disposição das salas, com peças antigas e com espaços subdivididos através de divisórias, que foram sendo incorporadas sem qualquer planejamento, atendendo ao aumento da demanda ou ao redesenho da distribuição de espaços, improvisada pelo corpo clínico. Como resultado encontramos ambientes apertados e pouco iluminados. A climatização só está disponível se a sala estiver num setor anteriormente climatizado. O Hospital Municipal Souza Aguiar sofre, atualmente, um grande problema na climatização dos seus espaços, com destaque para as áreas críticas, como o Centro Cirúrgico. Os equipamentos e as torres de tratamento para os sistemas de ar condicionado encontram-se obsoletas e subdimensionadas para a demanda, necessitando de substituição urgente, incorporando sistemas adequados ao que preconizam as normas Brasileiras sobre o assunto.



Fig. 3.38- Guichê de atendimento do Pronto Socorro.

Hospital Municipal Souza Aguiar.

Fonte- SMS, 2002.

As salas de Observação do Serviço de Pronto Socorro sofrem a mesma improvisação encontrada nas outras áreas da unidade. O hospital foi um dos primeiros, no município, a dotar a sua estrutura de uma sala para o atendimento a pacientes muito graves, geralmente politraumatizados. Esta sala funciona no segundo pavimento e conta com aparato tecnológico para o salvamento e a manutenção da vida, dispondo de duas macas, pontos de gases medicinais e equipamento adequado. No entanto não encontramos nenhum conceito de humanização ou de acolhimento para o auxílio na recuperação dos doentes.

As instalações do Hospital Municipal Miguel Couto não fogem à regra de ambientes com uma grande desordem na disposição de mobiliário e equipamentos. Sua área de recepção mistura os fluxos das Grande e Pequena Emergência, como já mencionamos. A unidade tenta destinar diferentes fluxos para a entrada e a saída de pacientes, o que acarreta a circulação de público em áreas próximas ao apoio e estacionamento de ambulâncias.

A direção da unidade, junto ao arquiteto João Boltshauser da SMS, começou a implementar uma nova abordagem na humanização dos ambientes de recepção, espera e atendimento. Observamos na implantação do novo Ambulatório, inaugurado em 2002, que a arquitetura pode promover uma grande mudança nestes espaços, agregando conforto, dignidade e bem-estar ao atendimento da população. Os conceitos de humanização dos ambientes deverão servir de base para o desenvolvimento do projeto para o novo prédio da Emergência, que está sendo desenvolvido pela Assessoria de Engenharia e Obras da SMS, com o arquiteto João Boltshauser, autor do projeto do Ambulatório.



Figs. 3.39 e 3.40- Aspectos do novo Ambulatório. Hospital Municipal Miguel Couto.

Fonte- SMS, 2003.

Observamos, ainda, alguma atenção nas áreas de Observação de pacientes, com climatização adequada e alguns cuidados no sentido de destinar espaço adequado à colocação dos leitos, evitando superlotação de macas, como foi encontrado no Hospital Municipal Souza Aguiar. No entanto, as áreas de apoio como Postos de Enfermagem, Salas de Serviços, Balcões de Prescrição Médica e áreas de apoio técnico estão subdimensionadas e distribuídas de forma confusa e inadequada, nem sempre junto aos serviços. A unidade também dispõe de sala especial para a manutenção da vida, chamada de Sala de Ressuscitação, no segundo pavimento.



Fig. 3.41- Recepção da Emergência, no pavimento térreo. Hospital Municipal Miguel Couto. Fonte- SMS, 2003.

Fig. 3.42- CTI de adultos, no segundo pavimento. Hospital Municipal Miguel Couto. Fonte- SMS, 2003.



O Serviço de Pediatria do Hospital Municipal Miguel Couto recebe uma especial atenção no tratamento dos seus espaços, por iniciativa da direção e do corpo clínico. Podemos observar tentativas de imprimir aos espaços, referências do mundo infantil, no sentido de amenizar a internação das crianças. No entanto, encontramos ambientes com ambientação de gosto duvidoso e com a superposição de desenhos infantis e de equipamentos de assistência, criando espaços desordenados e poluídos visualmente. Com o novo projeto, a unidade contará com novos ambientes de cuidados intensivos e poderá desenvolver, junto aos arquitetos da SMS, uma ambientação mais adequada aos diversos perfis de pacientes.



Figs. 3.43 e 3.44- Aspectos do CTI Pediátrico. Hospital Municipal Miguel Couto. Fonte- SMS, 2003.

No caso do Hospital Municipal Salgado Filho, não foi possível avaliar a situação da antiga Emergência, que já se encontra totalmente demolida e com suas obras de implantação do novo serviço, em andamento. No entanto, em visita à unidade observamos a necessidade de readequação de diversos setores, especialmente na Internação, para incorporar às Enfermarias, conceitos de humanização e conforto ambiental. Encontram-se, no hospital, dois pavimentos totalmente reformados, na década de 1990, com a ambientação de suas Enfermarias, circulações e Postos de Enfermagem utilizando cores alegres, revestimentos em laminado melamínico nas paredes, novos balcões e armários, cadeiras confortáveis para acompanhantes e uma nova distribuição dos serviços de apoio técnico e logístico. Trata-se da Internação Pediátrica e da Internação da Neurocirurgia respectivamente no quinto e sétimo pavimentos, do bloco hospitalar.

A utilização destes novos conceitos na arquitetura, exprime a necessidade de uma nova abordagem na instalação de espaços de assistência à saúde e sinaliza a grande mudança que a arquitetura hospitalar começa a agregar às obras de reforma e readequação de espaços, nas unidades municipais. O projeto para o novo Serviço de Emergência pretende abordar, de forma adequada, a humanização e o conforto ambiental aos espaços do hospital. Na definição das necessidades de infraestrutura, foi priorizado o conforto higrotérmico, com a disponibilização de um novo sistema de condicionamento de ar, exclusivo para o atendimento da Emergência e do Pronto Socorro, contando com a filtragem absoluta e a total renovação de ar.

Dentre as unidades estudadas, o Hospital Municipal Lourenço Jorge é, sem dúvida, o que melhor apresenta itens de conforto ambiental. A sua implantação de tipologia pavilhonar, apesar de criticada em relação aos longos percursos que os funcionários devem percorrer, proporciona às Enfermarias boa iluminação e aeração, vista agradável para os seus jardins internos e circulação adequada. Segundo Relatório de Avaliação, elaborado pelo grupo de Pesquisa Espaço Saúde, do Proarq- FAU- UFRJ:

“A principal característica da unidade é o partido arquitetônico, que resgata a tipologia pavilhonar, desenvolvida em somente um pavimento, aspecto que o diferencia dos demais hospitais da rede municipal. Além disso, a utilização do conceito de humanização do atendimento se estendeu à sua Arquitetura, proporcionando condições ambientais que agradam a pacientes e funcionários. (...) Entre estes blocos existem grandes áreas livres de jardins, que conferem ao hospital boas condições de iluminação e ventilação naturais” (Espaço Saúde, 2003).



Fig. 3.45- Vista interna de Enfermaria com amplas janelas.

Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Fonte- Espaço Saúde, 2003.

No entanto, a preocupação com o conforto ambiental e a humanização de espaços da unidade, deverá ser ampliada e reforçada no projeto de reestruturação do hospital. Esta preocupação sempre foi uma característica que diferenciou o tratamento dos ambientes do Hospital Municipal Lourenço Jorge, desde a sua inauguração. Os conceitos de humanização também levam as equipes de assistência a promoverem novas formas de abordar a dispensação de cuidados aos pacientes e uma procura de integração com suas famílias.

Com a observação das unidades estudadas, podemos concluir que os gestores e administradores da rede municipal de assistência à saúde começam a se preocupar com a incorporação, de forma ampla e inexorável, dos novos conceitos de humanização e de conforto ambiental, nos projetos de arquitetura das suas instituições. A abordagem da arquitetura dos novos projetos das unidades de emergência do Rio de Janeiro demonstra que começa a ser aberto um espaço para o desenvolvimento de novos conceitos para estes ambientes, centrando no paciente e em suas aspirações, a implantação dos diversos serviços e estruturas hospitalares.



CAPÍTULO 4

O HOSPITAL DO FUTURO

4.1 UMA NOVA ABORDAGEM PARA PROJETOS HOSPITALARES

4.1.1 AS NOVAS DIRETRIZES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Assistimos, nas últimas décadas, o surgimento de novos conceitos para o desenho de EAS, que incorpora a visão do paciente que é atendido nestes estabelecimentos, trazendo para seus espaços, os signos e valores que encontramos em nossas casas e uma integração dos ambientes com o espaço exterior onde o mesmo será implantado. Neste sentido podemos citar o *Patient Centered Design*, como uma nova forma de se pensar a Arquitetura de espaços para assistência à saúde, integrando os avanços tecnológicos a uma nova concepção de projetos onde a tecnologia não necessite impor ambientes despidos de identidade e escala humana e onde o usuário possa reconhecer os valores presentes no seu cotidiano.

Estes novos conceitos preconizam, além da cura dos males físicos, um suporte emocional para o tempo de internação hospitalar, onde a concepção e desenho dos espaços tenham um impacto positivo na duração da internação e na qualidade de vida durante o tempo de permanência na instituição. O Dr. Steven F. Horowitz, médico do *Beth Israel Medical Center*, na cidade de Nova York, USA, é um entusiasta desta nova abordagem de hospitalização e atenção à saúde.

"Hospitals are concerned about continuous quality improvement. I've watched pathology departments proudly proclaim that they get most reports back [the same day]. But at the top of their algorithm is drawing blood at 5:30 AM. They might come [to the patient's bed-side] unannounced and sometimes they're very callous. That experience can be traumatizing for the patient for the rest of the day", says Horowitz, Beth Israel's chief of cardiology and director of the 3-year-old, 34-bed unit" (<http://www.planetree.org/welcome.html>)

O Dr. Horowitz recomenda, ainda, um equilíbrio entre alta tecnologia e um “senso de humanismo” para os novos projetos de EAS. Esta nova experiência na implantação de hospitais pode ser observada a partir da criação da PLANETREE, uma organização sem fins lucrativos, criada na Califórnia, USA, em 1978, por uma paciente insatisfeita com o tratamento pouco humanizado e traumatizante a que foi submetida, durante a sua internação num hospital, em São Francisco. Estes conceitos fazem parte, ainda, da crescente tendência de assistência à saúde que combina amenidades e suporte emocional eficiente ao lado de cuidados médicos de qualidade, que é o chamado *Patient-Centered Care*.

4.1.2 PATIENT CENTERED CARE

O chamado *Patient-Centered Care* surgiu com a organização sem fins lucrativos Planetree. Ela foi fundada em 1978, por Angelica Thieriot, que teve uma experiência que chamou de traumática, quando de sua internação em um hospital, em São Francisco, Califórnia, USA. Segundo seu relato, ela teve um misto de sentimentos durante a sua permanência na instituição: enquanto era cercada de cuidados que se valiam da mais alta tecnologia médica, o seu relacionamento, com a equipe de médicos e de enfermagem, era apavorante.

“Nurses hurried in and out of her room without becoming familiar with her as an individual, not to mention familiarizing themselves with her medical chart. She spent hours staring at blank walls, which left her feeling lonely and afraid” (www.planetree.org/welcome.html).

Quando deixou o hospital, Angelica Thieriot decidiu procurar o diretor médico da instituição para lhe falar dos seus anseios de um novo hospital, onde os pacientes poderiam contar com apoio na cura de seus males em todos os níveis e onde pudessem participar de forma ativa na sua recuperação e bem-estar, aprendendo mais sobre os cuidados a eles dispensados. Um conselho consultivo foi criado, contando com a sua direção e, finalmente, em 1985, inspirada nos fundamentos de Hipócrates, a Planetree foi fundada. Seu nome foi escolhido a partir da árvore (*planetree*, plátano) sob a qual Hipócrates, chamado o pai da Medicina, falava a seus alunos, na Grécia antiga. A primeira unidade a aplicar os novos propósitos de assistência médica sob a ótica da Planetree foi um serviço médico-cirúrgico de treze leitos em um grande hospital de São Francisco.

Atualmente, os preceitos do programa *Patient-Centered Care* estão presentes em mais de quarenta centros de saúde dos EUA e Canadá, desde pequenos hospitais rurais de 30 leitos até grandes centros médicos urbanos de 1300 leitos, incluindo serviços de emergência e de cuidados intensivos, internações de longa permanência, ambulatórios e centros médicos públicos que operam em variados cenários, procurando estabelecer adaptações, individualizadas para cada um dos diversos tipos de assistência e de perfil institucional. Segundo seus afiliados, isto vem demonstrar que o chamado *Patient-Centered Care*, ou *Patient-Focused Care*, é hoje uma realidade e que não se trata, apenas, de uma nova filosofia, e sim de uma prática viável, necessária e de baixo custo de implantação, com resultados compensadores.

Os princípios que fundamentam a assistência à saúde do *Patient-Centered Care* baseiam-se na humanização do ambiente e da relação entre o paciente e o corpo clínico, são descritos na página da organização, na Internet, e são os seguintes:

“PLANETREE'S PRINCIPLES OF PATIENT-CENTERED CARE

- *The physical environment is vital to the healing process and should be designed to promote healing and learning as well as patient and family participation in care.*
- *A nurturing environment-supportive, friendly and caring-is an essential component of providing high-quality health care.*
- *Patients have the right to open and honest communication in warm, caring environment.*
- *Patients have the right to access information about all aspects of their health, illness and hospitalization, including reading and writing in their medical records.*
- *All people-patients, their families and the professional staff-play unique and vital roles in the health care team.*
- *Patients have many facets: Physical, emotional, intellectual, spiritual and aesthetic; they are not isolated units but members of families, communities and cultures.*
- *Patients are individuals with rights, responsibilities and choices regarding their own health and lifestyles.*
- *The experience of illness can be a time of personal growth for the patient; it can be used to re-evaluate life goals and values, clarify priorities and discover inner resources”. (HEALTH FACILITIES MANEGEMENT, Novembro, 1994 in. <http://www.planetree.org/welcome.html>).*

A divulgação dos princípios preconizados pela Planetree vem de encontro ao crescente interesse em aplicar os parâmetros do *Patient-Centered Care*, que, inicialmente, dirigia seu foco para o modo como o paciente recebe os cuidados de saúde mas que, atualmente, começa a abordar questões relativas ao ambiente em que estes cuidados são prestados, estabelecendo discussões e pesquisas sobre desenho e projetos para este tipo de ambiente.

