

A LUZ DE CADA UM

Estudo preliminar de humanização hospitalar:
Maternidade Regional em Campina Grande - PB.



L7321

Lima, Ingrid Mikaella de Oliveira.

A luz de cada um. Estudo preliminar de humanização hospitalar :
Maternidade Regional em Campina Grande - PB / Ingrid Mikaella de
Oliveira Lima. - Campina Grande, 2020.

201 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Arquitetura e
Urbanismo) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de
Tecnologia e Recursos Naturais, 2020.

"Orientação: Profa. Dra. Taciana Araújo.
Referências.

1. Arquitetura Hospitalar Humanizada. 2. Maternidade. 3. Hospital
Materno-Infantil Regional. I. Araújo, Taciana. II. Título.

CDU 721:618(043)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO BIBLIOTECÁRIO GUSTAVO DINIZ DO NASCIMENTO CRB-15/515



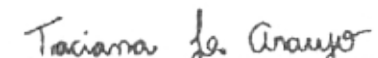
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE TECNOLOGIA E RECURSOS NATURAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE ENGENHARIA CIVIL
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

CAU

Trabalho de Conclusão de Curso "A LUZ DE CADA UM. ESTUDO PRELIMINAR
DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: MATERNIDADE REGIONAL EM CAMPINA
GRANDE - PB", foi apresentado por INGRID MIKAELLA DE OLIVEIRA LIMA,
como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em
Arquitetura e Urbanismo outorgado pela Universidade Federal de Campina
Grande, Centro de Tecnologia e Recursos Naturais, Unidade Acadêmica de
Engenharia Civil, Curso de Arquitetura e Urbanismo.

APROVADO EM: 09 de DEZEMBRO de 2020

BANCA EXAMINADORA:


Prof.ª Dr(a). TACIANA LIMA ARAÚJO
Orientadora - Presidente


Prof.ª Dr(a) KAINARA LIRA DOS ANJOS
Examinadora Interna


Prof. DANIEL CELEGATTI
Examinador Externo

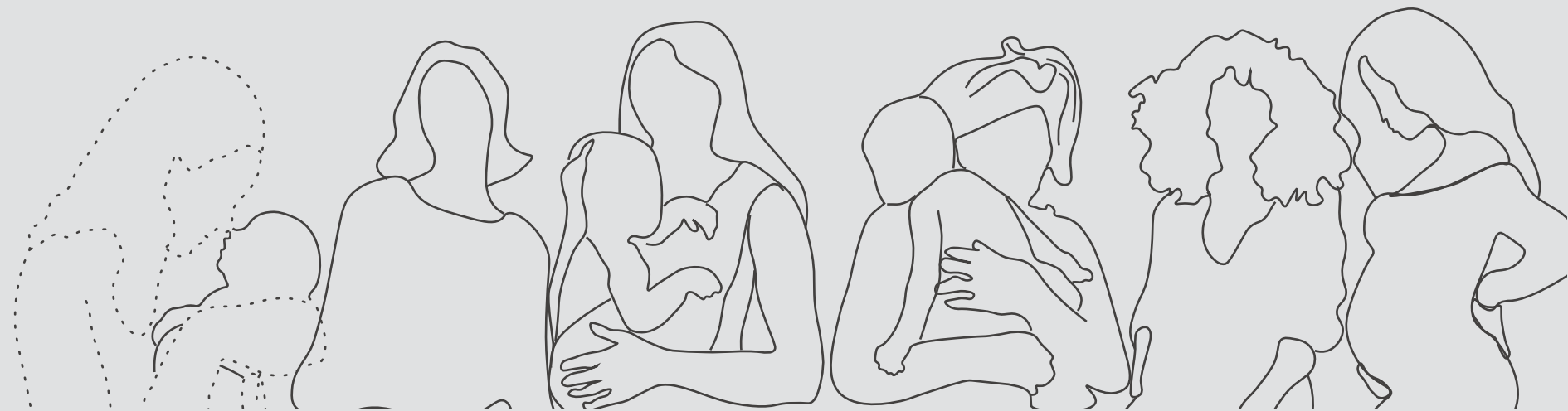
Universidade Federal de Campina Grande
Centro de Tecnologia e Recursos Naturais
Unidade Acadêmica de Engenharia Civil
Curso de Arquitetura e Urbanismo

A LUZ DE CADA UM

Trabalho de conclusão de curso para a
obtenção do título de graduação em Arqui-
tectura e Urbanismo apresentado à Univer-
sidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Prof. Dra Taciana Araújo.

Campina Grande - PB
2020



DEDICATÓRIA

A minha avó, Isaura Soares, por ser uma mulher incrível e guerreira. A minha mãe, Ana, que herdou as características da minha avó. A todas as mulheres, pois elas são dignas de viver o bem-estar que a arquitetura pode proporcionar em um momento tão singelo da vida. E a todos profissionais que trabalham nos hospitais materno-infantil.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar a oportunidade de realizar um sonho desde a infância, apesar de todos os dias de riso e choro, Deus faz novas todas as coisas e me trouxe satisfação e alento. A Ele todo louvor, honra e glória. O maior e melhor arquiteto de todos é Ele, por mais que nos dediquemos em apresentar o melhor, jamais chegaremos perto de sua criatividade e inovação demonstrada no universo e na natureza. À minha mãe, Ana, apesar de tudo, do seu jeito me incentivou e lutou por mim, te amo, você é meu maior exemplo de determinação e força. Às minhas tias Judite e Solange, por tudo o que fizeram por mim desde a infância, ao meu tio Gilberto, pelo apoio, aos meus avós Isaura e Solon, eu os amo profundamente. Aos meus amigos da universidade, Débora, Diego, Julia, Roberta e Sabryna, vocês foram incríveis e tornaram meus dias mais leves, a minha turma 2015.2 onde comemoramos os melhores aniversários. Aos meus amigos da Igreja em Campina Grande, não citarei

o nome para não esquecer ninguém. Aos amigos que estiveram comigo nesses 5 anos, Franklin, Igon, Laysla, Melissa e Rebeca, vocês são meu suporte emocional e de saídas, amo vocês. A minha orientadora, Taciana Araújo, por ter embarcado nessa loucura que foi fazer esse trabalho, me encorajando e esperando com paciência em meio as dificuldades. A todos os meus professores de graduação que foram muito queridos, e com sabedoria e leveza, passaram seus conhecimentos, especialmente, Alcília Afonso, Kainara Anjos, Mariana Bonates e Raoni Venâncio, e a José Jorifferson, o melhor secretário. Por fim, ao Projeto Social Super Doutores, especialmente, Rauena, por ter me acolhido e me dado a oportunidade de ser voluntária e viver um pouco a experiência do paciente. Aos demais amigos e colegas da universidade e do Grupo de Pesquisa Arquitetura e Lugar que me fez conhecer e me apaixonar ainda mais pela minha cidade, Campina Grande. E, a construtora Wanderley Construções pelas oportunidades. Gratidão.

RESUMO

O trabalho desenvolvido tem como objeto de estudo a compreensão e aplicação da arquitetura humanizada no âmbito hospitalar materno-infantil. O objetivo é a elaboração um Estudo Preliminar arquitetônico de uma Maternidade Humanizada de âmbito regional, com implantação na cidade de Campina Grande – PB. Diante de um quadro onde a principal maternidade sofre com lotações e atende a muitas cidades não apenas da região, mas também de Estados vizinhos, observou-se a necessidade e por meio de pesquisas realizadas, notou-se uma inclinação e o desejo do poder público em atender essa demanda, construindo uma maternidade. Sendo assim, o presente trabalho busca apresentar uma proposta baseada em estudos acadêmicos acerca da huma-

nização hospitalar em resposta a eminente realização de construções públicas sem a consulta do público que utiliza o espaço. A proposta projetual apoia-se na literatura de autores como BITENCOURT (2003), TOLEDO (2008), MEDEIROS (2004) e as cartilhas disponibilizadas pelo Sistema Público de Saúde, o SUS.

PALAVRAS-CHAVE. Arquitetura hospitalar humanizada; Maternidade; Hospital materno-infantil regional.

ABSTRACT

The work developed has as object of study the understanding and application of humanized architecture in the maternal and child hospital environment. The objective is to prepare an architectural Preliminary Study of a Humanized Maternity of regional scope, with implantation in the city of Campina Grande - PB. Faced with a situation where the main maternity hospital suffers from occupations and serves many cities not only in the region, but also in neighboring states, the need was observed and through research carried out, an inclination and desire by the public authorities to meet this demand, building a maternity hospital. Therefore, the present work seeks to present a proposal based on academic studies about hospital humanization in response

to the imminent construction of public buildings without consultation with the public who uses the space. The project proposal is based on the literature of authors such as BITENCOURT (2003), TOLEDO (2008), MEDEIROS (2004) and the booklets provided by the Public Health System, SUS.

KEYWORDS: Humanized hospital architecture; Maternity; Regional maternal and child hospital.

SUMÁRIO

16	capítulo_01 conceituação introdução_14 história do hospital materno-infantil_18 humanização no ambiente hospitalar_21 metodologia_34
40	capítulo_02 reflexões dimensões_38 estudos de caso_40 análise questionários_56
72	capítulo_03 estudos estudos do terreno_70 proposta_84 programa de necessidades_96
86	capítulo_04 proposta pranchas projetuais_104 desenhos técnicos_110 imagens 3d_130
190	capítulo_05 conclusão denominar-se_190 considerações finais_192 referências bibliográficas_194 anexos_198

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01. Quantidade de partos realizados no Instituto Elpidio de Almeida.

GRÁFICO 02. Idade das mães participantes.

GRÁFICO 03. Quantos filhos deu à luz na maternidade.

GRÁFICO 04. Sistema hospitalar da maternidade.

GRÁFICO 05. Percepção da mãe na sala de espera para a realização do parto.

GRÁFICO 06. Quem acompanhou a parturiente no parto.

GRÁFICO 07. Sensações na sala de parto.

GRÁFICO 08. Percepção do usuário na sala de recuperação.

GRÁFICO 09. Sensações 2 horas após o parto (mães).

GRÁFICO 10. Percepção do usuário na enfermaria.

GRÁFICO 11. Sensações na enfermaria.

GRÁFICO 12. Grau de parentesco com a mãe.

GRÁFICO 13. Idade dos acompanhantes participantes.

GRÁFICO 14. Ambientes desejados pelos acompanhantes.

GRÁFICO 15. Ambientes que deveriam ter em uma maternidade segundo mães e acompanhantes.

GRÁFICO 16. Profissão exercida no hospital.

GRÁFICO 17. Idade dos profissionais de saúde.

GRÁFICO 18. Sistema hospitalar da maternidade.

GRÁFICO 19. Ambientes desejados pelos profissionais.

GRÁFICO 20. Necessidade de cores no ambiente hospitalar segundo usuários.

GRÁFICO 21. Preferência de cores pelos usuários.

GRÁFICO 22. Percepção dos ruídos dentro do hospital.

GRÁFICO 23. Percepção da necessidade de jardins.

GRÁFICO 24. Sensações dos usuários ao entraram em um necrotério.

GRÁFICO 25. Ambientes mais confortáveis.

GRÁFICO 26. Ambientes mais desconfortáveis.

GRÁFICO 27. Ambientes que caracterizaram uma maternidade humanizada na perspectiva dos usuários.

GRÁFICO 28. Rosa dos ventos Campina Grande - PB.

GRÁFICO 29. Temperatura e zona de conforto.

LISTA DE MAPAS

MAPA 01. Mapa de localização Sharja, Emirados Árabes.

MAPA 02. Implantação Al Qassimi Hospital e Maternidade.

MAPA 03. Mapa de localização Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

MAPA 04. Implantação Hospital Sarah Kubitschek Rio de Janeiro.

MAPA 05. Localização do Município de Campina grande.

MAPA 06. Localização do Município de Campina grande.

MAPA 07. Localização terrenos no Município.

MAPA 08. Localização dos terrenos no recorte.

MAPA 09. Condicionantes climáticos e pré-existências no terreno.

MAPA 10. Zona Bioclimática 8.

MAPA 11. Acesso ao terreno por meio das conexões nas margens do Município e pelas vias arteriais e coletoras da cidade.

MAPA 12. Hierarquia das vias, ponto de ônibus e acesso ao terreno.

MAPA 13. Uso do solo, cheios e vazios e pontos de serviço no entorno do lote.

MAPA 14. Estudo de impacto de vizinhança.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01. A evolução da forma dos edifícios hospitalares em quatro momentos da história.

FIGURA 02. Centro Médico de Baltimore, Mariland. Halls de entrada do Centro Médico de Nebraska, Arq. Hansen Lind Meyer; Centro Oncológico de Silvester, Miami, Arq. Payette Associates; Torre Médica St. Luke's, Texas, Arq. César Pelli Associates.

FIGURA 03. Centro Médico de Baltimore, Mariland. Halls de entrada do Centro Médico de Nebraska, Arq. Hansen Lind Meyer; Centro Oncológico de Silvester, Miami, Arq. Payette Associates; Torre Médica St. Luke's, Texas, Arq. César Pelli Associates.

FIGURA 04. Womens Pavilion, Gwinnett Medical Center em Lawrenceville, Geórgia, Arq. Nix Mann and Associates

FIGURA 05. Hospital de Apoio de Sheandoah, Virgínia, Arq. Richard Rauch & Associates.

FIGURA 06. Conceito de ambiência no espaço de saúde segundo o Ministério da Saúde.

FIGURA 07. Áreas de Pronto-Socorro

(Atenção por Nível de Gravidade e Acolhimento com Classificação de Risco).

FIGURA 08. Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais.

FIGURA 09. Recomendações para orientar a arquitetura de ambientes de saúde.

FIGURA 10. Dimensões dos aspectos da humanização.

FIGURA 11. Painel fachadas Al Qassimi Hospital e Maternidade.

FIGURA 12. Espaços de convivência e espera com planos transparentes atenuando a relação de integração interior/exterior, além do uso de cores vibrantes.

FIGURA 13. Planta baixa do Hospital *Al Qassimi Women's and Children's*.

FIGURA 14. Entrada principal do Hospital *Al Qassimi Women's and Children's*.

FIGURA 15. Uso de cores e paginação marcada induzindo caminhos da recepção do Hospital *Al Qassimi Women's and Children's*.

FIGURA 16. Organograma implantação Al Qassami Hospital.

FIGURA 17. Painel fachadas Hospital Sarah Kubitschek Rio de Janeiro.

FIGURA 18. Integração e sombreamento das áreas de atividades de reabilitação e distrações positivas.

FIGURA 19. Vista do pátio interno.

FIGURA 20. Vista do pátio interno.

FIGURA 21. Vista do auditório pátio interno.

FIGURA 22. Quarto do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo.

FIGURA 23. Sala de atividades do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo.

FIGURA 24. Área externa do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo.

FIGURA 25. Mapa de localização hospital Panzi, República Democrática do Congo.

FIGURA 26. Planta baixa do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo.

FIGURA 27. Corte longitudinal do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo.

FIGURA 28. Corte transversal do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo.

FIGURA 29. Materialidade do The Mother & Baby Hospital Unit na Re-

pública Democrática do Congo.

FIGURA 30. Pátio externo do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo.

FIGURA 31. Abertura Zenital no pátio interno do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo.

FIGURA 32. Levantamento dos participantes do questionário “Maternidade: as experiências e necessidades dos usuários.”

FIGURA 33. Percepção do conforto espacial das mães e acompanhantes.

FIGURA 34. Percepção dos usuários de um espaço de expressão de fé.

FIGURA 35. A. B. C. Montagem da vista do terreno proposto.

FIGURA 36. Montagem como construir no nordeste brasileiro.

FIGURA 37. A. B. C. D. Dinâmica de ocupação do entorno do terreno estudado.

FIGURA 38. Fotos do terreno.

FIGURA 39. Personagens do edifício hospitalar e suas necessidades.

FIGURA 40. Esquema dos princípios adotados como partido.

FIGURA 41. Proposições de requalificação urbana.

FIGURA 42. Intervenções de requalificação urbana no entorno imediato.

FIGURA 43. Montagem das placas de argamassa armada.

FIGURA 44. Paginação do tijolo adobe aparente.

FIGURA 45. Composição dos planos de cobogós.

FIGURA 46. Gradil metálico pintado na cor branca.

FIGURA 47. Módulos geradores das esquadrias.

FIGURA 48. 6 composições a partir dos módulos geradores das esquadrias.

FIGURA 49. Organograma dos setores por pavimento.

FIGURA 50. Organograma pavimento térreo.

FIGURA 51. Organograma pavimento superior.

FIGURA 52. Organograma pavimento subsolo.

FIGURA 53. Estudo da volumetria do bloco principal.

FIGURA 54. Plantado seixosestruturais.

FIGURA 55. Planta de zoneamento no terreno e cortes.

FIGURA 56. Esquemas áreas verdes no interior do edifício.

FIGURA 57. Planta de cobertura e agenciamento paisagístico.

FIGURA 58. Painel de plantas para paisagismo.

FIGURA 59. Esquema de fluxos para sair do interior da edificação.

FIGURA 60. Planta de acessos e entradas do edifício.

FIGURA 61. Plantas baixas e cortes do edifício principal.

FIGURA 62. Fachada norte do edifício principal.

FIGURA 63. Fachada sul do edifício principal.

FIGURA 64. Fachada leste do edifício principal.

FIGURA 65. Fachada oeste do edifício principal.

FIGURA 66. Planta baixa, planta de cobertura e fachadas da capela.

FIGURA 67. Esquema isométrico das peles da capela.

FIGURA 68. Planta de cobertura, planta baixa e fachadas da guarita

FIGURA 69. Planta baixa do recorte 01.

FIGURA 70. Setorização do recorte 01.

FIGURA 71. Delimitação do pavimento térreo.

FIGURA 72. Localização do recorte 01 no pavimento.

FIGURA 73. Planta baixa do recorte 02.

FIGURA 74. Setorização do recorte 02.

FIGURA 75. Delimitação do pavimento térreo.

FIGURA 76. Localização do recorte 02 no pavimento.

FIGURA 77. Planta baixa do recorte 03.

FIGURA 78. Setorização do recorte 03.

FIGURA 79. Delimitação do pavimento superior.

FIGURA 80. Localização do recorte 03

no pavimento.

FIGURA 81. Planta baixa do recorte 04.

FIGURA 82. Setorização do recorte 04.

FIGURA 83. Delimitação do pavimento térreo.

FIGURA 84. Localização do recorte 04 no pavimento.

FIGURA 85. Planta baixa do recorte 05.

FIGURA 86. Setorização do recorte 05.

FIGURA 87. Delimitação do pavimento subsolo.

FIGURA 88. Localização do recorte 05 no pavimento.

FIGURA 89. Planta baixa do recorte 06.

FIGURA 90. Setorização do recorte 06.

FIGURA 91. Delimitação do pavimento superior.

FIGURA 92. Localização do recorte 06 no pavimento.

FIGURA 93. Planta baixa do recorte 06.

FIGURA 94. Setorização do recorte 06.

FIGURA 95. Delimitação do pavimento superior.

FIGURA 96. Localização do recorte 06 no pavimento.

FIGURA 97. Localização das circulações verticais.