4.1.3 O VELHO TORNA-SE NOVO

De acordo com Wayne Ruga (Voelker, 1994), arquiteto fundador do *Center for Health Design*, Martinez, Califórnia, a nova tendência, na verdade, iniciou-se há cerca de 5000 anos atrás. Os primeiros hospitais conhecidos datam dos tempos da antiguidade, com construções que podemos relatar na Grécia e em Roma, com a implantação de termas e templos, onde não se dispunha de tecnologia médica sofisticada, porém, onde as populações buscavam a cura através da purificação e do bem estar, aliando a procura pelo tratamento das enfermidades do corpo com o enaltecimento do espírito e da alma. Segundo o arquiteto, esquecemos estes valores em nossa era industrial.

Quando empreendemos a pesquisa a respeito do surgimento do hospital nos deparamos com a questão de sua arquitetura pontuando a preocupação com a administração de cuidados, aos que necessitam de assistência, desde os mais remotos tempos da História. A partir do artigo de Antunes (1989), que preconiza o surgimento da “geografia hospitalar” como uma nova disciplina, que enfoca o estudo das instituições de atenção à doença, observamos a preocupação com a implantação e a formatação destes espaços, no sentido de proporcionar adequada ambientação para as atividades desenvolvidas na prestação de cuidados à saúde.

“Muito antes que a medicina, a arquitetura foi a primeira arte a ocupar-se do hospital. A idéia de que o doente necessita de cuidados e abrigo é anterior à possibilidade de lhe dispensar tratamento médico. E todas as cidades, em todas as épocas, mobilizaram-se para prover esta necessidade. Templos, conventos e mosteiros foram as primeiras instituições a recolher doentes e providenciar-lhes atenções especiais, como no culto a Asclépio na Grécia Antiga.” (ANTUNES, 1989, p. 227/228).

Neste contexto, observamos o hospital como o espaço pleno de simbologia e significado, como edifício destacado na malha urbana, onde os enfermos têm acolhimento, e, ao lado de acervo monumental de documentos, privilegia a prática do saber médico e a produção de conhecimentos humanos em geral. A proposta destas estruturas era a de dispensar cuidados ao corpo e à alma dos indivíduos, com a construção de termas, templos e espaços para a meditação e a prece, junto aos oráculos e aos espaços de acolhimento de peregrinos e doentes.

Podemos citar como exemplo o conjunto termal em Tivoli, Florença, Itália, chamado de Grandes Termas, onde observamos a concepção de um espaço monumental, com sua ambientação voltada para o acolhimento e para a cura dos males físicos junto com a proposta de recolhimento, meditação e prece (Figura 4.1).



Fig. 4.1- SCALA, Florence Grandes Termas, Tívoli
Fonte- Microsoft Encarta Encyclopedia, 1993, 2001.

“Os restos da sala da helio-lareira, dentro do conjunto termal mais importante da Vila Adriana, chamado de “Grandes Termas”, que abrangia também um *calidarium*, um *frigidarium* e uma ampla piscina porticada. A sala da helio-lareira constituía-se em um vasto edifício de forma circular coberto por uma cúpula, com um grande tanque e amplas janelas, que permitiam o aquecimento do ambiente através da luz solar, fato do qual deriva seu nome. A presença de caldeiras colocadas ao redor do tanque sugere a hipótese de que se tratasse de um banho turco”.(Fonte-Microsoft Encarta Encyclopedia 1993, 2001).

4.2 PROJETO E IMPLANTAÇÃO

Os projetos hospitalares desenvolvidos atualmente estão impregnados de conceitos de funcionalidade, com espaços estruturados a partir das diversas atividades desenvolvidas em seus ambientes e do estabelecimento de fluxos ideais para o desempenho de suas práticas de assistência e cuidados aos pacientes.

“O hospital, enquanto equipamento social especializado, tem em sua estrutura espacial um sentido de impessoalidade, pois os usuários não podem marcar e personalizar o espaço que utilizam, de forma objetiva. A forma já está estabelecida, não havendo oportunidade para redimensioná-la. No tocante ao universo subjetivo, percebemos o acúmulo de registros que o espaço guarda. Este é um reservatório da dor, sofrimento, dúvidas, angústias e, também, de esperanças e desejo de viver. O sujeito marca e personaliza o espaço do hospital de forma subjetiva, tendo a memória do lugar alicerce na vertente Eros – a vida, a esperança e a cura; e na vertente Tanatos – a morte, a dor e o fim. O hospital se situa em um permanente estado de transformação humana e de transição para dimensões, algumas vezes, desconhecidas” (COSTA, 2001).

O desafio da arquitetura hospitalar é o de dotar estes espaços de conotações de acolhimento e familiaridade para o usuário, dotando a prática médica de um sentido de segurança e confiabilidade ao paciente, visando seu rápido restabelecimento e a minimização do seu sofrimento, finalidade primeira da instituição.



Fig. 4.2- Clovis Didier, 1916, huile sur toile. Démonstration du pansement sur mannequin. Fonte-www.aphp.fr, 2003.

Para estabelecer critérios a serem priorizados nos projetos e implantação dos EAS, podemos citar a conceituação apontada pelo Dr. Antonio Joaquim Werneck de Castro, na palestra proferida em um dos encontros mensais dos associados da ABDEH (Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar), no Rio de Janeiro, no dia 27 de março de 2003, onde êle aponta os principais conceitos que devem nortear os arquitetos para a concepção destes espaços:

4.2.1 Acolhimento e Informatização

Podemos apontar, a partir da análise das estruturas estudadas e, com base na evolução do edifício hospitalar através da história, que o ambiente de entrada do hospital se configura num item de fundamental importância na concepção e implantação das instituições de assistência à saúde. Com efeito, podemos imaginar a carga de elementos simbólicos que estão contidos no primeiro contato do paciente com a unidade que êle procura para dispensar o socorro e o alívio dos seus males.

“Situada na intersecção do hospital com a cidade, a portaria delimita seu ambiente interno com o entorno social, e não apenas do ponto de vista espacial. Ali os pacientes são triados e encaminhados às unidades de pronto-atendimento, à internação ou ao ambulatório. Ali são preenchidos os papéis necessários à efetivação do ato médico. Ali são prestadas as contas dos serviços prestados, e se procura acertá-las. A portaria é um lugar tão importante, que há quem a chame de “coração” do hospital”.(ANTUNES, 1989).



Fig. 4.3-Acesso do Hospital Sarah Rio, de João Filgueiras Lima-

Fonte- www.redesarah.br

Com efeito, podemos dizer que o edifício hospitalar guarda uma relação particular com o desenho urbano, destacando-se do entorno da sua implantação, enquanto estrutura diferenciada, especial, marcada por aspectos de acolhimento, segurança, confiabilidade e eficiência, determinando uma estrutura predial que confere uma expectativa de exercício de cidadania e de atendimento aos direitos de quem o procura.



Fig. 4.4- Fachada do bloco de flats voltada para a rua Maestro Cardim. Aflalo & Gasperini Arquitetos Central Towers Paulista, São Paulo-SP. Foto Nelson Kon.

Fonte- Reportagem de Éride Moura- Revista Projeto Design, Edição 271, Setembro, 2002.

“O acolhimento do sujeito no espaço do hospital segue como um rito de passagem, onde ele passa de um estado de dúvida para um estado de certeza, mesmo que seja o da própria morte. A expectativa dessa jornada faz com que o espaço hospitalar se torne um grande labirinto – um caminho de grandes recortes e distanciamentos – e, na maioria das vezes, o é, gerando uma imagem para o usuário de um lugar de incertezas, medos e, também, de coragem. A coragem faz parte de uma aventura a ser vivida, desconstruindo valores e ampliando seu olhar sobre o mundo” (COSTA, 2001).

Deste modo, o planejamento dos hospitais precisa estabelecer, ao lado da adequação funcionalista de seus espaços e fluxos, dados de luz, cor, textura, conforto acústico e climático, incorporando também um senso estético que remeta a reminiscências de acolhimento, segurança e conforto psicológico.

“Do ponto de vista do hospital, a portaria representa um primeiro teste a respeito da aceitação dos pacientes quanto às normas da casa. Daí sua eminente conotação simbólica: desse teste se deduz a possibilidade de efetivar a bom termo todas as etapas do ato médico. Do ponto de vista do paciente, entretanto, o relevo da portaria reside no fato de ela marcar, para ele, o princípio de sua desventura hospitalar. Como se já não tivesse bastantes preocupações, é também ali que ele começa a enfrentar os tiranetes vestidos de branco” (ANTUNES, 1989).

Segundo o Dr. Antonio Joaquim Weneck de Castro, o que os profissionais de saúde chamavam de “Acesso”, na década de 1980, e de “Porta de Entrada” durante a década de 1990, apenas para referenciar ao longo do tempo esta preocupação com a entrada do paciente na unidade, hoje está sendo tratado como verdadeiro “Acolhimento”. Esta terminologia visa trazer para o espaço de entrada do paciente, nas unidades, uma forte conotação de humanização e acolhida. Sem dúvida, o impacto da novidade, para a arquitetura hospitalar, é enorme e exige dos profissionais, a concepção de projetos que contenham um cuidado especial com os ambientes onde se desenvolve o primeiro contato do paciente com a instituição.

As questões referentes à matrícula do usuário no estabelecimento, a obtenção de informações para a população, no sentido de orientar o seu caminho dentro da unidade, em busca do atendimento específico, a triagem dos agravos para o seu correto encaminhamento aos serviços correspondentes, tudo isso deve ser levado em conta, pelo arquiteto, ao implantar e organizar a distribuição dos setores e circulações.

Na concepção arquitetônica das “Portas de Entrada” das unidades de emergência no Rio de Janeiro, a área de acolhimento é de fundamental importância e deve receber tratamento especial, no projeto de arquitetura. É necessário dotar o ambiente de itens de conforto ambiental e de racionalização dos espaços, para que o recebimento e o encaminhamento dos usuários seja agilizado, sem esquecer de agregar aos espaços de Espera, todo o tipo de facilidade possível, para amenizar as, geralmente longas, horas de permanência da população nestes ambientes.



Fig. 4.5- Recitais de piano no hall de entrada do Hospital Santa Catarina, São Paulo, SP.

Foto de Max G. Pinto.

Fonte- Revista Isto É, nº 1613, 25 de agosto de 2000.

“Conforto para pacientes também é a filosofia do Hospital Santa Catarina, de São Paulo. A UTI adulta foi reaberta na semana passada em novos tons. Com psicólogos para atender doentes e visitantes, a unidade foi pintada de azul claro e areia. As cores foram escolhidas de acordo com os princípios da cromoterapia e teriam a propriedade de tranquilizar as pessoas. “Fizemos o mesmo na UTI pediátrica, com bons resultados”, conta o gerente administrativo Valteci Vicentino da Silva. Pode-se conferir o ambiente mais aconchegante desde a entrada da instituição, onde há um piano de cauda. No hall acontecem apresentações de música popular e erudita. “A instituição é mantida por uma entidade religiosa que procura aprimorar o relacionamento humano no hospital”, emenda” (Fonte- Reportagem de Celina Cortês para a Revista Isto É, nº 1613, 25 de agosto de 2000).



Fig. 4.6- Balcão de Recepção. Hospital do Coração, São Paulo, SP.

Fonte- www.hcor.com.br



*Fig. 4.7- Recepção do Pronto Socorro Amil, Barueri, SP.
Fonte- Revista Projeto, nº 262, dezembro, 2001.*



*Fig. 4.8- Recepção do Serviço de Hemodinâmica.
Casa de Saúde São José, Rio de Janeiro.
Fonte- www.casadesaudesaojose.com.br*



*Fig. 4.9- Recepção e Espera do Hospital Santa Engracia. Monterrey, Nuevo Leon, Mexico.
Projeto de HDR Incorporation USA.
Fonte- www.hdrinc.com.*



*Fig. 4.10- Recepção e Espera. Advocate Christ Medical Center Imaging Center Oak Lawn, Illinois
Fonte- www.hdrinc.com.*

Os novos EAS devem prever, também, em seus projetos, a total informatização de seus serviços. Com efeito, a partir da idéia da futura implantação do cartão SUS, onde, através de um cartão magnético, o atendente poderá acessar toda a história clínica do paciente, agilizando o seu atendimento e o agendamento para procedimentos complementares, em qualquer instituição, situada em qualquer ponto do país. O projeto do cartão SUS tem, também, a propriedade de mudar o comportamento do paciente, em relação ao seu agravo, conferindo cidadania à sua relação com os serviços públicos de atenção à saúde, e a administração pelo próprio doente, do seu estado de saúde e dos procedimentos necessários à sua manutenção.



*Fig. 4.11- Informatização na Central de Regulação da rede hospitalar de Paris, França.
Fonte- www.ap-hop.paris.fr.*

A atenção com a disponibilização da rede de informações, nas unidades, confere às mesmas, segundo o Dr. Werneck, a capacidade de reconhecer a pessoa, em toda a sua história de saúde, como cidadão.

“Ao diferenciar nas pessoas o ser político de seu corpo biológico, o hospital assesta um dos limites da definição de cidadania, e se institui enquanto espaço fronteiro ao direito de seu pleno exercício. A condição de exterioridade do hospital em relação à vida social pode ou, ao menos, pôde ser também caracterizada a partir do ponto de vista da geografia do traçado urbano” (ANTUNES, 1989).

A informatização total dos EAS confere, ainda, agilidade e eficiência à sua gestão, o estabelecimento da análise e do controle dos indicadores epidemiológicos, pela direção da unidade, e a possibilidade da integração do hospital com a Rede Nacional de Informações de Saúde –RNIS– consolidando os números da saúde e referenciando-os no espaço e tempo, para embasar programas e ações de prevenção e promoção da saúde da população.