FIGURA 98. Recepção principal.

FIGURA 99. Espaço de convívio do primeiro pavimento.

FIGURA 100. Corredor e espaço de convívio do setor de internação pavimento térreo.

FIGURA 101. Pilotis do pavimento subsolo.

FIGURA 102. Espaço de convívio do subsolo.

FIGURA 103. Jardim interno localizado à oeste.

FIGURA 104. Sala de espera do banco de leite.

FIGURA 105. Sala de humanização.

FIGURA 106. Sala de parto normal.

FIGURA 107. Exemplos de itens da sala de parto.

FIGURA 108. Espaço conforto.

FIGURA 109. Exemplo de enfermaria.

FIGURA 110. Espaço de Hidroginástica.

FIGURA 111. Exemplo refeitório.

FIGURA 112. Sala de aula.

FIGURA 113. Sala de reconhecimento e preparação do corpo. Necrotério.

FIGURA 114. Sala de visitas - casa da mulher.

FIGURA 115. Cozinha compartilhada - casa da mulher.

FIGURA 116. Suíte compartilhada - casa da mulher.

FIGURA 117. Lavanderia compartilhada - casa da mulher.

FIGURA 118. Fachada guarita.

FIGURA 119. Totem de sinalização de acessos na entrada após a guarita.

FIGURA 120. Entrada principal.

FIGURA 121. Detalhe entrada principal.

FIGURA 122. Vista Noroeste.

FIGURA 123. Entrada emergência.

FIGURA 124. Vista nordeste, entrada necrotério.

FIGURA 125. Vista bloco enfermarias.

FIGURA 126. Fachada oeste.

FIGURA 127. Vista blocos fachada leste.

FIGURA 128. Vista blocos fachada sudeste.

FIGURA 129. Vista blocos fachada oeste com ênfase a capela.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01. Quadro síntese sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério de Saúde Brasileiro.

QUADRO 02. Quadro resumo caracterização de humanização identificados nos estudos de casos.

QUADRO 03. Resumo da percepção do tempo na perspectiva do usuário.

QUADRO 04. Quadro resumo da análise FOFA.

INTRODUÇÃO

O debate sobre a importância da humanização dos ambientes de saúde tem levantado questionamentos sobre como o espaço pode influenciar aquele que o ocupa, evidenciando a relação pessoa-espaço a partir de uma conexão, entre o conforto ambiental e psicológico como fatores determinantes sobre o comportamento do indivíduo, com a constatação da necessidade do entendimento aos valores humanos e sociais.

Os estudos deste tema estão relacionados principalmente sobre como deve ser o atendimento, e a partir da análise dos argumentos e proposições dos teóricos apresenta-se princípios para a proposta projetual do presente trabalho, sobre a especificidade da tipologia hospitalar materno-infantil.

A individualização no processo do nascer passou por transformações ao longo do tempo, assim como o ambiente – da casa para o hospital; o atendimento

– de doulas e parteiras para os médicos; e as pessoas que acompanham e auxiliam – presença dos pais, e a parturiente durante o processo gestacional.

A partir dessa discussão, este Trabalho de Conclusão de Curso propôs-se a promover um estudo preliminar de uma Maternidade Humanizada de âmbito regional, na cidade de Campina Grande, Paraíba, que atenda o programa proposto pelo Sistema Único de Saúde, SUS, com espaços humanizados que identificando as necessidades individuais, as relações de convivência social, promova aspectos de conforto, e que também abranja espaços de capacitação.

Como **objeto de estudo**, a compreensão e aplicação da arquitetura humanizada no âmbito hospitalar materno-infantil. Historicamente, as maternidades foram ambientes frios, sem comodidade e privacidade. Contudo, com o crescente engajamento dos movimentos prol

humanização, despertou-se a consciência da inevitabilidade da reformulação dos espaços e do conceito gestar.

Entende-se que a arquitetura possui a característica de um elemento que potencializa a realização das políticas de humanização em relação a assistência do atendimento, criando o espaço para que ideias transformadoras surjam, com a proposição de novos ambientes, novas funções, equipamentos e leiaute.

A maternidade municipal de Campina Grande, o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), tem mostrado êxito em adequar-se a algumas recomendações do Ministério da Saúde relacionadas ao atendimento, aos serviços de humanização, possuindo um importante papel nos nascimentos que ocorrem no município, onde atualmente sofre superlotações oriundas da crescente busca de parturientes de outros municípios e até de outros estados.

A cidade de Campina Grande, localiza-se na Mesorregião do Agreste Paraibano, ocupando posição de destaque tanto no interior nordestino como na sistemática urbana regional. Caracterizada como centro submetropolitano,

uma cidade de médio porte, é o segundo município em população e exerce grande influência política e econômica sobre outros 57 municípios do Estado da Paraíba (42,5% do território estadual).¹

Para melhor compreensão da **justificativa** deste trabalho, o mesmo foi dividido em três eixos norteadores, são eles: **Intenção de órgãos responsáveis, descentralização e o Programa de Humanização** criado pelo Ministério da Saúde.

Segundo o Conselho Regional de Medicina da Paraíba, CRM – PB, Campina Grande (215 leitos) e João Pessoa (287 leitos), capital do Estado, são responsáveis por cerca de 60% dos partos realizados no Estado. Os levantamentos anuais divulgados no site oficial da Prefeitura Municipal de Campina Grande – PMCG, revelam que quase 70% dos partos realizados em 2018 no ISEA são de parturientes de outros municípios, o atendimento abrange cerca 180, incluindo 31 dos Estados do Rio Grande do Norte e Pernambuco.

¹ [http://www.8isrmu.ufcg.edu.br/index.php/en/cgpb#:~:text=Tamb%C3%A9m%20possui%20o%20segundo%20maior,das%20riquezas%20produzidas%20na%20Para%C3%ADba.&text=Campina%20Grande%20exerce%20grande%20influ%C3%A2ncia,habitantes\)%20do%20estado%20da%20Para%C3%ADba](http://www.8isrmu.ufcg.edu.br/index.php/en/cgpb#:~:text=Tamb%C3%A9m%20possui%20o%20segundo%20maior,das%20riquezas%20produzidas%20na%20Para%C3%ADba.&text=Campina%20Grande%20exerce%20grande%20influ%C3%A2ncia,habitantes)%20do%20estado%20da%20Para%C3%ADba)

O diretor do ISEA, Mário de Oliveira Filho, relatou em entrevista à rádio Cariri FM que um dos maiores problemas é a superlotação, apesar do planejamento para remediação, ampliando os leitos para acomodar as parturientes e puérperas. Roberto Magliano, presidente do CRM - PB, alega que o ISEA se extrapola de 10 a 30 vezes a capacidade de atendimento naquela unidade hospitalar”.



GRÁFICO 01. Quantidade de partos realizados no Instituto Elpídio de Almeida. Fonte: PMCG (2018) Elaborado por Ingrid Oliveira (2019).

O **GRÁFICO 01** mostra o crescente número de partos realizados no ISEA, reflexo do deslocamento de parturientes não residentes no município. As matérias² publicadas pela PMCG e pelo CRM - PB relevantes para a apresentação da justificativa estão no anexo deste trabalho.

Considera-se que as buscas pela realização do parto e acompanhamento do pré-natal de gestantes das cidades circunvi-

zinhas, o acesso ao equipamento público, se faz indispensável para a otimização do tempo como reflexo do contexto atual.

Para tal, propõe-se a criação de uma nova maternidade regional, contudo, para a proposta da criação do ambiente materno-infantil, serão considerado os parâmetros de humanização que contemplem o todo: usuários, acompanhantes e funcionários.

Buscou-se, através deste, o reconhecimento do Programa de humanização recomendado pelo Ministério de Saúde, através da estratégia Rede Cegonha, analisando e interpretando as informações dadas para o atendimento, com a finalidade de caracterizar arquitetonicamente espaços condizentes com as recomendações do programa.

A relevância do presente estudo está pautada na necessidade apontada pelos entes administrativos, devido a superlotação do ISEA, compreendendo a conjuntura atual com a intenção dos órgãos públicos e disposição para a construção de uma nova unidade, apresenta-se este trabalho como contribuição para a proposta de uma maternidade modelo humanizada, onde os princípios poderão ser aplicados em possíveis reformas ou am-

pliações do ISEA e/ou da nova unidade.

O **objetivo geral** é elaborar um Estudo Preliminar arquitetônico de uma Maternidade Humanizada de âmbito regional, com implantação na cidade de Campina Grande - PB. Os objetivos específicos são:

- 1 **COMPREENDER A HISTÓRIA DO EDIFÍCIO HOSPITALAR E APONTAR A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE MATERNO-INFANTIL.**
- 2 **IDENTIFICAR AS NECESSIDADES DAS PARTURIENTES E FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL.**
- 3 **ELABORAR PROPOSTA PROJETUAL (ESTUDO PRELIMINAR) QUE ATENDA ÀS NECESSIDADES ASSISTENCIAIS DA SAÚDE FÍSICA E PSICOLÓGICA - COMPREENDENDO O PROCESSO DE GESTAR, PARIR E CUIDAR.**

A metodologia de abordagem qualitativa foi aplicada por meio do questionário, baseado no levantamento bibliográfico apoiado na consulta dos trabalhos historiográficos de autores como Maceachern (1951), Focault (1989), Miquelin (1992), Costi (2002), Toledo (2006) permitindo compreender melhor as transformações do edifício hospitalar bem como os procedimentos utilizados pela própria medicina, entendendo o contexto da

arquitetura hospitalar desde os séculos XVIII até o chamado hospital terapêutico.

Quanto ao caráter de humanização em ambientes hospitalares, buscou-se compreender como os autores identificam e definem as estratégias utilizadas pelos arquitetos e a aplicação na história dos ambientes de saúde, buscando análises por autores interdisciplinares, como Odent (2002), Lopes (2004), Medeiros (2004) e Toledo (2008).

Para a obtenção das informações sobre as necessidades dos agentes foram utilizado múltiplas técnicas, como a realização de entrevistas, aplicação de questionários, observação em campo e elaboração de mapas cognitivos.

Este capítulo aborda pontos fundamentais para a compreensão desde a história do edifício hospitalar, o ambiente materno-infantil, os princípios da humanização, até os procedimentos metodológicos.

HISTÓRIA DO EDIFÍCIO HOSPITALAR

A caracterização do processo histórico da anatomia dos edifícios hospitalares, é dado por meio da espacialidade e funcionalidade oriundas de mudanças políticas e do desenvolvimento da ciência, onde os edifícios eram concebidos de acordo com os costumes de cura, as transformações realizadas nos edifícios hospitalares são reflexos dos avanços tecnológicos e da mudança de pensamentos da sociedade. (MACEACHERN, 1951 *apud* LUKIANTCHUKI; CARAM, 2008). MIQUELIN² (1992, p. 28) atribui ao histórico de construção da transformação em cinco fases: Antiguidade, Idade média, Renascença, Era Industrial e Pré-contemporânea, como se pode ver na FIGURA 01.

Na Grécia Antiga, existiam três tipos de edifícios de cura: o público, destinado aos cuidados de enfermos e

² Lauro Miquelin, arquiteto com Ph.D. em edifícios da saúde, fundador e diretor da L+M Arquitetura.

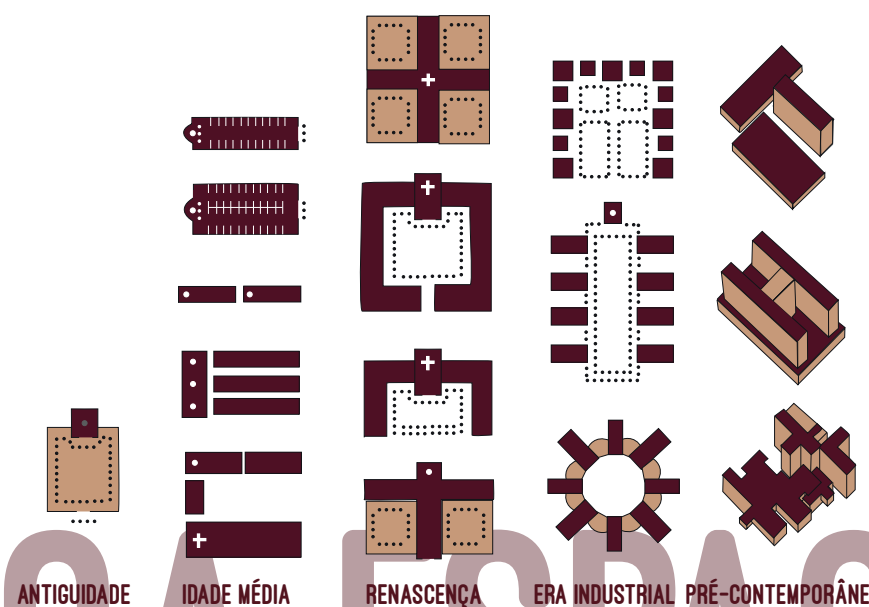
idosos; o privado, os pacientes recebiam tratamentos; e o religioso, onde o enfermo recebia o diagnóstico de um sacerdote e passava pelo processo de purificação por meio da água. (MIQUELIN, 1992, p. 29). O aspecto religioso em parte era voltado para o conforto dos pacientes, os templos estavam localizados junto as fontes de águas térmicas, promovendo paisagens externas. Nessa época, a concepção era que o tratamento deveria abranger o corpo e a mente. (MACEACHERN, 1951).

Durante a idade média, passou-se a entender que os hospitais eram como o último estágio da vida de um ser humano, tendo como objetivo o confinamento das pessoas doentes, visando assegurar a vida dos que estavam sãos, havendo pouca esperança de recuperação (MIQUELIN, 1992). Ainda no período gótico, como no renascentista, os edifícios eram projetados de acordo com as técnicas construtivas disponíveis, inspirando-se na arquitetura das catedrais: janelas, altas e estreitas, inseridas em paredes de grandes espessuras, o

FIGURA 01. A evolução da forma dos edifícios hospitalares em quatro momentos da história. Fonte: MIQUELIN, 1992; TAYLOR, 1997; CABAL, 2001; TOLEDO, 2006. Editado pela autora, (2019)

que reduzia a capacidade da entrada de luz natural no ambiente. (COSTI, 2002).

As construções renascentistas projetavam a espacialização inspirado na arquitetura religiosa como composição o elemento cruciforme e o pátio interno rodeado por galerias e corredores (MIQUELIN, 1992), permitiam uma melhor iluminação e ventilação dos ambientes do hospital. Contudo, houve pouco êxito devido à grande dimensão dos ambientes. (MACEACHERN, 1951 *apud* LUKIANTCHUKI; CARAM, 2008).



A partir do século XVIII, após a revolução industrial, mostrou-se uma nova visão do homem e da natureza, resultando na ampliação dos conhecimentos, aprimorando o saneamento e higienização que se intensificaram no século XIX. Em 1780, a doença passa a ser reconhecida como fato patológico, e o hospital se torna um instrumento destinado a curar. (FOUCAULT, 1989)

O hospital como instrumento terapêutico datado do final do século XVIII, trouxe a consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar, aparecendo claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática comparada aos modelos hospitalares anteriores. (FOUCAULT, 1989, p.99)

Contudo, no final do século XVIII os hospitais sofrem duras críticas relacionadas a superlotação e a má ventilação que impediam o funcionamento adequado dos edifícios hospitalares. Então, a arquitetura passa a ser um fator fundamental para a elaboração de um ambiente hospitalar adequado para a cura, onde se revê o dimensionamento dos ambientes

baseado nas atividades de cuidados com os pacientes, e estabelecendo uma forte estruturação do mesmo (SILVA, 2001).

HISTÓRIA DO AMBIENTE DE NASCER

O hospital maternidade pode ser considerado uma síntese destas funções citadas nos últimos parágrafos e da própria definição, que se deve incluir os componentes estruturais, assistenciais e humanos, conforme recomenda a Organização Mundial da Saúde (OMS) (GIGLI, 1993; WHO, 1998).

Este, deve contemplar e dispor de características, que compreendam a complexidade dos procedimentos e apresente ambientes que se atentem para as necessidades específicas e próprias da necessidade da gestante (LERMAN, 2002; BITENCOURT, 2003).

HÁ, PORTANTO, QUE SE CONSIDERAR NA SUA IMPLANTAÇÃO, ATRAVÉS DO PROCESSO CRIATIVO DE PLANEJAMENTO DA ARQUITETURA, OS ELEMENTOS QUE TRANSCENDEM OS LIMITES ESTABELECIDOS PELA RIGIDEZ DOS REGULAMENTOS, DOS CÓDIGOS EDIFÍCIOS E PELO TECNICISMO DOS EQUIPAMENTOS QUE A DEMANDA DA ATUALIDADE ASSISTENCIAL IMPÕE. COMPATIBILIZADOS COM A EXPECTATIVA DE AMBIENTE NÃO-ESTRESSANTE QUE O EVENTO DO

PARTO POSSA PROPORCIONAR. (BITENCOURT, 2007, P.45)

Durante todo o processo histórico, caracterizado pela transformação das formas de implantação da atenção obstétrica ao nascimento, até meados do século XIX, as parteiras se deslocavam ao domicílio das parturientes, haviam poucas instalações dedicadas a realização de partos, embora um *Hôtel Dieu*, em Paris, já contasse em seu programa com uma enfermaria obstétrica desde 1664, segundo NULAND (2005).

Os prédios de caráter religioso em Paris foram significativos ao longo das transformações. Em 1795, instalou-se nos antigos prédios do Oratório e do convento de Port-Royal, o Asilo da Maternidade (*Hospice de La Maternité*), substituindo o antigo Serviço das Parturientes (*Office des Accouchées*) do *Hôtel-Dieu*, com o objetivo de atender as mulheres em trabalho de parto e também para a capacitação para parteiras.

Com a transição do ambiente de nascer do lar para o hospital, sucedeu disputas entre a classe médica e parteiras pela execução dos procedimentos do parto (RHODES, 1995; ROLLET, 1995; NULAND, 2005), refletindo na modifi-

cação do local de realização do parto para o interior do edifício hospitalar.

Ao final do século XVIII, consolidam-se diferentes estratégias e configurações para o espaço destinado aos atendimentos materno-infantil, gerando em cada período plantas arquitetônicas específicas personificando as distintas formas de ocupação e de tipologia construtiva, conforme descrito por Lefaucheur (1995).

Inserido no conjunto dos hospitais gerais, a maternidade passa a ser um conjunto integrado de desenho e ambiente específicos, apesar de ser criados diversos serviços para grávidas em vários hospitais em toda a Europa, também sugeriram maternidades autônomas, como *The Lying - in Hospital for married woman*, em Londres, sendo intensificado no século XIX.

Entretanto, só no século XX, entre o período de 1920 a 1970, na França, e de 1940 a 1970, nos EUA, o desenho completo do programa obstétrico hospitalar viria a ser construído, configurado no conjunto de salas para procedimentos específicos e individualizados, ambiente para os profissionais, segundo o modelo contemporâneo. (DINIZ, 2001; KNIBIEHLER,

2002; LERMAN, 2002; ODENT, 2002).