Finalmente, as facilidades para a implantação de transmissão de dados, através de redes de computadores, nos EAS, implementam o estabelecimento e o desenvolvimento de ações de Telemedicina, conferindo à unidade, a capacidade de acessar estudos de casos, conferências e consultas a procedimentos, em todo o mundo, através de convênios e parcerias com instituições de saúde, médicos e pesquisadores de todas as procedências.



Fig. 4.12- Recepção no SPA do Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Fonte- Espaço Saúde, 2003.

A arquitetura hospitalar deve prever facilidades na concepção dos projetos, para a distribuição de pontos de informática, redes, instalação de servidores, pontos de telefonia e de rede de cabos, com flexibilidade na sua implantação, agilidade nas mudanças e ampliações dos terminais e a criação de *shafts*, prumadas, pisos técnicos, canaletas e tubulações de passagem até os pontos finais de conexão. A partir destes conceitos, o arquiteto pode estabelecer a conexão da unidade com as mais recentes descobertas da pesquisa médica, além de realizar múltiplos diagnósticos e consultas à unidades, em qualquer ponto do planeta.

A capacidade da distribuição de salas e boxes para a Triagem dos pacientes, assim como a sua relação com as circulações para a distribuição dos fluxos de pessoas, em direção aos diversos setores da unidade, deve ser abordada com especial cuidado, quando se desenha a chamada Pequena Emergência ou o SPA- Serviço de Pronto Atendimento. Este setor da Emergência deve estar capacitado a atender os agravos considerados de urgência e de emergência de baixa complexidade, assim como ser concebido para agilizar o encaminhamento dos pacientes, não só aos consultórios e serviços de apoio ao diagnóstico, como também a um fluxo de saída facilitado, capaz de separar o caminho de quem deixa a instituição, do grande fluxo de pessoas à sua entrada.



Fig. 4.13- Recepção e Registro, Hospital do Coração, São Paulo, SP.

Fonte- www.hcor.com.br

“A **circulação** é outro ponto fundamental. Para (Jarbas) Karman, os espaços devem ser hierarquizados, com fluxos segregados para público, equipes e serviços, de modo a agilizar o trabalho dos funcionários e **evitar riscos de infecção**. O posto de atendimento de cada andar, exemplifica ele, deve ficar o mais próximo possível dos pacientes que requerem maiores cuidados: “Quanto menor o percurso, mais rápido o atendimento”. (Fonte- Reportagem de Nanci Corbioli, Revista Projeto, nº 248, outubro, 2000).

Os projetos dos hospitais devem incorporar, no desenho das circulações, largura adequada para atender à grande demanda de fluxo de pessoas, macas e corpo clínico e, como item fundamental, uma sinalização adequada para a orientação e distribuição de pacientes e seu encaminhamento aos diversos setores.



*Fig. 4.14- Corredor: iluminação com néon no alto das divisórias e nos balizadores da circulação.
Pronto Socorro Amil, Barueri, São Paulo. Projeto de Edu Domingues, iluminação de Senzi & Godoy.
Foto de Carlos Kipnis.*

Fonte- Revista Projeto Design, nº 262, dezembro, 2001.



*Figs. 4.15 e 4.16- Aspectos das circulações da Pediatria.
Hospital do Coração, São Paulo, SP.*

Fonte- www.hcor.com.br.

“A lógica médica que ordena o ambiente hospitalar impõe uma série de barreiras e acessos diferenciais, dirigindo o fluxo de todos que ali adentram. Alguns preceitos da divisão funcional dos blocos e andares que compõem um hospital são transparentes e, pode-se mesmo dizer, louváveis. Tentam, por exemplo, afastar ao máximo os locais como as salas cirúrgicas e os berçários, onde a susceptibilidade a infecções é mais acentuada, das seções que assistem aos portadores de moléstias contagiosas. Em outros casos, no entanto, o mesmo não poderia ser dito. Os subterfúgios empregados para ocultar a trajetória que precisam fazer os mortos percorrer, e a preocupação em dispor as salas de velório em locais de acesso separado, são exemplos de como as razões médicas podem reforçar os estigmas sociais” (ANTUNES, 1989).



Fig. 4.17- Sala de Cirurgia.

Fonte- www.hdrinc.com.

4.2.2 Atendimento pré-hospitalar

O atendimento pré-hospitalar tem sua importância cada vez mais ressaltada, no atendimento a casos de emergência. Como já vimos anteriormente, ao longo da história do atendimento de emergência, na cidade do Rio de Janeiro, a presença deste tipo de atendimento sempre se caracterizou numa grande preocupação de gestores e sanitaristas, procurando disponibilizar transporte adequado e atendimento imediato a pacientes acidentados em via pública.

De fato, o atendimento ao trauma e acidentes assistiu à implantação das ambulâncias da Assistência e à circulação dos bondes-ambulância, na cidade. Atualmente, verificamos a enorme complexidade dos automóveis equipados para o transporte de pacientes, com destaque para as ambulâncias com serviços de cuidados intensivos e manutenção da vida.

A partir do século XX, as aeronaves vêm se juntar a este tipo de transporte, com aviões equipados para o transporte de urgência, a pacientes que necessitam de cuidados especiais de deslocamento e agilidade nos deslocamentos. E, sem dúvida, o papel dos helicópteros providos de UTI, no socorro de emergência, é de fundamental importância para salvar vidas, reduzindo o tempo de transporte da vítima até o centro de medicina mais próximo do local da ocorrência.

O Dr. Antonio Werneck aponta a importância do atendimento pré-hospitalar na medicina do futuro, com a redução, cada vez mais acentuada, da prestação de atendimento de emergência à população: “quando há uma ocorrência grave, a população procura atendimento através das ambulâncias do grupamento do Corpo de Bombeiros- GSE- que todo o mundo sabe que tem um serviço exemplar. Todos sabem que é só ligar para 192, que o atendimento é agilizado”.

Os novos projetos arquitetônicos para hospitais de emergência devem ter em mente, a concepção de espaços que possam agregar e dar a continuidade desejada ao atendimento pré-hospitalar, com agilidade e adequação. Isto significa a criação de novas estruturas e ambientes para abrigar os serviços de ligação com os diversos meios de transporte de pacientes, usados pelo sistema de saúde e, mesmo, a sua ampliação ou a capacidade de incorporação de novas formas de veículos, para este tipo de atendimento.

Para o arquiteto, a consolidação e o fortalecimento do atendimento pré-hospitalar vai exigir a inclusão de helipontos, dotados de conforto e facilidade de acesso, assim como agilidade na sua ligação com as Salas de Trauma e de Emergência, com Centros Cirúrgicos e Unidades de Tratamento Intensivo, dotando as unidades de facilidades no transporte, geralmente vertical, desses pacientes. Certamente, a implantação dos helipontos, causa impacto nos projetos de estrutura dos hospitais, exigindo especial cuidado na sua concepção, implantação e modulação. Por outro lado, as questões ligadas ao tráfego de aeronaves vão exigir, do arquiteto, conhecimentos específicos no que se refere às características particulares que o assunto requer.



Fig. 4.18- Heliponto do Hospital do Coração, São Paulo.

Fonte- www.hcor.com.br

Outro aspecto de importância, para o apoio ao atendimento pré-hospitalar de emergência, é a área de chegada dos pacientes na Grande Emergência. Os ambientes para a recepção de ambulâncias e viaturas que trazem pacientes graves, às unidades de saúde, devem ser providos de conceitos de facilitação dos fluxos de entrada e atendimento rápido e urgente, tornando, deste modo, a implantação desta arquitetura, uma co-participante na manutenção e no salvamento de vidas. Como exemplo de abordagem, para esta área, podemos citar os programas arquitetônicos, cada vez mais detalhados para prestar este tipo de atendimento, como observamos nos novos projetos para o Rio de Janeiro.

As recomendações, em relação aos programas, incluem:

- separação dos fluxos de entrada das áreas da Grande Emergência, das áreas do Serviço de Pronto Atendimento, com total separação da Pediatria, que deve receber um tratamento especial e diferenciado, nos seus ambientes;
- facilidades no acesso à Grande Emergência como, áreas para estacionamento e higienização de macas e cadeiras de rodas, ambiente de higienização de pacientes, apoio a acompanhantes, como ambientes de Espera, Cantina, telefone público, Recepção, fácil acesso ao Serviço Social, guarda de pertences;
- agilidade nos fluxos de entrada da Emergência para os Serviços de Imagem, Centro Cirúrgico, Serviço de Ortopedia, serviços de funerária (com sua concessão controlada pela administração pública), e circulação facilitada para as Salas de Observação;
- facilidades de rede lógica para registro de pacientes, salas de conferências de telemedicina, e comunicação com as unidades móveis, de atendimento pré-hospitalar, preparando, na unidade central, a recepção do paciente que chegará à ela, através de transmissão de dados, pela informática;
- serviços de apoio como estacionamento para ambulâncias, apoio para motoristas, serviço policial, telecomunicações, telefonia, e seus fluxos com os serviços diversos;
- facilidades diferenciadas para a Pediatria, com a facilitação do fluxo de acompanhantes a crianças a serem atendidas nestes espaços (Fonte- Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro).

Mais uma vez a informatização da unidade é de importância capital, para que os diversos fluxos sejam agilizados e a urgência no atendimento seja conseguida. Podemos citar documento apresentado no MIE, 14º Congresso Internacional- Medical Informatics Europe- em Porto Carras, Grécia, em 1997, que aponta estratégia de implantação de serviço de atendimento pré-hospitalar, totalmente informatizado, ligando a equipe de assistência, no local da ocorrência e durante o deslocamento rumo à unidade, com a equipe sediada no centro médico, que aguarda a chegada do paciente, antecipando convenientemente o preparo dos procedimentos necessários. Este trabalho apresenta uma nova metodologia para estabelecer a informatização do atendimento pré-hospitalar com o centro médico referenciado:

“The scenarios described (...) imply the involvement of four actors, namely the Health Emergency Co-ordination Centre (HECC), its mobile Units (MU), and the partners at the co-operating hospital and Primary Care Centres (PCC)”. (LEISCH, 1997).

O projeto conta com o transporte de pacientes politraumatizados, em unidades móveis, ligadas a equipe de acolhimento, no hospital – *Trauma Transportation Telematics (TTT)*- transmitindo sinais vitais, fotografias e gráficos do atendimento, até a chegada ao centro de saúde; formaliza protocolos médicos, implementando teleconsultas e telediagnósticos combinados com a experiência da equipe e a história do paciente em unidades remotas de atendimento primário– *Real Time Teleconsultation (RTT)*- , através de um cartão do paciente; agiliza a transferência do paciente entre hospitais, quando necessária, enviando os dados da ocorrência, exames, história médica e o diagnóstico do atendimento, para outras unidades- *Inter Hospital Transportation Teleconsultation (ITT)*.



“Inaugurado no início de 2002, o conjunto Central Towers Paulista reúne edificações de uso misto numa área lindeira à av. 23 de Maio, no centro de São Paulo. O terreno íngreme em que foi construído exigiu a implantação em dois blocos, com resultado que surpreende pela harmonia e integração. A idéia do projeto foi criar, sob o conceito de uso misto, um conjunto destinado ao segmento médico, que reunisse flats, consultórios, hospital-dia, restaurante e centro de convenções”.(Fonte- Reportagem de Éride Moura. Revista Projeto Design, nº 271, setembro, 2002).

Fig. 4.19- O bloco de flats, com o heliponto no topo do conjunto Central Towers Paulista. Projeto de Aflalo & Gasperini Arquitetos, São Paulo-SP. Foto de Nelson Kon. Fonte- Revista Projeto Design, nº 271, setembro, 2002.

Para ilustrar a procura de novas soluções no atendimento pré-hospitalar, encontramos artigo da Reuters, de julho de 2002, que apresenta uma nova experiência neste tipo de assistência, com a implantação, em Londres, da bicicleta-ambulância, para agilizar a chegada de paramédicos aos locais das ocorrências de pequenas emergências em vias públicas.

Bicicleta-ambulância começa a circular em Londres 09h32 - 24/07/2002

LONDRES (Reuters) – “Uma frota de seis bicicletas-ambulância, equipadas com faróis azuis, sirenes e defibriladores cardíacos, começou a circular nas ruas de Londres, nesta quarta-feira. Invenção do ex-campeão da prova de ciclismo British BMX Tom Lynch, o veículo de duas rodas será enviado para atender a chamadas de emergência no centro de Londres ao mesmo tempo que as ambulâncias tradicionais, de acordo com o serviço de ambulância. Experiências conduzidas em 2000 por Lynch revelaram que as bicicletas tendiam a chegar primeiro em 88 por cento dos casos. Em um terço das chamadas, o condutor da bicicleta-ambulância também conseguiu cuidar do paciente no local e cancelar a vinda de outras ambulâncias, liberando-as para casos mais graves. "Bicicletas são a maneira ideal de enfrentar o trânsito lento ou parado e o tratamento médico pode ser prestado rapidamente, antes de outras formas de ajuda chegarem", disse Lynch. As bicicletas-ambulância serão usadas primeiramente por pacientes em condições classificadas como não-graves e sem risco de vida, afirmou o serviço de ambulância”. (Fonte- Reuters in UOL Notícias, 24/7/2002).



Fig. 4.20- Foto da bicicleta-ambulância.

Fonte- Reuters in UOL notícias, 24/7/2002.

Com o cenário descrito, as estruturas hospitalares devem se preparar para a incorporação tecnológica e o desenvolvimento da informática, prevendo redes e ambientes que possam ser usados, sem restrição, como apoio à ligação do atendimento pré-hospitalar, que, cada vez mais, torna-se um item indispensável na formatação de uma instituição de saúde ou, mesmo, de todo um sistema de saúde. As salas para telemedicina, teleconsultas e telediagnóstico, devem facilitar a circulação rápida e eficiente da informação, em todos os níveis, com atenção especial para a sua implantação em serviços de emergência e de cuidados intensivos.