No Brasil, a primeira edificação específica de função da obstetrícia e ginecologia no Brasil, é inaugurada em 1904, a Maternidade Escola do Rio de Janeiro, sendo seu fundador e primeiro Diretor o médico Antonio Rodrigues Lima, localizada na zona sul da cidade, atualmente é denominada Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Em estudos realizados por Lopes e Medeiros (2004) revisando a literatura bibliográfica sobre o termo “humanização” na área dos serviços à saúde, constatou-se três aspectos: a assistência, a instituição e o ambiente físico. Sendo assim, entende-se que o processo de “humanização”, deveria estar diretamente ligado ao esse sistema.

A “humanização da assistência” compreende a mudança da atitude do profissional para com o paciente, com um atendimento personalizado, caloroso, não tratando o indivíduo como um número, mas como uma pessoa, amenizando a per-

cepção do ambiente de alta complexidade e tecnologia. (LOPES e MEDEIROS, 2004)

Segundo Carpman, Grant e Simmons (1986), o projeto humanizado deve contemplar as perspectivas do paciente e visitantes, considerando a interação das pessoas com os ambientes, e o seu estado emocional e psicológico em que se encontram ao sujeitar-se aos procedimentos ou a diversidade/quantidade de objetos e pessoas no local.

Os autores propõem que as necessidades dos agentes estão divididas em quatro aspectos: **sinalização, conforto físico, possibilidade de regular o contato social e cuidado com significados transmitidos pelo ambiente.**

O projeto deve considerar os fatores de percepção dos usuários que são percebidos através do que se pode ser sentido por respirar, ouvir, tocar e ver no período que estiveram no hospital, levando consigo uma memória sensitiva positiva ou negativa.

A privacidade do usuário é um fator determinante na sua experiência pessoal. Malkin (1992), sugere que elementos atuem em favor da individualidade,

concedendo o controle sob as situações ao seu entorno, permitindo ou não, o contato com outros pacientes, não ser visto pelo exterior do hospital, mas trabalhar a visão da natureza, a entrada de luz e ventilação natural nos dormitórios.

A ambientação do espaço comporta também a questão das cores e texturas, incluindo os componentes de paginação, revestimentos, acessórios e mobiliários, assim como o apoio para suporte aos familiares por meio de jardins internos, espaços de convivência e alimentação.

Medeiros (2004) relata que o ambiente terapêutico está nas áreas de circulação e os de maior permanência dos pacientes, onde os componentes das antigas filosofias orientais, sob a integração da mente-corpo com o uso de elementos como a água, cores, música e vegetação contribuem para o processo de recuperação do paciente.

Malkin (1992) um dos principais autores sobre essa temática, utiliza o termo *“healing environment”*, que pode ser traduzido como “ambiente de cura”, onde Medeiros (2004) faz uso desse como “potencial terapêutico dos ambientes construídos” em sua dissertação, remetendo a

importância dos ambientes influenciando os pacientes, não com o objetivo de curar, mas contribuir na recuperação e tratamento.

Para Karman e Fiorentini (2002), a humanização dos espaços são como elementos formuladores do projeto arquitetônico, contudo, não definem o termo, mas listam alguns componentes importantes como cores, insolação, flores, lazer, lojas, paisagem, relações humanas e lugares para refeições como lanchonetes.

Toledo (2008), elenca em sua tese três grandes categorias de projetos de hospitais para serem pesquisados, os quais prevaleceram sobre os demais, gerando assim um agrupamento:

A PRIMEIRA ENGLOBALA OS HOSPITAIS QUE TÊM A FUNCIONALIDADE E A INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA COMO PREOCUPAÇÕES DOMINANTES DO PROCESSO PROJETOAL; A SEGUNDA CATEGORIA REÚNE PROJETOS QUE ADOPTARAM PARTIDOS TEMÁTICOS, COMO FORMA DE AFASTAR SENTIMENTOS NEGATIVOS GERALMENTE LIGADOS À IMAGEM DO HOSPITAL, COMO O MEDO DA MORTE, DA SOLIDÃO E DO SOFRIMENTO; O TERCEIRO GRUPO REUNIU PROJETOS QUE SE CARACTERIZAM PELA HUMANIZAÇÃO E PELA ARQUITETURA SUSTENTÁVEL. (TOLEDO, 2008.P. 117)

Defendendo que a medicina e a ar-

quitetura hospitalar unam-se com o propósito de promover a saúde e conforto físico e psicológico ao paciente, elevando a condição deste ao processo terapêutico, considera-se que as EAS sejam humanizadas em todos os seus níveis, desde os postos de saúde até o hospital.

Os projetos temáticos são hospitais que se destacam pela sua característica cenográfica que apresenta em sua volumetria ideários sociais (TOLEDO, 2008). O objetivo era fazer com que o hospital construído se afastasse do conceito já estabelecido, um ambiente frio e inóspito.

A finalidade de expressar uma nova aparência era refletida nos projetos os aspectos de hotéis cinco estrelas ou a um centro comercial, ambientes mais agradáveis que pudessem ser vividos em passeio de férias ou em *shoppings centers* (TOLEDO, 2008), uma característica da arquitetura pós-moderna.

A materialização dessas ideias se dava por meio de fachadas e aos interiores, onde as perspectivas acentuavam em parte os aspectos tecnológicos, bem como em alguns momentos os cenários clássicos, com salas que reme-



FIGURA 02

tiam a hotéis cinco estrelas, como se pode ver nas FIGURAS 02 E 03. (TOLEDO, 2008)

Medeiros (2004) cita em seu estudo, a hotelaria hospitalar como uma nova tendência, os projetos desse tipo só foram construídos a partir da década de 1980, onde houve a descentralização dos sistemas de saúde. Projetado para a rede privada esse tipo de projeto tinha objetivo de atrair mais “clientes” permitindo estadias mais confortáveis.

Possuindo raízes linguísticas semelhantes, os hospitais e hotéis, são ligados pela hospitalidade do sujeito, bem como algumas semelhanças nos Serviços como apartamentos, cozinhas, lavanderias e restaurantes. (MILLER e SWENSSON 1995 *apud* MEDEIROS, 2004) Para Godoi (2004), a introdução da hotelaria hospitalar por meio da utilização de técnicas, procedimentos e serviços, gera benefícios so-



FIGURA 03

ciais, físicos, psicológicos e emocionais para pacientes, familiares e funcionários.

Godoi (2004) remete alguns ambientes que aumentem o conforto do paciente, como praça de alimentação e áreas de jardins, além de setores a serem criados como solários, galeria de arte, auditório, brinquedoteca, biblioteca, drogaria, entre outros espaços que remetam aos ambientes de hotelaria para os pacientes

O outro tipo de ambiente dos hospitais temáticos, é a personificação do espaço, remetendo ao uso do lar, um recurso do imaginário comum, aplicado as fachadas e ao interior, ocultando a função hospitalar como pode ser percebido na FIGURA 04 E 05.

A decoração desse tipo de ambiente apresenta elementos como camas mais baixas do que as convencionais dos hospitais, tapetes, cortinas, poltronas, tudo que se assemelhe a residências. (MEDEI-

FIGURA 02.

Centro Médico de Baltimore, Maryland. Halls de entrada do Centro Médico de Nebraska, Arq. Hansen Lind Meyer; Centro Oncológico de Silvester, Miami, Arq. Payette Associates; Torre Médica St. Luke's, Texas, Arq. César Pelli Associates.

Fonte: NESMITH, 1995, p. 28, 51, 98

FIGURA 03.

Centro Médico de Baltimore, Maryland. Halls de entrada do Centro Médico de Nebraska, Arq. Hansen Lind Meyer; Centro Oncológico de Silvester, Miami, Arq. Payette Associates; Torre Médica St. Luke's, Texas, Arq. César Pelli Associates.

Fonte: NESMITH, 1995, p. 28, 51, 98

FIGURA 04.

Womens Pavilion, Gwinnett Medical Center em Lawrenceville, Geórgia, Arq. Nix Mann and Associates

Fonte: NESMITH, 1995, p. 185.

FIGURA 05.

Hospital de Apoio de Shenandoah, Virgínia, Arq. Richard Rauch & Associates.

Fonte: NESMITH, 1995, p. 1969.



FIGURA 04

ROS, 2004) Contudo, esse tipo de projeto é essencial que a seleção de materiais seja criteriosa, visto as questões de segurança a saúde e manutenção. (TOLEDO, 2008)

A categoria dos projetos que enfatizam a humanização e sustentabilidade, são edifícios integrados à estrutura urbana, distinguindo-se por sua arquitetura funcional, flexível e bela por proporcionar conforto e segurança aos usuários, caracterizado pelo processo projetual coletivo, em equipes interdisciplinares, sendo o diálogo a sua base. (TOLEDO, 2008)

NESSE SENTIDO. CITAMOS O PACIENT-CENTERED DESIGN (PROJETO FOCADO NO PACIENTE) COMO UMA NOVA FORMA DE PENSAR A ARQUITETURA DE ESPAÇOS PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE. INTEGRANDO OS AVANÇOS TECNOLÓGICOS A UMA NOVA CONCEPÇÃO DE PROJETO. EM QUE A TECNOLOGIA NÃO NECESSITE IMPOR AMBIENTES DESPIDOS DE IDENTIDADE E ESCALA HUMANA E EM QUE O USUÁRIO RECONHEÇA OS VALORES PRESENTES NO SEU COTIDIANO (COSTEIRA, 2004).



FIGURA 05

Frampton (2000), trata o estilo internacional, corrente da arquitetura moderna, a subordinação da estética à funcionalidade, simplificando a uma padronização de formas e materiais, em especiais sintéticos, partes modulares, com a expressiva produção em grande escala dos produtos.