Fig. 4.21- Iluminação azul valoriza a estrutura metálica do heliponto do Pronto Socorro Amil. Barueri, São Paulo. Projeto luminotécnico de Senzi & Godoy. Fonte- Revista Projeto Design, n° 262, dezembro, 2001.

4.2.3 Ambiente multiprofissional

A partir da desordenada e insuficiente distribuição de serviços de atenção básica à saúde, no município do Rio de Janeiro, assistimos a superlotação dos serviços de emergência nas unidades hospitalares, procurados pela população que não quer, ou não pode, esperar pelo agendamento de consultas que, na maior parte dos casos, não se caracterizam como emergências e que deixaram de ser atendidas pelas instituições de cuidados primários de saúde.

Neste cenário, vemos a gradativa substituição dos atendimentos de perfil ambulatorial pelo SPA- Serviço de Pronto Socorro- das unidades hospitalares. Este tipo de atendimento, chamado em alguns casos de Pequena Emergência, pode ser considerado como um dos principais complicadores nas “Portas de Entrada” das instituições, reunindo em suas áreas de recepção e espera, as mais diversas patologias e conformando, de maneira intrincada, os espaços de assistência. Esta diversidade de perfis de doentes exige que se destine um número cada vez maior de consultórios de especialidades aos espaços hospitalares.

Por outro lado, a universalização da assistência à saúde confere aos pacientes uma responsabilidade maior em relação aos seus agravos e configura o espaço hospitalar em lugar para o exercício de sua cidadania. Todos estes fatores começam a mudar o comportamento da população em relação às questões de sua saúde fazendo com que ela comece a fazer valer seu direito ao atendimento ágil, eficiente e integral que procura nos hospitais.

Tudo isso traz mudanças nos espaços das Emergências das unidades cariocas, exigindo maior complexidade e detalhamento na discussão e no estabelecimento dos programas arquitetônicos das áreas de atendimento e de apoio dos serviços de pronto atendimento. Podemos citar novos espaços para as salas da chamada da Grande Emergência, assim como para as do SPA. As questões relativas à concepção destes espaços exigem, também, um aporte, cada vez maior e mais complexo, de equipamentos médicos para procedimentos e para apoio ao diagnóstico, resultando em maior complexidade na oferta de infra-estrutura predial, com seus sistemas de alimentação elétrica de maior porte, tratamentos adequados de água, cuidados com efluentes e descarte de resíduos e sistemas de geração de energia.

A nova conformação no atendimento à saúde começa a apontar para a necessidade de prover as estruturas hospitalares de uma conceituação multiprofissional, agregando diversos programas de saúde em suas dependências. Na verdade, com a mencionada procura por serviços de perfil, muitas vezes, ambulatorial, é necessário um estudo criterioso no programa arquitetônico das Emergências, para que possam abrigar estes novos serviços que, anteriormente, eram do âmbito apenas ambulatorial.

Podemos destacar, para os espaços da Grande Emergência, a subdivisão das salas de atendimento imediato. Algumas unidades, que haviam implantado, salas especiais para a ressuscitação e manutenção da vida, em atendimentos a politraumatizados ou acidentados, agora solicitam, nos seus projetos de reforma e readequação de espaços, a multiplicação destas salas. Temos, então, nos novos programas, salas distintas para Trauma, Ressuscitação e Dor Torácica. Estas são salas dotadas de todos os recursos para os procedimentos de manutenção da vida como os chamados “carrinhos de anestesia”, “carrinhos de parada”, monitores, pontos de gases medicinais, lavabos para a equipe e espaços de higienização para pacientes, configurando ambientes preparados para todo o qualquer tipo de intervenção necessária no intuito de salvar vidas. Em geral estes espaços são dimensionados para o atendimento simultâneo de dois pacientes.



*Fig. 4.22- Sala de Emergência. Pronto Socorro Amil, Barueri, São Paulo
Projeto de Edu Domingues; luminotécnica de Senzi & Godoy. Foto de Carlos Kipnis.
Fonte- Revista Projeto Design, n° 262, dezembro, 2001.*

Os ambientes de Observação, para um tempo de permanência até, no máximo 24 horas, cada vez se revestem de maior importância, agregando itens de humanização aos espaços, com a presença de amplas janelas, cores diversas nas paredes, aparato tecnológico mais atualizado, com o uso de réguas de cabeceira de leito para a instalação de pontos de gases medicinais, luzes dimerizáveis, pota-soros, dispositivos de chamada de enfermagem e diversos acessórios para tornar a permanência do paciente mais amena.



Fig. 4.23- Sala de Emergência. Hospital do Coração, São Paulo, SP.

Fonte- www.hcor.com.br

As áreas de Observação das Emergências têm sido divididas em espaços diferenciados, a partir da gravidade do estado e da complexidade do atendimento destes pacientes. Observamos que, ao lado da implantação das Salas de Observação, para o tratamento e supervisão de pacientes que requerem cuidados de pequena complexidade, os hospitais vêm instalando verdadeiras UTIs em seus ambientes de Observação, para o tratamento de pacientes graves, que necessitam de monitoramento e supervisão mais detalhada e cuidadosa.

Isto tem configurado, no desenho destas estruturas, uma “novidade”, que vem sendo denominada UPG- Unidade de Pacientes Graves. Na verdade, esta estrutura aparece a partir da dificuldade das instituições, em conseguir uma vaga na UTI do hospital, para certo tipo de paciente, ou a sua transferência para outra unidade. Seja pela falta de leitos de cuidados intensivos na cidade ou pela dificuldade em agilizar o restabelecimento destes doentes, o fato é que isto acaba duplicando os

espaços de Observação, com a criação de leitos especiais, que requerem maior apoio técnico e logístico, causando impacto na demanda de áreas para a instalação dos serviços de emergência.

Com a instalação das UPGs, nas áreas de Observação, podemos destacar algumas diferenças no tratamento arquitetônico destes espaços, em relação às Salas de Observação. A concepção de uma UPG assemelha-se à de um CTI, contando com Posto de Enfermagem para a supervisão dos pacientes, Sala de Serviços, Expurgo, Depósito, estantes e pontos de instalação para equipamentos de monitorização, pontos de gases medicinais e todo o apoio tecnológico existente num ambiente de cuidados intensivos.

Por sua vez, existem solicitações do corpo clínico para que os projetos para as Salas de Observação, propriamente ditas, disponham de espaços mais humanizados, já que contam com pacientes que exigem atenções menos complexas no seu atendimento. Estes ambientes tendem a ser desenhados e concebidos contando com grandes cadeiras reclináveis, distribuídas em boxes individualizados ou não, com relativa privacidade, supervisionados por um Posto de Enfermagem Central, porém admitindo uma circulação mais intensa do corpo clínico através dos doentes, que devem esperar uma curta permanência na instituição e uma rápida recuperação do seu agravo.



Fig. 4.24- Sala de Emergência, com cadeiras reclináveis.

Fonte- LEEFUNG, 2000.

No entanto, é no ambiente dos SPA que as mudanças e o aumento nas exigências do programa arquitetônico são mais evidentes. O Dr. Antonio Werneck recomenda que estes serviços agreguem o maior número e diversidade possível de programas de saúde, no sentido de disponibilizar à população o atendimento adequado. Os espaços destinados à consulta médica devem agregar diversos consultórios indiferenciados, logo após as áreas destinadas à Triagem. Estes consultórios, mediante um correto estudo de sua ocupação e destinação, vão otimizar a cobertura aos agravos da população, dinamizando e ampliando a oferta de serviços de saúde de urgência e emergência de baixa complexidade. Junto a estes espaços, consultórios de Ginecologia, dotados de sanitários próprios do serviço, devem constar do programa de arquitetura, assim como os consultórios de Pediatria, com Esperas e setores específicos, acompanhados de salas de recreação e atendimento diferenciado.



Fig. 4.25- Sala de recreação da Pediatria. Hospital do Coração, São Paulo, SP.

Fonte- www.hcor.com.br.

A nova concepção das Emergências, notadamente as de baixa e média complexidade devem contar com as Salas de Inaloterapia, Reidratação Oral e Hipodermia, próximas às áreas de grande circulação do público porém instaladas em espaços com adequado conforto e privacidade para a permanência dos usuários. A Pediatria necessita de separação e tratamento específico destes espaços, para o acolhimento adequado de crianças e seus acompanhantes.

Com a adoção destes conceitos para o desenho do novo hospital de emergência, a Sala de Curativos reveste-se de prioridade e importância. Com efeito, a sua localização em relação aos caminhos percorridos pelo público, o conforto de seus espaços e a sua adequada exaustão devem receber atenção especial. Algumas unidades desenvolvem projetos específicos para estabelecer um serviço especial que traga uma abordagem mais eficiente para a questão dos curativos

Outra questão presente na discussão do desenho de unidades de emergência é a presença de consultórios específicos e diferenciados na sua conformação. As salas para atendimento de Otorrinolaringologia, Odontologia e Oftalmologia estão presentes em todos os programas para a readequação das unidades estudadas, detalhando e especializando as áreas de atendimento dos Serviços de Pronto Socorro. Evidentemente, no que se refere às Salas de Ortopedia, sua implantação torna-se estratégica, com a desejada proximidade dos serviços às entradas e acessos das unidades e fácil ligação com os Serviços de Imagem, que apoiam os seus diagnósticos.



Fig. 4.26- Consultório odontológico.

Fonte- www.corian.com

A diversidade das demandas das estruturas hospitalares, para o atendimento de urgência e emergência, configura, portanto, espaços multidisciplinares, agregando conceitos de medicina integral à sua concepção, estabelecendo a diferenciação de acessos e circulações, dotando os ambientes de novos aparatos tecnológicos e trazendo uma complexidade maior aos projetos arquitetônicos destinados a este fim.

4.2.4 Promoção da saúde

Este novo modo de conceber a estrutura física dos hospitais de emergência surge no momento em que se discute, cada vez mais no nosso país, as diretrizes do Movimento das Cidades Saudáveis, que preconiza uma nova visão de Saúde, incorporando à idéia de “cura” e de “assistência”, o aspecto de Promoção de Saúde, envolvendo governo e populações nos pré- requisitos para a implantação dos processos que levam a implementação da qualidade de vida.

O conceito de Cidade/ Município Saudável extrapola os conceitos gerais normalmente usados para abordar os problemas de saúde e incorpora uma nova visão, que podemos chamar de **macro função**, trabalhando com parâmetros de qualidade de vida, incorporando indicadores de saneamento, trabalho, segurança, educação, cultura, ecologia e desenvolvimento sustentável para o implemento do índice de desenvolvimento humano das populações.

“Os pré- requisitos básicos para a saúde deste ponto de vista são: a paz, a segurança política e pessoal, (...) de segurança pública (...) a posse da habitação, atendendo à necessidade básica de abrigo, (...) condições de conforto térmico, presença de sanitários com ligações que permitam o destino adequado dos dejetos e outros, (...) recursos renováveis garantidos por uma política agrária e industrial voltada para as necessidades da população e o mercado interno (...); ecossistema preservado e manejado de forma sustentável para que as condições atmosféricas, ar e solo sejam saudáveis e não poluídas (WESTPHAL, 1997).

Nesta conjuntura assistimos às primeiras experiências da implantação do Programa Saúde da Família que, além de estender os cuidados básicos de saúde às mais inacessíveis e carentes comunidades que, via de regra, não têm como chegar aos estabelecimentos de saúde, pretende empreender uma mudança na abordagem da atenção à saúde, implementando ações preventivas no sentido de garantir a qualidade de vida às populações, antes da ocorrência dos agravos e enfermidades.

Em sua concepção original, o PSF foi criado para estabelecer e desenvolver um trabalho mais próximo à população do que os tradicionais serviços de saúde. Visa a execução de serviços de atenção básica à saúde e estender estes cuidados a áreas que nem sempre contavam com este tipo de atenção, através dos agentes comunitários de saúde. Tem como objetivo resolver grande parte dos problemas no local, evitando a procura desnecessária por atendimentos em hospitais.

Como foi idealizado, o PSF inclui as atividades de ministrar cuidados básicos e primários à população. Estas atividades incluem a assistência em clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia, vacinação, cuidados de enfermagem em geral como também atividades educativas de **promoção da saúde** com o atendimento a grupos de gestantes, estímulo ao aleitamento materno, controle de hipertensão, diabetes, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, controle de natalidade e planejamento familiar, hábitos de higiene, nutrição e diversos programas de controle e monitoramento de agravos, de acordo com as características epidemiológicas regionais.

No entanto, o desenho e a implantação do PSF nas grandes metrópoles deve ser redimensionado, a partir do perfil epidemiológico das mesmas, que tendem a incorporar uma gama de características específicas em relação aos agravos de suas populações. Documento elaborado pela Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro aponta para a necessidade de redesenhar e adequar o PSF segundo a diversidade dos problemas encontrados e a desejada integração de áreas diversas no atendimento aos problemas de saúde do município.

“Implantar a Estratégia de Saúde da Família em uma grande cidade como o Rio de Janeiro é um desafio que envolve governo e sociedade. (...) Idealizado inicialmente com o objetivo de cumprir o princípio constitucional do Estado que garante ao cidadão o direito de receber assistência básica de saúde, a estratégia estruturante da Saúde da Família agregou às suas ações o conceito de um novo ciclo da saúde comprometido com a promoção de vida saudável. Esse novo ciclo, fruto de um processo social urbano promotor de relações que estimulem ações intersetoriais, integrando as várias dimensões da vida num processo de desenvolvimento local integrado, humano, sustentável ambiental e economicamente, e solidário, através do emergir de novos conceitos e ações” (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2001).

Apesar de trazer, na sua concepção, o conceito de atenção básica à saúde, no intuito de desafogar os hospitais, o olhar do arquiteto especialista deve se voltar para a diversidade dos problemas de atendimento, apresentados na rede básica de saúde, e agregar as atividades de **promoção da saúde** às estruturas hospitalares de emergência, inserindo nos seus ambientes a flexibilidade pretendida para que sua implantação possa apoiar a difusão dos programas de atenção básica à saúde.