Surge então, a “tipificação” de projetar em arquitetura, sob a repetição de unidades, conhecidas como casa-tipo, pavimento-tipo, etc. Neste estilo a modulação nos aspectos dimensionais, estruturais e de mobiliários, predomina configurando a racionalização da construção.

Interiormente, os edifícios seguem um modelo ergonômico padronizado, marcado pela predominância da cor branca e sem ornamentações, tetos planos, volumes puros, estrutura em concreto e aço possibilitando o alcance de grandes vãos de vidros nas fachadas.

Segundo FREIRE e MEDEIROS (2005), não há uma definição estabelecida para o termo humanização na arquitetura, mas que esta está relacionada a ambientes “aconchegantes” ou que transmitam a “sensação de bem-estar” dos usuários, o que em parte limita o projeto devido as especificidades dos ambientes.

AMBIÊNCIA NA HUMANIZAÇÃO

A cartilha de ambiência do Ministério da Saúde, publicado em 2010 visa corroborar com aplicação do conceito de ambiência na arquitetura para os espaços da saúde, ademais, procura ir além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, considerando as situações que são construídas em um dado tempo experienciadas por indivíduos com seus valores seus valores culturais e relações sociais.

AMBIÊNCIA NA SAÚDE REFERE-SE AO TRATAMENTO DADO AO ESPAÇO FÍSICO ENTENDIDO COMO ESPAÇO SOCIAL, PROFISSIONAL E DE RELAÇÕES INTERPESSOAIS QUE DEVE PROPORCIONAR ATENÇÃO ACOLHEDORA, RESOLUTIVA E HUMANA. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, P.5)

Segundo o Ministério da saúde, o



conceito de ambiência segue três eixos, sendo eles:

Quando ao aspecto da confortabilidade os componentes atuantes como modificadores e qualificadores do espaço, estimulam a percepção ambiental, a cartilha recomenda quanto a utilização com equilíbrio e harmonia, gerando ambiências

FIGURA 06.

Conceito de ambiência no espaço de saúde segundo o Ministério da Saúde.

Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde. FIGURA 06 (Ministério da Saúde, 2010)

A seguir exploraremos exemplos da contribuição desses elementos como distrações positivas, abordaremos rapidamente as temáticas e suas implicações.

MORFOLOGIA

A morfologia se trata por meio da configuração de formas, dimensões e volumes que criam espaços, que podem ser avaliados como mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas dependendo de sua experiência pessoal e experiências passadas.

CHEIRO

Compreender que os odores que podem compor o ambiente, interferindo ou não no conforto das pessoas.

SOM

O Ministério da Saúde propõe a utilização de música ambiente em alguns espaços

como enfermarias e esperas. Em alguns ambientes, é importante considerar também a proteção acústica que garanta a privacidade e controle, da emissão ou recepção de alguns ruídos;

SINESTESIA

Considera-se a percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas;

ARTE

Como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas;

COR

Estudos feitos por Schuschke e Christiansen (1994) demonstrados por Bosch et al. (2012) que os pacientes analisados não chegaram à conclusão de uma cor específica, mas relataram preferência por cores claras para todos os objetos, como teto, parede, piso, cortinas, móveis e lençóis.

A cor, em especial no ambiente hospitalar passou por algumas fases como

mostra Matarazzo (2010), onde desde a antiguidade, os egípcios utilizavam das propriedades curativas das cores, contudo, na idade média, os ambientes eram escuros, onde após o processo de higienização, em termos de assepsia, os hospitais passaram a adotar as cores mais claras, principalmente a cor branca.

No entanto, Tofle *et al.* (2004) indica que a essa aplicação do branco nas paredes, tetos e pisos, gera estranhezas ao usuário, pois o mesmo vive diante da variação cromática, o que pode acabar configurando em um vazio, afetando-o psicologicamente.

AS CORES OU COMPOSIÇÕES CROMÁTICAS, EM UM HOSPITAL, ESTÃO PRESENTES EM TODO O ESPAÇO VISUAL: DESDE OS UNIFORMES, EQUIPAMENTOS, ATÉ OBRAS DE ARTE E MOBILIÁRIO, E JUNTAMENTE A OUTROS ELEMENTOS ARQUITETÔNICOS, COMPÕE O ESPAÇO. ELA, NO ENTANTO NÃO SERVE SOMENTE COMO UM ELEMENTO ESTÉTICO OU DECORATIVO EM UM AMBIENTE: PODE DESEMPENHAR OUTRAS FUNÇÕES, COMO A DE PROMOVER INFORMAÇÃO COMO, POR EXEMPLO A ORIENTAÇÃO DAS CIRCULAÇÕES E A SETORIZAÇÃO DAS ÁREAS EM UM HOSPITAL. (MATARAZZO, 2010, P. 148)

No ambiente hospitalar, a composição mais utilizada é a de contraste de cores, pois gera estímulos visuais, possibilitando distinção de formas, volumes e de-

- ✚ **PRETO_** Seriedade, profundidade, elegância e atemporal.
- ✚ **CINZA_** Velocidade, dinamismo, modernidade, tecnologia e elegância.
- ✚ **PRATA_** Aconchego, reflexão, segurança, maturidade e confiança.
- ✚ **MARROM_** Conforto, sobriedade, solidez, segurança, calma, e singularidade.
- ✚ **OURO_** Felicidade, ostentação, bondade, lealdade, honestidade e confiança.
- ✚ **VERDE_** Calmaria, segurança, equilíbrio, descontração, credibilidade, agradável e refrescante.
- ✚ **AZUL_** Segurança, relaxante, aconchegante, harmonia, concentração, positividade, amplitude e limpeza.
- ✚ **VIOLETA_** Bem-estar, calma, sensibilidade, espiritualidade, relaxamento e singularidade.
- ✚ **ROSA_** Bem-estar, calma, sensibilidade, espiritualidade, relaxamento e singularidade.
- ✚ **VERMELHO_** Dinamismo, energia, felicidade, força vital, potência, liberdade, coragem e elegância.
- ✚ **AMARELO_** Leveza, estímulo, espontaneidade, otimismo, alegria, vigor, acolhimento e proximidade.
- ✚ **LARANJA_** Sociabilidade, extroversão, intensidade, penetrante, energética, criatividade e aconchego.
- ✚ **BRANCO_** Neutralidade, clareza, inocência, silêncio, tranquilidade, pureza, limpeza, leveza e amplitude.

mais elementos do espaço (MALKIN, 2008), evitando a fadiga, o cansaço físico e mental, devido a monotonia dos ambientes. (GUZOWSKI 1999, *apud* MATARAZZO, 2010)

Um estudo realizado por Fialho (2020) aponta como as cores podem proporcionar bem-estar ao indivíduo, não como um fator de cura, mas de como as cores podem influenciar sobre as emoções, a partir da análise de sensações apoiado nas contribuições de Heller (2013), Farina (2011) e Schleifer (2011), resultou em um quadro síntese elaborado a partir do estudo acerca de cada uma das cores psicológicas. Como se pode ver na coluna ao lado.

SINALIZAÇÃO

A ambiência nas urgências e emergências apresentam algumas peculiaridades, compreendendo os pressupostos da atenção por nível de gravidade: o acolhimento e a classificação de risco. **FIGURA 07**

Uma ferramenta eficiente que corrobora para a organização das funções e facilidade de entendimento, é a sinalização com o fim de direcionar para alas, identificando e setorizando os espaços por cores, ca-



FIGURA 07. Áreas de Pronto-Socorro (Atenção por Nível de Gravidade e Acolhimento com Classificação de Risco).
Fonte: Ministério de Saúde, 2010. Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

racterizado por dois eixos: o vermelho da emergência e o azul do pronto atendimento.

ÁREAS EXTERNAS

A cartilha recomenda que se dê uma devida atenção a porta de entrada, que constitui-se em lugar de espera ou de descanso dos funcionários, incluindo ambientes como sala de estar dos pacientes e/ou de seus acompanhantes.

Compreendendo que o ambiente hospitalar é um lugar que pode-se tornar desconfortável devido aos estresses da espera, os jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento.

(...) ESSAS ÁREAS SÃO IMPORTANTES ESPAÇOS DE ENCONTROS E INTEGRAÇÃO. LOCAIS DE PASSAGEM EM SEUS DIFERENTES SENTIDOS, QUE PODEM CONFIGURAR-SE COMO ESPAÇOS E MOMENTOS DE DIFERENTES TROCAS, CONTRIBUINDO PARA A PRODUÇÃO DE SAÚDE (...) PODEM SER CRIADAS AMBIÊNCIAS EXTERNAS MULTIFUNCIONAIS, TANTO PARA ESPERA CONFORTÁVEL QUANTO PARA DIFERENTES PRÁTICAS DE CONVÍVIO E INTERAÇÃO, INCLUINDO ATIVIDADES FÍSICAS COMO RELAXAMENTO. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, P.10)

As áreas de jardins internos têm ganhado espaço nos ambientes hospitalares, visando amenizar a temperatura, contribuindo para o aumento da umidade relativa

do ar, além das sensações promovidas pelo conforto fisiológicos, acrescidos pela finalidade terapêutica (DOBBERT, 2010), o indivíduo em contato com a natureza.