Os conceitos de promoção de saúde devem estar presentes em todos os serviços oferecidos pelos grandes hospitais de emergência, no Rio de Janeiro. No entanto, são as chamadas Pequenas Emergências ou Serviços de Pronto Socorro, que devem sofrer um impacto maior na adoção de parâmetros para o apoio e a implementação das equipes de PSF e da promoção de saúde. Quer seja pela presença de salas específicas para abrigar atividades educativas, quer seja na criação de espaços destinados a atividades de reunião de pacientes com seus orientadores ou na destinação de espaços abertos para o desenvolvimento de atividades físicas, a arquitetura dos EAS deve incorporar e promover as bases de difusão das idéias do movimento das Cidades Saudáveis.

Podemos mencionar, ainda, como cuidados projetuais, a presença de espaços específicos para o atendimento do Serviço Social, Nutricionista, Salas de Espera dotadas de televisão e vídeo, para a exibição de programas de promoção de saúde, a presença de escovários junto aos Serviços de Odontologia e uma atenção especial aos projetos para a Pediatria, no sentido de facilitar as atividades de educação infantil para uma vida mais saudável.



Fig. 4.27- Área de estar no setor de internação da Unimed de Araras-SP, projetada por Bross Consultoria e Arquitetura.

Fonte- Revista Projeto, nº 248, outubro, 2000.

4.3 REFORMAS E AMPLIAÇÕES: A QUESTÃO DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA

A análise do impacto das reformas e ampliações no desenho e concepção de um hospital, assim como da manutenção das facilidades atingidas no seu projeto e construção, nos leva a recomendar a elaboração de um plano diretor para a sua estrutura física, de modo a não descaracterizar a organicidade da primeira implantação do projeto, quando forem implementadas reformas e ampliações necessárias à sua modernização.

Segundo o arquiteto Jarbas Karman, do escritório Hospitais Jarbas Karman Arquitetura e Organização, “hospital é uma obra aberta para poder incorporar os vertiginosos progressos da Medicina” (CORBIOLI, 2000). Seguindo este raciocínio, de acordo com o arquiteto João Carlos Bross, da Bross Consultoria e Arquitetura, a visão de futuro exigida para o desenvolvimento de projetos hospitalares, depende da compreensão do profissional das diversas atividades que ali serão exercidas, analisadas com um olhar para um futuro distante, dotando a concepção original do empreendimento da capacidade de atingir uma vida mais longa. Senão, diz êle, “o resultado é a seqüência de salinhas geralmente sugerida pelo médico ou a colagem de plantas dos projetos publicados em revistas especializadas” (CORBIOLI, 2000).



*Fig. 4.28- O aparato tecnológico da Sala de Osteocirurgia.
Casa de Saúde São José, Rio de Janeiro.
Fonte-www.casadesaudeSaoJose.com.br.*

Ainda segundo Karman, “não é racional demolir para expandir”. Para isso, o arquiteto recomenda que os profissionais considerem como expansíveis as áreas que demandam um possível crescimento futuro, preparando-as para tal, enquanto que os espaços de mais baixa flexibilidade sejam implantados em seus locais definitivos, como por exemplo os Serviços de Raios X:

“É preciso que todo o conjunto acompanhe a expansibilidade e a flexibilidade da planta para se adaptar a diferentes condições de uso. Modulação e previsão de ampliação de instalações de água, esgoto, ar-condicionado, luz e fluidos mecânicos (oxigênio, vácuo, ar comprimido etc.), com facilidade de acesso para a abertura desses novos pontos, são características básicas em qualquer tipo de edifício para a saúde” (CORBIOLI, 2000).



Fig. 4.29- Estrutura tecnológica do serviço de Hemodinâmica.Hospital do Coração, São Paulo, SP.

Fonte- www.hcor.com.br

Para orientação no exercício de projetar estabelecimento de assistência à saúde que incorporem os parâmetros de expansibilidade e flexibilidade, com previsão de futuras ampliações, os arquitetos citados, Jarbas Karman e João Carlos Bross, elaboraram conceitos fundamentais, que devem servir de guia para a elaboração do “hospital do futuro” (CORBIOLI, 2000):

CONCEITOS E ETAPAS DE PROJETOS HOSPITALARES, POR JOÃO CARLOS BROSS:

- 1 Conhecer a atividade-fim do empreendimento.
- 2 Conceituar cada uma das atividades desenvolvidas.
- 3 Esquematização para encadear as atividades, qualitativa e quantitativamente.
- 4 Pesquisar a tecnologia médica necessária.
- 5 Estabelecer o programa operacional.
- 6 Dar início ao programa físico.

CONCEITOS GERAIS PARA O PLANEJAMENTO DE EDIFÍCIOS PARA A SAÚDE, POR JARBAS KARMAN:

- 1 Expansibilidade para atender ao previsto no Plano Diretor.
- 2 Setorização por atividades para dar funcionalidade ao conjunto.
- 3 Flexibilidade para permitir a adaptação a diferentes usos e novas tecnologias.
- 4 Proporcionalidade entre serviços e número de leitos.
- 5 Humanização de espaços.
- 6 Racionalização para agilizar o trabalho dos funcionários.
- 7 Planejamento para o futuro.

Os profissionais dispõem de parâmetros determinados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA- do Ministério da saúde, para embasar o desenho das instituições de assistência à saúde, adequando-as às práticas médicas e ao desenrolar das atividades desenvolvidas nos diversos ambientes que as compõem. Trata-se da Resolução RDC nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002, que substitui a anterior Portaria 1884/94, com as Normas para o projeto de estabelecimentos assistenciais de saúde.

No entanto, as normas e os parâmetros do Ministério da Saúde, não são suficientes para que os projetos atijam a requerida flexibilidade e expansibilidade, capazes de resistir às reformas e ampliações implantadas através do tempo de uso e do passar dos anos. É preciso agregar funcionalidade e racionalidade ao projeto, compatibilizando a complexidade do seu programa ao grau de tecnologia requerido para as atividades que ali serão exercidas. “O desafio está em racionalizar um trabalho com tantos fatores aleatórios, para coordenar os sistemas médico, arquitetônico e técnico”, diz Jarbas Karman (CORBIOLI, 2000).

4.4 CONFORTO AMBIENTAL E HUMANIZAÇÃO

Atualmente a arquitetura hospitalar se depara com um novo desafio que é o de incorporar aos projetos a dimensão do conforto ambiental agregando a dimensão humana aos hospitais, adequando a tecnologia de ponta para o exercício da medicina à visão e anseios do paciente, pesquisando suas aspirações e suas angústias, no sentido de estabelecer adequadas relações psicológicas do indivíduo com o espaço que o acolhe, nestas instituições, como elemento fundamental da desejada cura.

Podemos citar diversos elementos a serem incorporados aos projetos que buscam estabelecer bases para um ambiente adequado às ações de assistência à saúde, com conforto visual e acústico, como iluminação suave, carpetes para a absorção de ruídos, cores suaves e obras de arte para tornar a atmosfera acolhedora e caseira, e a possibilidade de delegar aos pacientes o controle do espaço tais como o controle de luzes, temperatura e facilidades, como televisão, facilmente alcançadas a partir do leito. Os pacientes são encorajados a trazerem, para seus espaços, suas músicas, objetos favoritos e pertences pessoais além de disporem de áreas comunitárias para que seus familiares preparem seus pratos prediletos e disponham de itens do conforto que usufruem em suas casas. O arquiteto lembra, ainda, que os pacientes que tem seu gosto pessoal, por seu cardápio, atendidos, podem ensinar, ao corpo clínico, que sejam educados quanto a bons hábitos alimentares, por exemplo.

“Patients with a penchant for a hot fudge sundae in the middle of the night give the medical staff an extra opportunity to teach about good nutrition and other healthy behaviors, as well specific illnesses, injuries and medication” (VOELKER, 1994).



Fig. 4.30- Bistrô com vista panorâmica para o exterior. Hospital do Coração, São Paulo, SP.

Fonte www.hcor.com.br



Fig. 4.31- Interiores do restaurante implantado no corpo central do conjunto Central Towers Paulista. Projeto de Aflalo & Gasperini Arquitetos, São Paulo, SP. Fonte- Revista Projeto, nº 271, setembro, 2002}.

Outro fator de importância, no desenvolvimento de espaços para a prestação de cuidados de saúde, é o que trata da qualidade do ar. Em artigo publicado no jornal JAMA- *Journal of the American Medical Association*, em 1994, o Dr. James M. Seltzer, diretor médico do *Indoor Hygienic Technologies Corporation*, em San Diego, Califórnia, ressalta a importância da qualidade do ar no interior das unidades de saúde, relacionando o bem estar dos pacientes com os cuidados que a Arquitetura proporciona na concepção da ventilação e da climatização destes ambientes.

"Hospitals are very complex and relative to other types of buildings, often contain occupants that are predisposed or possibly more sensitive to problems associated with indoor air quality." (VOELKER, 1994).

Podemos destacar a importância da climatização, em se tratando de uma cidade como o Rio de Janeiro, onde as altas temperaturas durante quase todo o ano, conferem grande desconforto térmico aos espaços que não dispõem de tratamento adequado da temperatura do ar.

“O ar-condicionado é equipamento essencial, por aspectos de conforto ambiental, técnicos ou terapêuticos - por exemplo, uma unidade de tratamento de queimados requer temperatura constante de 32o C e 95% de umidade relativa do ar -, embora seja também o responsável por muitos casos de infecção hospitalar. Por isso, projeto e manutenção devem buscar a **melhoria da qualidade do ar** para reduzir a incidência de contaminação, pondera (Jarbas) Karman, que também é presidente da Associação Brasileira de Ventilação e Ar Condicionado (Abrava)” (CORBIOLI, 2000).

Além de promover espaços dotados de conforto ambiental, o condicionamento de ar, em unidades hospitalares, proporciona a manutenção da qualidade do ar no interior destas áreas. É importante destacar que a manutenção desta qualidade de ar nas unidades começa na concepção e estruturação do projeto dos EAS. Os sistemas devem ser providos de controle de umidade, especialmente no que diz respeito a espaços para abrigar equipamentos de diagnóstico de imagem e, devem dispor de dispositivos para condicionamento em pressão positiva/negativa, como nas Salas Cirúrgicas, Isolamentos, ambientes de manuseio de determinadas substâncias ou soluções.



Fig. 4.32- Estrutura de Sala Cirúrgica do Hospital do Coração, São Paulo, SP.

Fonte- www.hcor.com.br.

Recomenda-se, ainda, cuidados específicos, quanto à exaustão destes espaços, filtragens absolutas, renovação total do ar, e facilidades para a higienização e manutenção de dutos, análises periódicas de amostras e a implantação de um programa de controle da qualidade do ar ambiental.

“Detectada em meados da década de 70 e cognominada no início da década de 80, a expressão “Síndrome dos Edifícios Doentes”- *Sick Building Syndrome*- refere-se à relação de causa e efeito, entre as condições ambientais observadas em áreas internas, com reduzida renovação de ar e os vários níveis de agressão à saúde de seus ocupantes. (...) A “Síndrome dos Edifícios Doentes” pode ocorrer em edifícios novos ou velhos, com ou sem sistema de ar condicionado e independentemente das atividades pós-ocupacionais desenvolvidas. Para tanto basta que haja um desequilíbrio na interação harmônica de suas principais variáveis de funcionamento: equipamentos e dutos livres de contaminantes, percentual de renovação e exaustão do ar, adequação no sistema de filtragem e, finalmente, não possuir no mobiliário, peças que funcionem como poluentes primários ou que atuem proporcionando acúmulo de elementos biológicos” (SIQUEIRA, 1998).

A qualidade do ar interior, nos hospitais, deve prever também, sempre que possível, a correta e desejada aeração dos ambientes, através do ar exterior, como no exemplo dos hospitais Sarah, por João Filgueiras Lima, conjugando eficiência energética e recursos naturais, à distribuição interna de conforto ambiental.

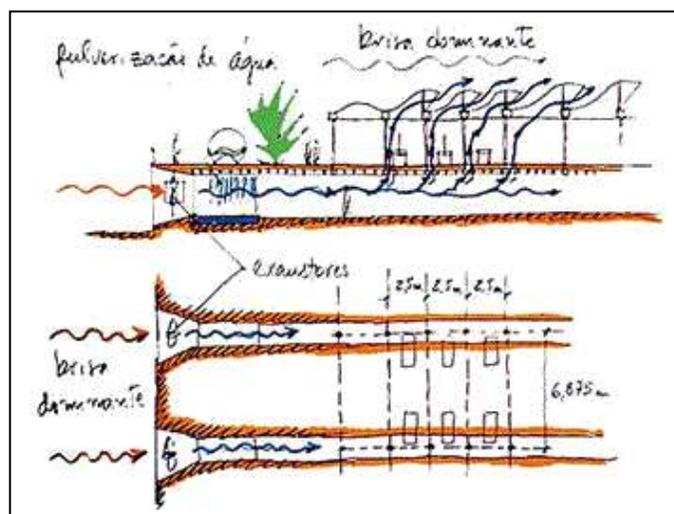


Fig. 4.33- Esquema explicativo do sistema de ventilação do hospital: baixo consumo de energia e ótimo conforto térmico. João Filgueiras Lima para a Rede Sarah

Fonte-. Revista Projeto Design, nº 187, 1997

Para hospitais implantados em cidades de clima quente e úmido, como no Rio de Janeiro, verificamos a importância da climatização dos espaços destinados à recepção e internação, especialmente quando se tratam de espaços para o atendimento de casos de emergência,

procedimentos para o apoio ao diagnóstico e, ainda, para as chamadas “portas de entrada” das instituições, onde a devida climatização pode amenizar a estressante espera por uma vaga ou a demora no atendimento aos pacientes e seus acompanhantes, incorporando um sentido efetivo de acolhimento e receptividade a quem necessita de pronto atendimento ou de permanência mais longa, nestes ambientes.



Fig. 4.34- Hospital do Aparelho Locomotor, Salvador-BA, de João Filgueiras Lima, o Lelé: na foto, a área de espera para atendimento. Foto: TEC.

Fonte- Revista Projeto Design, nº 187, 1997).

“Foi nesse projeto que Lelé utilizou pela primeira vez o sistema de ventilação através de galerias semi-enterradas construídas em concreto armado, que funcionam não só para captar os ventos dominantes e dispor as tubulações do hospital, mas também como fundação”. (Fonte- Revista Projeto Design, nº 187, 1997).

É importante ressaltar como cuidado projetual de suma importância, o uso de amplas janelas e aberturas que proporcionem adequada ventilação e aeração dos ambientes de internação assim como uma ligação com a paisagem e com a luz natural e suas variações ao longo do dia, mantendo uma desejada conexão com a natureza e com o ciclo circádico.



*Fig. 4.35- Leito da unidade de cuidados intensivos. The New York Hospital.
Fonte- LEEFUNG, 2002.*

Sejam os passarinhos, seja a confusão no tráfego ou o paulatino desenvolvimento de uma construção civil, o paciente que olha para a janela vê aquilo que não existe no hospital. Quando vista de longe, apenas consegue identificar sua moldura. Mesmo assim a janela lhe faz lembrar sua liberdade e autonomia, conseguidas a duras penas, e que lhe foram suprimidas na internação. Por menores que elas possam ser nas sociedades contemporâneas, onde variam segundo a posição social de seus integrantes, são sem dúvida ainda menores no interior de um hospital (ANTUNES, 1989).



*Fig. 4.36- Janelas para a paisagem. Unidade de cuidados agudos. The New York Hospital.
Fonte- LEEFUNG, 2002*

Quando a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro desenvolveu o projeto do Hospital Municipal Lourenço Jorge, na Avenida Ayrton Sena, no bairro da Barra da Tijuca, procurou agregar elementos de conforto ambiental e humanização dos ambientes, tais como o uso de cores claras nos seus espaços e a adoção de jardins internos, numa implantação pavilhonar, para possibilitar a integração dos espaços com o ambiente externo e trazer luz natural para as enfermarias, como mostra a foto abaixo.



Fig. 4.37- Vista de jardim interno, no Hospital Municipal Lourenço Jorge, a partir de leito da Unidade de Terapia Intensiva. Foto de Renato Velasco.

Fonte- Revista Isto É, n° 1613, 25 de agosto de 2000.

“No hospital municipal carioca, a estrutura e as cores foram modificadas pelo arquiteto Fábio Bittencourt. As alas do hospital estão de frente para um jardim e as pessoas, estimuladas, se recuperam mais rapidamente. “Isso melhora o estado geral e reduz o tempo médio de internação do doente”, afirma Bittencourt. A área arborizada do Lourenço Jorge trouxe novo ânimo ao carpinteiro Wagner do Nascimento, 43 anos, que se feriu em um acidente de trabalho. Como a maioria da população de baixa renda, ele poderia estar internado num quarto coletivo de um hospital típico da precária rede de saúde pública. “Aqui, o ambiente é menos sofrido”, festeja”. (Celina Cortês, Hospitais Cinco Estrelas, Revista Isto É, 17 de agosto de 2002).

Podemos mencionar alguns outros aspectos para o projeto dos novos espaços de atenção à saúde como, por exemplo, a concepção dos Postos de Enfermagem que são localizados nas áreas de internação de pacientes. Estes devem incorporar signos que remetam a verdadeiras “*welcome stations*” – “estações de boas vindas”, no lugar de se constituírem em barreiras, que desencorajam a comunicação com visitantes e a presença de familiares.



*Fig. 4.38- Posto de Enfermagem. Advocate Trinity Hospital, Chicago, Illinois, USA.
Fonte- www.hdrinc.com.*

Existem projetos de novos hospitais que trazem, na concepção de seus interiores, a preocupação de agregar valores de acolhimento e de humanização de espaços, usando esquemas de cores e distribuição de iluminação, muitas vezes inesperadas e inovadoras, para este tipo de ambientes, como no projeto de luminotécnica da arquiteta Neide Senzi, para o Pronto Socorro da Amil, em Barueri, São Paulo.



Fig. 4.39- Posto de enfermagem do Pronto Socorro da AMIL em Barueri, São Paulo: lâmpadas pendentes do teto e alojadas no rodapé, projeto luminotécnico de Neide Senzi de Senzi & Godoy. Foto de Carlos Kipnis. Fonte- Revista PROJETO DESIGN Edição 262 Dezembro 2001.

“Para a arquiteta **Neide Senzi**, do escritório Senzi & Godoy, que fez a luminotécnica, o trabalho nesse projeto foi atípico. “Conseguimos fazê-lo a quatro mãos com a arquitetura, o que não é comum”. O prédio foi totalmente reformado pelo arquiteto Edu Domingues, que, juntamente com Sidney Biondani, responsável pelo desenvolvimento do layout e da identidade visual, procurou destacar a iluminação do projeto. Desde o início, a idéia era fazer com que a luz participasse de toda a linguagem visual.” (Fonte-reportagem de Éride Moura publicada na Revista **PROJETO DESIGN** Edição 262 Dezembro 2001).

Na verdade, os novos conceitos de desenho de ambientes de saúde enfatizam a presença de visitas e acompanhantes. Neste sentido, o vice-diretor executivo do *Beth Israel Medical Center*, em Nova Iorque, criou o conceito atualmente conhecido como *Cooperative Care*, onde pacientes que precisam de cuidados intensivos são acompanhados, durante toda a sua permanência na instituição de “cuidadores”, os chamados “*care partners*”.

"We've instituted a trick," says Anthony J. Grieco, MD, medical director of the 15-year-old Cooperative Care unit. Patients and their care partners stay in living areas that are staffed only by housekeeping personnel and are separated from the core services area that contains a dining room and clinical, education, and clerical centers. Grieco says patients "feel more independent than they really are, and they become more responsible for sharing in their own care. It's an effective trick." (VOELKER, 1994).



Figs. 4.40 e 4.41- Aspectos da ambientação do Regional Cancer Center of Greensboro. Moses H. Cone Health System. Greensboro, North Carolina. Observa-se a presença da cadeira para o acompanhante na sala de Quimioterapia e espaço de espera para familiares.

Fonte- www.hdrinc.com.

A princípio, estes novos conceitos, podem ser considerados apenas como um incremento na qualidade do atendimento à saúde, o que efetivamente se procura, nestes tempos de qualidade total. No entanto, mais do que isso, existem estudos quantitativos e tabulações que nos levam a enfatizar a concepção de ambientes mais humanizados e dotados de itens de conforto ambiental, para apressar a cura e a alta de pacientes em unidades de saúde.

No que se refere a hospitais infantis, esses conceitos são extremamente importantes e devem ser considerados fundamentais para apressar a cura e diminuir o estresse causado pela estadia dos pequenos pacientes e seus familiares, durante a permanência na instituição de saúde.

“The design of a pediatric healthcare facility involves a comprehensive understanding of what contributes to a child’s healing process, how the caregiver will be able to provide this and what role the family will play in the patient’s healing process. An environment in which both the latest medical systems and architectural technologies combine with the essence of comfort, healing and security is the atmosphere HDR strives for in children’s hospital design” (Fonte-www.hdrinc.com).



Fig. 4.42- Espaços interiores do Mayo Eugenio Litta Children's Hospital. Rochester, Minnesota.

Projeto de HDR Incorporation USA.

Fonte- www.hdrinc.com.

A integração dos pais e da família, num hospital infantil, deve ser encorajada, envolvendo todos no processo de tratamento e cura. É importante, para as crianças atendidas, que seus pais estejam presentes em todas as horas. As atividades cotidianas como brincar, ler, ver televisão, fazer as refeições e dormir junto a seus filhos, como seria em suas casas, é de fundamental importância para um hospital infantil. Certamente a concepção da sua arquitetura pode facilitar e oferecer ambientes adequados para estimular e promover a convivência de todos durante a hospitalização.

A identificação das necessidades e aspirações das crianças e da diferença de suas necessidades, em relação aos adultos, é o primeiro passo para que a arquitetura possa estabelecer e adequar estes espaços, compatibilizando a mais atual tecnologia médica com os conceitos de conforto ambiental, segurança e humanização.



*Fig. 4.43- Posto de Enfermagem e Serviços de um hospital pediátrico.
University of Wisconsin Hospitals and Clinics Madison, Wisconsin.
Fonte- www.hdrinc.com.*

Podemos citar pesquisa realizada no *Memorial Hospital*, em South Bend, Indiana, USA, pelo Dr. Robert D. White, diretor do *Regional Newborn Program*, desta instituição, que concluiu que o excesso de iluminação, a alta incidência de ruídos, aliados ao uso de alta tecnologia e ao número excessivo de recém natos nas UTIs neonatais concebidas a partir da década de 1960, não eram os melhores espaços para a cura de bebês.

O Dr. White relata que estudos relacionam o aumento da quantidade de oxigênio dispensado aos recém nascidos com a alta incidência de decibéis nestas unidades. Estudos mostram, ainda, que a exposição de bebês a luzes muito fortes e brilhantes tem relação à incidência de retinopatias e que crianças em recuperação dormem melhor e recuperam-se mais rapidamente quando os ambientes de tratamento contam com luzes dimerizadas e silêncio durante a noite (VOELKER, 1994).

No Brasil, podemos destacar o inegável talento e a dedicação do arquiteto João Filgueiras Lima, no sentido de estabelecer parâmetros e tecnologias apropriadas à nossa realidade e para vencer o permanente desafio da arquitetura em encontrar soluções adequadas ao panorama sócio econômico do nosso país, incorporando conceitos de conforto ambiental e de racionalização do projeto e da construção aos projetos dos hospitais da Rede Sarah, como o exemplo mostrado na foto abaixo.



Fig. 4.44- Detalhe do "shed", do Hospital Sarah Rio de Janeiro, projeto do arquiteto João Filgueiras Lima.

Fonte- www.sarah.com.br.

Segundo o próprio arquiteto, a concepção destes espaços procura estabelecer algumas premissas inovadoras para atender a projetos destes tipos de estabelecimentos e agregar qualidade aos ambientes, humanizando o atendimento aos pacientes e proporcionando grande adaptabilidade à estrutura das unidades, para que possam acompanhar sem problemas o desenvolvimento tecnológico dos equipamentos e dos meios de diagnóstico e terapia. Os conceitos são:

“Flexibilidade e extensibilidade da construção, para atender às mudanças tecnológicas e às ampliações futuras, com a obtenção de espaços flexíveis.

Criação de espaços verdes, proporcionando aos pacientes o acesso fácil a esses ambientes, permitindo a administração de exercícios ao ar livre e como complementação terapêutica.

Flexibilidade das instalações, com o emprego de tubulações visitáveis e facilitando a manutenção e a incorporação tecnológica de instalações.

Iluminação natural e conforto térmico dos ambientes, tornando os espaços amenos e acolhedores, com o emprego de iluminação e ventilação naturais, controláveis ou fixas sempre que possível, com exceção de espaços que tenham que contar obrigatoriamente com o controle destes parâmetros, como o Centro Cirúrgico, Central de Esterilização, Salas de Raio X, auditório e Arquivo Médico, diminuindo custos que o emprego de ambientes climatizados artificialmente acarretam, além de simplificar a manutenção dos mesmos, minimizando a sua aplicação, restrita aos ambientes citados

Padronização de elementos da construção, quando o arquiteto descreve como foi adotado o módulo principal para o desenvolvimento do projeto e o emprego dos elementos pré-fabricados na concepção dos espaços e da estrutura física do hospital” (LATORRACA, 2002).

Finalmente, as pesquisas realizadas pelo Dr. Anthony J. Grieco, em Nova Iorque, concluíram que pacientes assistidos em unidades que aplicam os conceitos de *Cooperative Care*, tem sua média de tempo de permanência nas unidades, diminuídos em 1 dia e seu custo de internação atinge um terço menos do que o custo de pacientes assistidos em unidades tradicionais (VOELKER, 1994).

4.5 CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, em sua Portaria GM nº 2616 de 12/05/98, “infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação, ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares” (RDC nº 50, MS, 2002). Como podemos constatar, as infecções hospitalares constituem um sério problema, acarretando uma maior taxa de mortalidade e letalidade decorrentes das internações e da administração de procedimentos de cuidados à saúde.

O Regulamento Técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, consolidado através da Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, destina todo um capítulo a estabelecer as diretrizes, padrões e recomendações para que os projetos arquitetônicos destes estabelecimentos, dediquem um cuidado especial ao assunto, dotando-os de características que possam contribuir para o controle das infecções hospitalares e que sirvam de instrumento de auxílio e facilitação de procedimentos operacionais do corpo clínico, para a segurança dos pacientes.

Observamos que, durante a evolução dos estabelecimentos hospitalares através da história, diversos cuidados, na sua implantação e no seu desenho, traduziam a busca de ambientes mais saudáveis, com preocupações ligadas à aeração e iluminação dos espaços de internação, o isolamento de pacientes acometidos de moléstias contagiosas e, ainda, certos critérios na escolha de materiais de acabamento das salas e na sua localização em relação aos demais serviços dos hospitais.

No Brasil, a partir do estabelecimento de normas e padrões para os projetos de estabelecimentos de assistência à saúde, verificamos a crescente preocupação dos arquitetos com as especificações e o detalhamento destes ambientes, incorporando diversos itens relativos a materiais e fluxos de circulação, para apoiar os procedimentos de controle das infecções hospitalares.

Alguns destes itens foram largamente usados nos projetos hospitalares, até recentemente, e continuam a fazer parte do desenho e das especificações de certos projetos para ambientes de assistência à saúde, apesar de seu uso não ser mais preconizado, segundo os mais recentes avanços na pesquisa sobre o assunto.

Podemos citar, entre diversos detalhes que não são mais adotados pelas recomendações das normas brasileiras, o uso de revestimento de azulejos nas paredes dos EAS, o emprego dos cantos arredondados nos ambientes semicríticos, a adoção de dupla circulação nos Centros Cirúrgicos- a circulação “limpa” separada da circulação “suja”- e o não cruzamento de determinados fluxos de pacientes e materiais. No exemplo da fotografia abaixo, observamos uma Sala de Cirurgia com suas paredes revestidas de azulejos.



Fig. 4.45- Albuquerque General Hospital- Operating Room- Kyllingstad, photoprint.