ENTRETANTO, O MAIS IMPORTANTE ASPECTO DA NATUREZA É O FATO DE QUE ELA ESTÁ SEMPRE EM MUDANÇA. NUNCA ESTÁTICA. ESSE MOVIMENTO CONSTANTE DE TODOS OS ELEMENTOS DA NATUREZA É QUE DESPERTA A CURIOSIDADE E PRENDE A ATENÇÃO DO HOMEM. POIS LHE PROPORCIONA ESTÍMULOS SENSORIAIS. EVITANDO A MONOTONIA E O TÉDIO. O BALANÇAR DAS FOLHAS, AS DIFERENTES NUANCES DE COR DO PÔR-DO-SOL, AS CORRENTES DE VENTO, O BARULHO DAS ONDAS, O MOVIMENTO DAS NUVENS E AS ÁGUAS CORRENTES DOS RIOS, ENTRE OUTROS, INJETAM UMA DIVERSIDADE MUITO GRANDE DE ESTÍMULOS BENÉFICOS AO SER HUMANO, DISTRAINDO-O, RELAXANDO-O E DESPERTANDO NELE SENSACIONES E PENSAMENTOS POSITIVOS. (VASCONCELOS, 2004, P.72)

A acessibilidade destes espaços verdes é primordial para que os usuários possam encontrar e chegar a estes ambientes com facilidade, que apesar de ser um espaço em comum, deve conter certa privacidade. As implicações dos jardins terapêuticos variam de acordo com as características e necessidades dos usuários, considerando a escala, mobiliários, elementos, formas, etc. (HEBERT, 2003; WHITE-HOUSE *et al.*, 2001 *apud* DOBBERT, 2010)

LUZ

Desde 1950, desenvolveu-se diversos estudos sobre a iluminação natural em hospitais, sobressaindo os sistemas de iluminação natural implantados no Centro de Diagnóstico Nuffield, Corby e no *Hospital Larkfield*, Greenlock. Identificou-se que enfermarias com seis ou mais leitos apresentavam problemas de iluminação, onde o sistema era feito através de prateleiras de luz nas janelas, projetando os raios de luz para o teto, e indiretamente para a cama do paciente.

Considerando que muitas pessoas podem chegar a passar muito tempo em uma unidade hospitalar, como os espaços de enfermarias e salas de esperas, a concepção desses espaços deve contemplar as necessidades do usuário, seja ele funcionário, paciente ou visitante, deve-se dar controle e percepção do tempo.

A SUBSTITUIÇÃO DA SOBRIEDADE E FRIEZA DESTES AMBIENTES PODE SER ALCANÇADA COM A UTILIZAÇÃO DE RECURSOS LUMINOSOS NA EXPLORAÇÃO MÁXIMA DE LUZ NATURAL... CONTRASTE DE CORES, OU AINDA, ÁREAS DESTINADAS À MEDITAÇÃO, PRINCIPALMENTE NO MOMENTO EM QUE TODAS AS FACULDADES MENTAIS PRECISAM ESTAR EM HARMONIA PARA O MELHOR RESTABELECIMENTO DA SAÚDE E

VITALIDADE. (TEIXEIRA E TAMANINI, 2005, P. 82)

Segundo Cavalcanti (2002), devido ao estado de fragilidade do paciente durante sua permanência no hospital, a interação do usuário com o espaço, com a adequação de áreas de sombreamento, tem um papel importante, assim como a iluminação é fundamental sobre o desempenho dos funcionários, em especial que a iluminação natural dá percepção de tempo ao usuário, assim como o controle sob o sistema de iluminação por pacientes e funcionários proporcionam comodidade e bem-estar, além da utilização consciente da energia. (ZUMTOBEL, 2008, *apud* KASPER *et al.*, 2009)

Segundo Zumtobel (2008), os ambientes de recepções e salas de esperas, quando possuem iluminação indireta confere maior aconchego, podendo reduzir o nível de estresse. As áreas sombreadas e as com iluminação direta, devem ser projetadas que forma que haja uma integração suave facilitando os trajetos.

A iluminação, segundo Loe e Davidson (*apud* COSTI, 2000) dá a capacidade visual de determinar a distância a ser percorrida pelo usuário, bem como a apa-

rência dos objetos, forma e as cores das superfícies, prejudicando o controle do usuário sobre o espaço, um dos aspectos fundamentais da humanização. As salas de espera e recepção têm a seguinte atribuição segundo Costa Junior, Ferreira e Coutinho (2006, p. 02):

(...) O MAIOR DESAFIO DE UMA SALA DE ESPERA TALVEZ SEJA O DE PERMITIR AOS PACIENTES QUE AGUARDAM CONSULTA, UM ESPAÇO NATURAL PARA BRINCAR, RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE SUA ENFERMIDADE E SOBRE O HOSPITAL, ALÉM DE OPORTUNIDADES PARA EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS, DÚVIDAS, RECEIOS E DESEJOS.

Considerando que esses ambientes são os espaços de transição entre o interior e o exterior, e que costumam ter um dimensionamento grande, então faz-se necessário iluminações gerais e direcionadas aos elementos que orientem o usuário sobre o espaço. (FONSECA, 2000; COSTI, 2002; PECCIN, 2002 *apud* KASPER *et al.*, 2009).

As soluções de iluminação, também podem amenizar a sensação de tempo de espera no ambiente (COSTI, 2002; ZUMTOBEL, 2008), tendo em vista que o espaço é ocupado por um número maior de usuário e propício a ruídos oriundos de conversações (TOLEDO, 2006).

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), surgiu no ano de 2000 por iniciativa do Ministério da Saúde, com o objetivo reestruturar as práticas de saúde pública com a promoção da pessoa como valor fundamental a partir do aprimoramento da relação profissional-paciente e hospital-comunidade, resultando em um manual que com o apoio das secretarias estaduais e municipais, implantam as ações de humanização por meio dos grupos de trabalho e capacitações dos profissionais.

Segundo os padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 15% do total de partos poderia ser realizado por intermédio de intervenção cirúrgica, contudo o Brasil passou pelo processo da industrialização do parto mais recentemente que os Estados Unidos, mantendo altos índices de partos cesarianos, acima de 21% na média nacional, conforme o DATASUS (MS, 2007) conforme aponta o obstetra francês Michel Odent (2003) e outros autores (THEME FILHA, 1996; RATTO DE LIMA, 1997; DINIZ, 2001; MS, 2001; LEAL, 2002; BOARETO,

2003; TORNQUIST, 2003; CARRARO, 2004).

Com o objetivo de reduzir estes índices, manifesta-se uma nova preocupação com os ambientes, percebe-se um novo comportamento sobre o entendimento de humanização no atendimento ao parto e aos recém-nascidos de risco, destacando-se a Portaria do Ministério da Saúde nº 356 SAS/MS de 22/09/1990, surgindo o

Projeto Maternidade Segura lançado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Funda das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2001; LEAL, 2002; TORNQUIST, 2003; MONTEIRO, 2006), a seguir, no **QUADRO 01** segue o resumo.

QUADRO 01.

Quadro síntese sobre as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde Brasileiro.

Fonte: SUS. Elaborado por Ingrid Oliveira, 2019.

	MONITORAMENTO	LIBERDADE	RESPEITO
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO	- Intermitente; - Da iluminação; - Ambiente calmo e tranquilo.	- No uso do chuveiro; - Para a escolha e posição do parto; - Para comer e beber.	- Da primeira hora de ligação familiar da mãe/pai com o bebê; - Mínima intervenção, devendo ser aprovado pela gestante ou acompanhante.
OBJETIVOS DA REDE CEGONHA	<ul style="list-style-type: none"> • Novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; • Rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; • Redução da mortalidade materna e neonatal. 		
COMPONENTES FINANCIADOS PELO MIN. DA SAÚDE	Ambiência, Banco de Leite Humano, Casa de Gestante Bebê e Puérpera, Centro de Parto Normal, Unidade Neonatal - UCINca, Unidade Neonatal - UCINco, Unidade Neonatal - UTIN. Estes, objetivam a atenção ao estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil.		

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL (REDE CEGONHA)

A estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde, visa realizar ações que garantam o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para as parturientes, se propondo a oferecer assistência ao planejamento familiar, da confirmação da gravidez, pré-natal, parto, 28 dias pós-parto (puerpéro), até os dois primeiros anos de vida da criança, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como está exemplificado no quadro 01.

No Estado da Paraíba, todos os 223 municípios aderiram à Rede Cegonha em 2012, através de Planos de Ação Regional (PAR). Inicialmente, 07 Maternidades, localizadas em João Pessoa (Frei Damião, Instituto Cândida Vargas, Hospital Universitário Lauro Wanderley e Hospital Edson Ramalho), Campina Grande (ISEA), Patos (Peregrino Filho) e Cajazeiras (Hospital Regional de Cajazeiras) ficaram como referência para o parto de alto risco.

METODOLOGIA PROJETUAL

Entende-se que o presente trabalho aponta algumas referências projetuais pertinentes, contudo, há uma amplitude infinda de outras possibilidades e estratégias sobre a forma de projetar um hospital materno-infantil. Baseado nos estudos realizados por TOLEDO (2002 e 2008), sob a sua crítica de como tem se dado o processo projetual das edificações hospitalares.

A distribuição espacial dos setores e de suas unidades funcionais constitui a etapa de setorização, que se inicia logo após a conclusão do programa arquitetônico, tendo como base as relações entre os setores e a análise dos fluxos hospitalares.

O Manual para elaboração de projetos de edifícios de saúde na cidade do Rio de Janeiro (Lopes, 1996:18) define inter-relação funcional como sendo a necessidade ou expectativa de comunicação entre ambientes de um mesmo setor ou de setores distintos, para o desenvolvimento de uma ou mais atividades e a classifica

em três categorias, que variam quanto à intensidade e especificidade dos fluxos existentes entre os ambientes ou setores.

A legislação é um substancial para o processo projetual de qualquer edificação, regendo normas que asseguram a segurança do indivíduo. E para suporte deste trabalho, foram fundamentais a Resolução de Diretoria Colegiada, nº 50 e nº 36, que são específicas para estabelecimentos assistenciais de saúde, a Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT NBR, e a Associação Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA.