Fonte- National Academy of Medicine, 2002.

No entanto, a Resolução RDC nº 50/2002 conta, nas suas recomendações projetuais, com a flexibilização de alguns destes conceitos e o reconhecimento de que, na verdade, são os procedimentos da equipe que determinam os parâmetros de controle da infecção hospitalar, sempre auxiliados e apoiados pelos diversos elementos arquitetônicos, e a própria concepção do projeto, na consolidação de ambientes saudáveis para instituições de assistência à saúde.

“A melhor prevenção de infecção hospitalar é tratar os elementos contaminados na fonte; o transporte de material contaminado, se acondicionado dentro da técnica adequada, pode ser realizado através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou paciente, sem risco algum” (RDC nº 50, 2002).

Na verdade, apesar de ser fundamental para o desenho de EAS, o uso de elementos de arquitetura para embasar os procedimentos de controle da infecção hospitalar, sabemos que os mesmos foram relativizados e ajustados ao estado da arte, cabendo aos procedimentos e à manipulação correta dos pacientes e do instrumental a responsabilidade maior para que se possa manter os ambientes hospitalares com um baixo índice de contaminação e de disseminação de patologias contagiosas.

“Circulações exclusivas para elementos sujos e limpos, é medida dispensável nos EAS. Mesmo nos ambientes destinados à realização de procedimentos cirúrgicos, as circulações duplas em nada contribuem para melhorar sua técnica asséptica, podendo prejudicá-la pela introdução de mais um acesso, e da multiplicação de áreas a serem higienizadas” (RDC nº 50, 2002).

Podemos conferir, na citada Portaria GM nº 2616/98, do Ministério da Saúde, a preocupação com os procedimentos adotados na assistência ao paciente, ao lado da adoção de barreiras físicas, para que se estabeleça um eficiente controle da infecção hospitalar:

“As precauções padrão constituem-se de barreiras e ênfase nos cuidados com certos procedimentos, visando evitar que a equipe de assistência tenha contato direto ou indireto com os diversos líquidos corporais, agulhas, instrumentos e equipamentos encontram-se inclusos nos contatos indiretos. O mais recente progresso na prevenção e controle de infecção de serviços de saúde é o isolamento simplificado que consta de duas práticas:

a- prática geral- aplicação das precauções universais (PU) a todos os pacientes, durante todo o período de internação, independentemente do diagnóstico do paciente; e

b- prática específica- aplica-se sempre que o paciente apresentar doença infecciosa, com possibilidade de transmissão de pessoa a pessoa e/ou colonização por germes multirresistentes (...). Consiste em suplementar as precauções universais com isolamento de bloqueio (IO) e com precauções com materiais infectantes (PMI). O isolamento de bloqueio consiste na utilização de barreiras físicas e cuidados especiais, para impedir que os germes envolvidos se transmitam” (RDC nº 50, 2002).

Podemos concluir que o modo de se conduzir os procedimentos das atividades de assistência à saúde são os fatores determinantes de um efetivo controle da infecção hospitalar. Os projetos arquitetônicos, no entanto, devem contar com itens como a adoção de barreiras físicas e de facilidades para o uso da equipe, no sentido de dotar os EAS de condições específicas, de acordo

com as atividades desenvolvidas nos seus diversos ambientes. Estas áreas são classificadas quanto ao risco de transmissão de infecção hospitalar, e são as seguintes:

“**Áreas críticas**- são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

Áreas semicríticas- são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas.

Áreas não críticas- são todos os demais compartimentos dos EAS não ocupados por pacientes, onde não se realizam procedimentos de risco”. (RDC nº 50, 2002).

A concepção de ambientes de assistência à saúde deve basear os parâmetros de projeto na adoção de conceitos especiais em relação aos fluxos de pessoal e materiais, especialmente em espaços que abrigam serviços específicos. Podemos citar as Centrais de Material Esterilizado, os serviços de Processamento de Roupas, os ambientes de Nutrição e Dietética e, principalmente, as barreiras físicas, traduzidas nos vestiários de barreira, antecâmaras e ante-salas de ambientes como os Centros Cirúrgicos, os quartos de isolamento, a entrada das salas de nutrição parenteral, e salas de manipulação de quimioterápicos, entre outros.

Devem ser observados cuidados especiais em relação à qualidade do ar, armazenagem e distribuição de água potável, saída de dutos de exaustão, ainda, na localização das Salas de Utilidades, ou Expurgos. Como preconiza o Ministério da Saúde:

“As salas de utilidades devem ser projetadas de tal forma que possam, sem afetar ou interferir com outras áreas ou circulações, receber material contaminado da unidade onde se encontra, receber o despejo de resíduos líquidos contaminados, além de abrigar roupa suja e opcionalmente resíduo sólido (caso não exista sala específica para este fim), a serem encaminhados à lavanderia e ao abrigo de resíduos sólidos. A sala deve possuir sempre, no mínimo, uma pia de despejo e uma pia de lavagem comum”. (RDC nº 50, 2002).

Entre os pioneiros na pesquisa e no estabelecimento de procedimentos de controle da infecção hospitalar, podemos citar Florence Nightingale, Pasteur, Lister, Robert Kock, Oliver Wendell Homes e Semmelweiss. Foi através dos trabalhos deste último que se consolidou a prática da

correta lavagem das mãos como um dos mais importantes fatores para o controle da infecção hospitalar.

Após sua graduação em medicina ocorrida em 1844, acabou trabalhando, em 1846, como assistente na Primeira Clínica Obstétrica do Allgemeine Krankenhaus em Viena, Áustria.

“A perversa fama desta unidade era que a mortalidade das pacientes superava entre três a dez vezes a da segunda divisão, onde as parturientes eram atendidas por parteiras. A diferença de percentagem parecia ser inexplicável, pois caso contrário, os miasmas deveriam ser muito caprichosos, pois as clínicas eram contíguas” (FERNANDES, 2002).

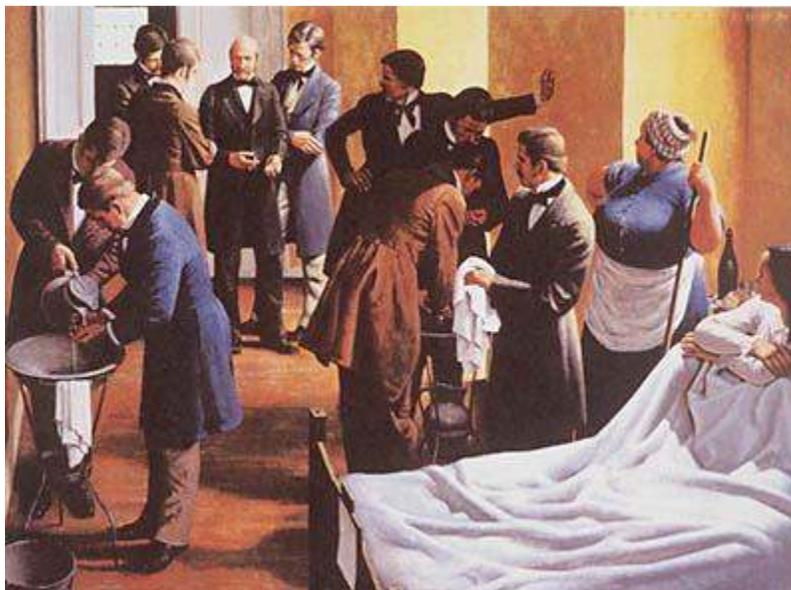
Por mais que se esforçasse Semmelweis não encontrava, na ciência oficial, respostas para as diferenças observadas entre as duas unidades. Semmelweis passou a comparar minuciosamente as duas unidades. As pacientes eram distribuídas entre as clínicas de acordo com a data de admissão, assim logo afastou as "influências cósmico-telúricas" da teoria miasmática, pois não havia como sustentar que estes fatores caprichosamente só agissem nos dias que as parturientes eram internadas na primeira unidade. Acreditando que: "a variação da mortalidade pode correlacionar-se com as atividades das pessoas", com o apoio dos professores da facção minoritária renovadora da universidade, como Skoda, Hebra e Rokitsky, ele tentou elaborar um quadro que permitisse verificar a mortalidade de pacientes por obstetra ou estudante, correlacionando com sua participação prévia em autópsias (FERNANDES, 2002).



Fig. 4.46- Selo com a efígie de Ignaz Philipp Semmelweis.

Fonte-FERNANDES, 2001.

Uma vez formulada uma hipótese, partiu Semmelweis para a elaboração de medidas de controle e a monitorização posterior da sua eficácia. Suas propostas centraram-se em três frentes: isolamento dos casos; lavagem das mãos, ferver instrumental e utensílios. Assim sendo, mesmo sem consultar o professor Klein, ele afixou na porta da unidade o seguinte cartaz: "**A partir de hoje, 15 de maio de 1847, todo estudante ou médico, é obrigado, antes de entrar nas salas da clínica obstétrica, a lavar as mãos, com uma solução de ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Esta disposição vigorará para todos, sem exceção**". Assim sabão, escovas e ácido clórico tiveram entrada em sua unidade (FERNANDES, 2002).



*Fig. 4.47- Semmelweis e a queda na mortalidade materna após a lavagem das mãos.
(Fonte- FERNANDES, 2001).*

Os bons resultados alcançados após 14 anos estimularam Semmelweis a, finalmente, publicar, em novembro de 1861, quatorze anos após suas principais conclusões, os seus trabalhos sob o título de "*Etiologia, Conceito e Profilaxia da Febre Puerperal*". Sua pesquisa orientou a nova abordagem para os conceitos de controle da infecção hospitalar e, apesar de contestados, à época, terminaram por serem adotados, a partir do século XX, na orientação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todo o mundo.

“A partir da comprovação desses dados Semmelweis concluiu: "Eu assumi que a causa da maior taxa de mortalidade da primeira clínica eram as partículas cadavéricas aderidas às mãos dos obstetras quando efetuavam os exames. Eliminei esta causa mediante lavagem com cloro e conseqüentemente a mortalidade na primeira clínica baixou para índices inferiores aos da segunda clínica. (...) A febre puerperal não é causada somente por partículas cadavéricas, mas também por secreções de organismos vivos, assim é necessário limpar as mãos com água clorada, não somente após manipular cadáveres, mas também depois de exames nos quais as mãos podem contaminar-se com secreções.(...) As partículas de secreções que saturam o ar podem também penetrar no útero já lacerado durante o trabalho de parto, portanto as pacientes com estas lesões devem ser isoladas". (Semmelweiss I P. *The etiology, concept and prophylaxis of childbed fever. Extract of Carter KC.. Madison, The University of Wisconsin Press. Pag 55-70, 1983 in FERNANDES, 2002).*

Para a arquitetura hospitalar, a adoção dos conceitos de Semmelweiss, implica, principalmente, na disponibilização de equipamentos para a lavagem de mãos, distribuídos em todos os ambientes dos estabelecimentos, adotando um dos três tipos básicos classificados pela ANVISA, dependendo do uso destinado aos mesmos, a saber: lavatórios, pias de lavagem e lavabos cirúrgicos. Os projetos devem prever a flexibilidade adequada para que possam dotar todos os espaços onde houver atendimento de pacientes, destes equipamentos.

“Sempre que houver paciente (acamado ou não) examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado, é obrigatória a provisão de recursos para a lavagem de mãos através de lavatórios ou pias para uso da equipe de assistência” (RDC nº 50, 2002).



Fig. 4.48- Lavabo de um Centro Cirúrgico.

Fonte- www.corian.com



CAPÍTULO 5
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A partir dos novos conceitos apresentados, que devem orientar os arquitetos na busca de hospitais mais eficientes e adequados aos novos tempos, podemos dizer que um novo modelo de hospital está surgindo. Estes parâmetros são baseados na forte corrente da humanização que permeia os estudos e pesquisas sobre a nova arquitetura de instituições de saúde. O desenho do novo hospital está, acima de todas as outras determinantes, baseado solidamente na figura do paciente e na tradução de todos os seus direitos e aspirações enquanto usuário do sistema de saúde.

Em seu artigo “*The Business Case for creating a healing environment*”, a arquiteta Jain Markin preconiza um desenho de hospitais baseado em evidências (*evidence-based design*), assim como a medicina baseada em evidências (*evidence-based medicine*), apontando resultados de eficiência operacional e produtividade, para a área de saúde. Segundo ela:

“A new generation of healthcare facilities is emerging that is very different from familiar institutional models. Based on patient-centered care and healing the whole person, these health centres are spiritual sanctuaries with gardens, fountains, natural light, art and music. Researches are learning how human emotions are linked to disease and that healing is promoted by surroundings that reduce stress and engage the senses in therapeutic ways. The surprising news is that this design strategy can actually improve the bottom line” (MALKIN, 2003).



Fig. 5.1- Oversized intensive care unit rooms were well planned to facilitate all medical scenarios. Milford Hospital Patient Care Building, Milford, Connecticut, USA. Fonte-LEEFUNG, 2002.

A arquiteta divide em cinco requisitos, a base para o estabelecimento do desenho baseado em evidências: “*access to nature, options and choices (control); positive distractions; social support; and environmental stressors*”, (MALKIN, 2003). que ela descreve da seguinte maneira:

- eliminar os fatores ambientais estressantes como ruído, falta de privacidade, iluminação excessivamente forte, baixa qualidade do ar interior;
- conectar o paciente com a natureza através de janelas panorâmicas para o exterior, jardins internos, aquários, elementos arquitetônicos com água etc;
- oferecer opções e escolhas para o controle individual incluindo privacidade *versus* ambiente social, controle da intensidade da luz, escolha do tipo de música no ambiente, opções de posições no sentar, silêncio e quietude *versus* áreas de espera “ativas”;
- disponibilizar oportunidades de socialização através de arranjos convenientes de assentos que promovam privacidade aos encontros de grupos de familiares, acomodações para a família e acompanhantes nos ambientes de internação e para pernoite nos quartos;
- promover atividades de entretenimento “positivas” como arte interativa, aquários, conexão com a Internet, música ambiente, acessibilidade a videos especiais com programas que possuam imagens e sons reconfortantes e adequados à assistência à saúde;
- promover ambientes que remetam a sentimentos de paz, esperança, reflexão, conexão espiritual, relaxamento, humor e bem estar.



Fig. 5.2- Sala de recuperação do Ambulatory Care Center, Swedish Medical Center, Seattle, USA.

Fonte- LEEFUNG, 2002.

Os projetos arquitetônicos do hospital do futuro implementam, com o desenho e a concepção dos seus ambientes, a agilidade no processo de cura, a facilitação da incorporação tecnológica e a presença do conforto ambiental, estabelecendo espaços que integram o paciente com a natureza e que embasam a nova abordagem de assistência à saúde, centrada no paciente como um todo e na integração do seu bem estar físico, psicológico e espiritual.

As bases dos conceitos apresentados neste trabalho, no sentido de orientar a arquitetura de ambientes de saúde, podem ser consolidadas em seis recomendações, a serem priorizadas nos projetos, orientando sua implantação e conformando uma nova abordagem para o desenho de hospitais e de estabelecimentos de assistência à saúde. São elas:

ACOLHER o paciente, dotando os ambientes de acesso à unidade- as “portas de entrada”- de aspectos de conforto, ampla oferta de informações, sinalização conveniente, facilitação de fluxos, salas de espera acolhedoras, facilidades como comunicação telefônica, cantina, atendimento pelo Serviço Social, áreas especiais para crianças e agilidade nos acessos à ocorrências de gravidade acentuada ou alta complexidade.

INFORMATIZAR os estabelecimentos, agregando ao projeto todas as premissas para um grande conforto na distribuição de rede lógica, que possa ser dimensionada e flexibilizada o suficiente para atingir pontos disseminados por todos os setores, com ênfase nos acessos de emergência e urgência, Postos de Enfermagem, Salas de Telemedicina, Centros Cirúrgicos, Serviços de Imagem e laboratoriais, prevendo, ainda a sua futura expansão.

PROMOVER a saúde da população através da integração dos mais diversos programas de prevenção e promoção de saúde, destinando áreas e espaços adequados para a educação de saúde e o desenvolvimento de ações de treinamento, convivência, didática e qualificação de médicos, enfermeiros, atendentes e usuários, na direção da implementação das idéias do movimento das Cidades Saudáveis.

FLEXIBILIZAR a concepção da estrutura física da unidade, dotando seu desenho de atributos arquitetônicos para a sua futura ampliação, incorporação de tecnologia, reformas e readequações, através de modulação do desenho, racionalização de circulações, setorização adequada de serviços, análise criteriosa do programa arquitetônico e estabelecimento correto do perfil da unidade.

HUMANIZAR os ambientes, incorporando itens de conforto ambiental que sejam capazes de afastar os fatores estressantes inerentes aos espaços hospitalares do passado, e tendo como principal foco de atenção e de cuidados projetuais, os desejos, aspirações e necessidades do paciente e a sua total integração com a natureza, o respeito à sua individualidade e a visão de conjunto de sua saúde física, psicológica, social e espiritual.

COMPATIBILIZAR tecnologia, conforto ambiental e agilidade de fluxos com uma criteriosa escolha na especificação de materiais construtivos e de acabamentos, sistemas construtivos, modulações, durabilidade, segurança e facilidades na sua manutenção, agregando conceitos de prevenção e controle da infecção hospitalar e de biossegurança, dotando os estabelecimentos de potencial para atingir muitos anos de uso, com ambientes satisfatórios, eficientes e sólidos.



Fig. 5.3- Sala de Recuperação e Observação. Hinsdale Hospital, Illinois, USA.

Fonte- LEEFUNG, 2002.

A partir do emprego dos conceitos apresentados, poderemos contar com edifícios hospitalares construídos com o olhar voltado para o futuro e para o atendimento integral dos agravos da população, colocando o indivíduo no centro das atenções projetuais, e redimensionando os ambientes de saúde para a sua verdadeira e concreta missão, de prestar conforto para os males e a promoção da saúde dos indivíduos.

E finalmente, não podemos deixar de acreditar na Arquitetura como uma atividade transformadora. Como escreve Giulio Argan:

“não se projeta nunca **para** mas sempre **contra** alguém ou alguma coisa: contra a especulação imobiliária e as leis ou as autoridades que a protegem, contra a exploração do homem pelo homem, contra a mecanização da existência, contra a inércia do hábito e do costume, contra os tabus e a superstição, contra a agressão dos violentos, contra a adversidade das forças naturais; sobretudo projeta-se contra a resignação ao imprevisível, ao acaso, à desordem, aos golpes cegos dos acontecimentos, ao destino. Projeta-se contra a pressão de um passado imodificável, para que sua força seja impulso e não peso, senso de responsabilidade e não complexo de culpa. Projeta-se para algo que é, para que mude; não se pode projetar para algo que não é; não se projeta para aquilo que será depois da revolução, mas para a revolução, portanto contra todo o tipo e modo de conservadorismo” (ARGAN, 2000).

Assim é o caminho do Arquiteto: trabalhar os espaços com qualidade e excelência, buscando o conforto e o bem estar das populações, e tentando transformar a sua visão do mundo para que se conscientizem do direito que têm a uma vida mais digna, harmonizada com o meio ambiente, contando com seus espaços ao abrigo das diversidades, e sonhando com mais saúde e desenvolvimento para as gerações futuras.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Por uma Geografia Hospitalar. Revista Tempo Social, Revista Sociol., USP, São Paulo, 1. sem. 1989, p. 227/234.

ARGAN, Giulio Carlo. Projeto e Destino. Ática. São Paulo:, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. RDC nº 50. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

BROSS, J. C. Aspectos metodológicos do Planejamento Físico de Hospitais. Projeto, São Paulo. 1980.

BUARQUE de Hollanda Ferreira, Aurélio. Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 1967.

CBA, Consórcio Brasileiro de Acreditação. Acreditação: Um novo conceito de qualidade em saúde. Rio de Janeiro, Junho, 2000.

CBA- Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços de Saúde-. Página disponível na internet, no endereço www.cbacred.org.br

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. Cortez, CEDEC. São Paulo, 1999.

CORBIOLI, Nanci. Arquitetura Hospitalar, in Revista Projeto, edição nº 248, São Paulo, Outubro, 2000.

CORDEIRO, Hésio. Sistema Único e Saúde. Ayuri Editorial Ltda. Rio de Janeiro, 1991.

COSTA, Jorge Ricardo Santos de Lima, Espaço Hospitalar: a revolta do corpo e a alma do lugar. Trabalho apresentado no Curso “Trabalho e Modo de Vida no Hospital” da Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Junho, 2001.

DUBY, Georges. A Idade Média na França (987-1460): de Hugo Capeto a Joana d'Arc. Trad. Clóvis Marques de Le Moyen Âge: De Hugues Capet à Jeanne d'Arc (987-1460), ed. Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 1992.

ESPAÇO-SAÚDE. Relatório Diagnóstico para o Hospital Municipal Lourenço Jorge. Grupo de Pesquisa Espaço-Saúde, PROARQ. FAU/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

FERNANDES, Antonio Tadeu. Semmelweis: Uma História para Reflexão in Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. Vols. 1 e 2. Editora Atheneu, São Paulo, 2001. Página da Internet, no endereço www.ccih.med.br, acessada em 8 de abril de 2003.

FERRER, Mário. Os Centro Médicos Sanitários. Revista SEAERJ, SEAERJ, Rio de Janeiro, dez/jan 77/78, p.30.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. Trad. Roberto Machado de *Naissance de la Clinique*, 5ª ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1998.

FSP-USP, Associação Paulista de Saúde Pública, Cidades Saudáveis, in Saúde e Sociedade, USP. São Paulo, ago/dez 1997.

GOMES, Maria Clara de Paula. Luz & Cor: Elementos para o Conforto do Ambiente Hospitalar. Hospital Municipal Lourenço Jorge, um Estudo de Caso. Orientadora: Ana Maria de Ranieri J. Rambauske. Rio de Janeiro: UFRJ/PROARQ, 1999. 307 p. Dissertação de Mestrado em Arquitetura (Conforto Ambiental).

HOSPITAL SOUZA AGUIAR. História. Página disponível na internet, no endereço <http://intermega.globo.com/edy/index.htm>, acessada em 14 de maio de 2002.

IPEA, Prefeitura Da Cidade Do Rio De Janeiro, Relatório de Desenvolvimento Humano Sustentável na Cidade do Rio de Janeiro. 2001

JCAHO- Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations, The -. Página disponível na INTERNET no endereço www.jcaho.org

KARMAN, Jarbas. Manutenção Hospitalar Preditiva. Pini, São Paulo, 1994

LATORRACA, Giancarlo. João Filgueiras Lima, Lelé. Série Arquitetos Brasileiros. Instituto Lina Bo e P. M. Bardi - São Paulo, 2002.

LE CORBUSIER, Por uma Arquitetura; texto disponível na INTERNET no endereço www.vitruvius.com.br

LEEFUNG-ASCO PRINTERS. Health Spaces, Vol I. The Images Publishing Group Pty, Ltd. Melbourne, Australia, 2000.

LEISCH, Erich, TSIKNAKIS, Manolis, ORPHANOUDAKIS, Stelios C. Pre-hospital Health Emergency Management as an Integrated Service of the Regional Health Telematics Network of Crete. Pp. 33-37. MIE 97- Medical Informatics Europe, 14 th. International Congress. Porto Carras, Grécia, Maio, 1997.

LONGHI, Claudia Míguez. Avaliação de Desempenho de Edifícios de Atendimento Ambulatorial em Saúde no Município do Rio de Janeiro- Uma Contribuição para a Análise da Funcionalidade do Ambiente Construído e Concepção de Projetos Arquitetônicos. Orientador: Mauro de Oliveira Santos. UFRJ/PROARQ. Rio de Janeiro, 2001, 220 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura).

MALKIN, Jain. The Business Case for Creating a Healing Environment in Business Briefing: Hospital Engineering & Facilities Management 2003. World Market Research Centre Ltd, in association with The International Federation of Hospital Engineering (IFHE), London, England, 2003.

MICROSOFT ENCARTA ENCYCLOPEDIA, enciclopédia eletrônica 1993, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Brasília: Série Saúde e Tecnologia, 1995

_____, Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1990.

_____, Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. Página disponível na INTERNET no endereço www.saude.gov.br

MIRANDA, Orlando Pinto. Nosso Século, Brasil: 1900/1910. Editora Abril Cultural S.A , São Paulo, 1985. Vols. 1 e 2.

MIQUELIN, Lauro Carlos. Anatomia dos Edifícios Hospitalares. CEDAS, São Paulo, 1992

OLIVEIRA, Jaime A . de Araújo e TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. (Im) Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil. Ed. Vozes, Petrópolis, ABRASCO, Rio de Janeiro, 1985.

PELLEGRINI, Bárbara, As Vantagens da Municipalização da Saúde. Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, Brasília- DF, 1998

PLANETREE. Creating patient-centered care in healing environment. Página disponível na internet, no endereço <http://www.planetree.org/welcome.html>, acessada em 16 de junho de 2002.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO- Secretaria Municipal de Saúde, A Implantação da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: Um Desafio para o Sistema Único de Saúde nas Grandes Cidades. Março, 2001- Rio de Janeiro.

_____, Secretaria Municipal de Urbanismo, Instituto Brasileiro de Administração Municipal. Manual para Elaboração de Projetos de Edifícios de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IBAM, 1996.

_____, Secretaria Municipal de Saúde. Página disponível na internet, no endereço www.rio.rj.gov.br.

READ, Piers Paul. Os Templários. Trad. de Marcos José da Cunha. Imago Editora, 368 pg. Rio de Janeiro, 2001.

REDE SARAH KUBITSCHKEK - página disponível na Internet, no endereço www.sarah.br acessada em 14 de junho de 2001

REICHENHEIM, Michael Eduardo e WERNECK, Guilherme Loureiro. Adoecer e Morrer no Brasil: Perspectivas de Novas Abordagens. in Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80. Instituto de Medicina Social, UERJ. p.113 a 128. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 1994.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO. Página disponível na internet, no endereço - <http://openlink.br.inter.net/santacasa>, acessada em 18 de agosto de 2002.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS. Página disponível na internet, no endereço - www.scms.com.br, acessada em 18 de agosto de 2002.

SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani; FONTES, Maria Paula; COSTEIRA, Elza. Arquitetura e Saúde: O Espaço Interdisciplinar. III Forum de Tecnologia Aplicada à Saúde. ARQSAÚDE- UFBA/CEFET- Ba, Salvador, 2002.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Página disponível na internet, no endereço www.saude.rj.gov.br, acessada em 10 de maio de 2002.

SEMMELWEISS I P. *The etiology, concept and prophylaxis of childbed fever*. Extract of Carter KC. Madison, The University of Wisconsin Press. Pag 55-70, 1983.

SILVA, Kleber Pinto; A Idéia de Função para a Arquitetura: o hospital e o século XVIII. Trabalho apresentado no “Congresso Internacional: Mente, Território, Sociedad”, UPC/DEP, Projectes d’Arquitetura, Barcelona, Espanha, 2000.

SIQUEIRA, Luis Fernando de Goes. A Síndrome do Edifício Doente, o Meio Ambiente e a Infecção Hospitalar in Curso de Biossegurança. Apostila, Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1998.

SUSEME– SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS MÉDICOS — Assistência Pública – 80 anos de história, Secretaria da Saúde do Estado da Guanabara. Guanabara, 1972.

VOELKER, Rebecca in JAMA- *The Journal of American Medical Association*. New Trends Aimed at Healing by Design, 1994. página disponível na Internet, no endereço <http://www.planetree.org/welcome.html>, acessada em 16 de junho de 2002.

WESTPHAL, Márcia Faria, Municípios Saudáveis: Aspectos Conceituais. Revista Saúde e Sociedade, v.6 n.2, p. 11, ago/dez- 1997. Associação Paulista de Saúde Pública- FSP/USP. São Paulo.

WHO, Guidelines for Rapid Appraisal to assess community health and needs. Genebra: WHO/SHS/NHP/884; 1988