As leituras das normas de apoio, foram a ABNT NBR 9050, que se refere a acessibilidade, NBR 9077 - saída de emergências em edifícios, NBR 7256/2005 - Exigências básicas para as condições do ar ambiental em instalações de ar condicionado e ventilação para unidades médico-assistenciais, assim como a NBR 10152/1987 - níveis de ruído para conforto acústicos. Igualmente, o código de obras do município de Campina Grande, lei nº 5410/13.

A concepção arquitetônica dos ambientes de saúde não tem, por

pressuposto, a condição de controlador dos fatores de transmissão das infecções nas edificações. Não deve, no entanto, afastar-se da responsabilidade que os elementos estruturais, os materiais de construção, os fluxos e a utilização das condições naturais têm como contribuintes, facilitadores, ou até mesmo como inibidores do processo. (BITENCOURT, 2007, p.118)

A RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002, é o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde - EAS. Segundo esta resolução, o estudo deve ser desenvolvido a partir da análise de consolidação do programa de necessidades, com a caracterização dos espaços, atividades e equipamentos básicos, os quais são médico-hospitalares e de infraestrutura, bem como o atendimento às normas e leis de uso e ocupação do solo.

A organização físico funcional, depende das atribuições e atividades desenvolvidas nos diversos tipos de EAS. A resolução, então lista atividades geradoras ou que caracterizam os ambientes, que são gerais, embora as extensas tabe-

las busquem esgotar a listagem de ambientes, podem surgir alterações e/ou transformação das atribuições e atividades.

O diagrama a seguir, mostra as atribuições de estabelecimentos assistenciais mais gerais citados no Capítulo 2 da RDC 50, sendo oito atribuições que se subdivide em atividades e subatividades. **FIGURA 08.**

Os critérios para projetos de esta-

belecimentos assistenciais de saúde são apresentados através de variáveis que guiam e estabelece as medidas a serem tomadas nas distintas fases de desenvolvimento de projeto. São elas: circulações externas e internas, condições ambientais de conforto, condições ambientais de controle de infecção hospitalar, instalações prediais ordinárias e especiais; e condições de segurança contra incêndio.

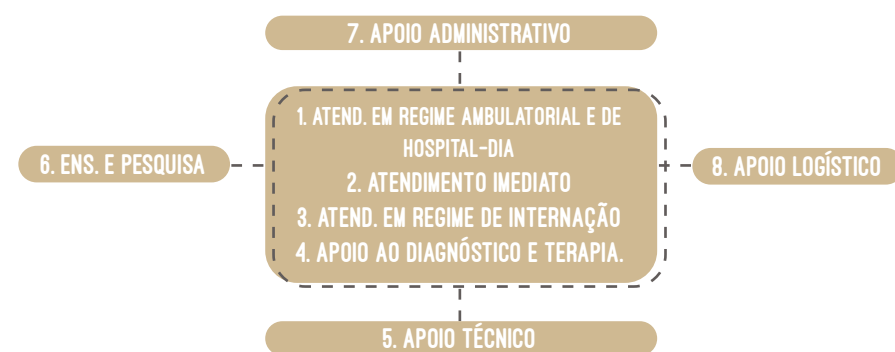


FIGURA 08. Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais. Fonte: RDC 50, 2002, p. 24. Editado por Ingrid Oliveira, 2019.

O capítulo “reflexões” apresenta as dimensões de humanização no ambiente hospitalar como um resumo dos itens apontados anteriormente, estudos de caso e a análise do questionário produzido para observação dos principais das necessidades das parturientes.

dimensões

Apresentado em 6 eixos norteadores, o esquema ao lado mostra os princípios bases no que tange a parte física do espaço, correspondendo a arquitetura. Os espaços devem comportar o acolhimento, acesso à informação, cuidados com a saúde, flexibilização, humanização, e compatibilização com as variáveis. (FIGURA 09)

Diante dos aspectos de humanização descritos por meio dos estudos apresentados neste trabalho, foi realizado uma coleta das informações resultando em um esquema das dimensões no tange à arquitetura e as experiências individuais, o que favorecerá no processo projetual.

promover conforto no ambiente e facilitação de acesso as informações.

ACOLHER



distribuição de rede lógica que possa ser dimensionada e flexibilizada.

INFORMATIZAR



cuidados com a prevenção e promoção da saúde.

PROMOVER



a concepção da estrutura física da unidade e incorporação de tecnologia.

FLEXIBILIZAR



conforto ambiental e qualidade espacial. Respeito a individualização.

HUMANIZAR



tecnologia, conforto ambiental e fluxos. Segurança e facilidade na manutenção.

COMPATIBILIZAR



Dividido em duas dimensões, a dimensão arquitetônica corresponde aos tipos de uso do espaço, aos elementos que proporcionarão algumas sensações, e os condicionantes que resultarão nas experiências. Classificadas como dimensão

social aplicada as relações proporcionadas aos usuários, complementarão os aspectos de humanização desde o processo projetual até a apropriação dos usuários como pode-se observar na FIGURA 10.



FIGURA 09. Recomendações para orientar a arquitetura de ambientes de saúde. Fonte: Costeira, 2004. Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 10. Dimensões dos aspectos da humanização. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2019.

estudos de caso

Os estudos de casos foram escolhidos de forma que materializasse os conceitos teóricos sobre a humanização hospitalar abordados anteriormente. Os critérios estabelecidos tiveram que se adaptar ao contexto vivido na pandemia em 2020, o ano de produção desse trabalho acadêmico.

Pretendia-se estudar três escalas, sendo um de cada: internacional, nacional e regional, entretanto, não foi possível realizar a visita técnica ao estudo de caso ISEA, a maternidade pública de Campina Grande, contudo, tornou-se inviável a pesquisa *in loco*.

Sendo assim, foi necessário haver uma adaptação, sendo duas edificações internacionais e um edifício nacional. Estes são relevantes sobre a ótica da humanização, implantação (ocupação no terreno), e funcionalidade.

Os dois primeiros estudos de caso se tratam do hospital e maternidade *Al Qsammi*, localizado nos Emirados Árabes e o centro internacional de neuroreabili-

tação e neurociências Sarah Kubitschek, localizado no Estado do Rio de Janeiro, como eles possuem uma escala similar, optou-se por elaborar um quadro resumo com as principais características abordadas e qual dessas poderiam ser aplicadas na proposta do estudo preliminar.

Esse estudo foi realizado no ano de 2019, antes de se instalar a pandemia, após a constatação da inviabilidade do estudo de uma obra regional, buscou-se outro estudo de caso que possuísse alguma correlação de materiais, espacialidades, conceitos aplicáveis e que fosse um estudo de que corroborasse significativamente e tivesse similaridade regional com o local da proposta.

O estudo de caso regional seria mais analítico, com as configurações permissíveis e acessíveis no contexto local, portanto, seguiu-se a metodologia proposta da análise isolada para o *The Mother & Baby Hospital Unit* na República Democrática do Congo.



O HOSPITAL UMA MÁQUINA PARA CURAR

44

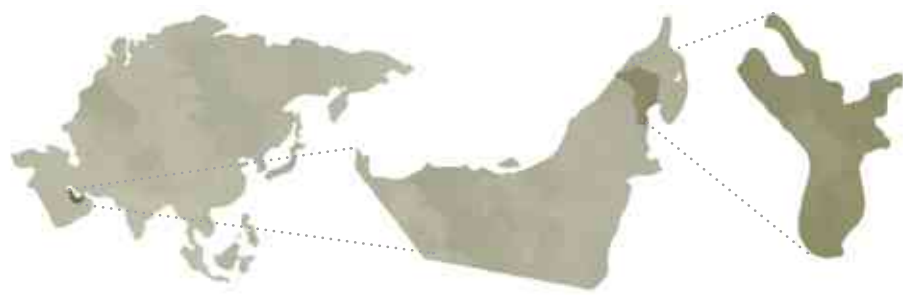
A UPA é uma firma de arquitetura, planejamento mestre e urbanismo bem estabelecida, com sede em Abu Dhabi, nos Emirados Árabes Unidos. Composta por uma equipe de 50 arquitetos, designers, a UPA desenvolve edifícios utilizando os mais altos padrões internacionais.

A abordagem para o projeto segundo o escritório é de que “o hospital é uma máquina para curar doenças e deve ser reconhecido como tal”. Com suas linhas racionais e cores claras no espectro macro do hospital, o projeto trás cores pontuais em locais informativos, com linhas perpendiculares, formas geométricas puras, círculos; cores claras, branco, preto contrastante.

O novo hospital *Al Qassimi* e maternidade foi projetado de acordo com os padrões de referência dos EUA e os costumes locais de assistência médica e de saúde e é reservado para o tratamento de mulheres e crianças. David McManus, em sua publicação no *site e-architect*, relata que:

DE FATO, UMA IMPORTÂNCIA CONSIDERÁVEL FOI DADA ÀS ÁREAS VERDES (JARDINS, FONTES, PÁTIOS) E AO GERENCIAMENTO DA LUZ NATURAL COM GRANDES JANELAS E CLARABÓIAS QUE NÃO APENAS AJUDAM A ECONOMIZAR ENERGIA, MAS, SOBRETUDO, A CRIAR UMA ATMOSFERA AGRADÁVEL PARA PACIENTES, MÉDICOS E VISITANTES, PARENTES. AS FACHADAS E JANELAS VENTILADAS DE ÚLTIMA GERAÇÃO SÃO USADAS PARA PROTEGER O EDIFÍCIO DA AÇÃO DO CALOR, VENTO, CHUVA E CONTAMINANTES, OFERECENDO BENEFÍCIOS SIGNIFICATIVOS EM TERMOS DE ISOLAMENTO TÉRMICO E ACÚSTICO.

Localizado na Ásia, a cidade de Sharja situa-se na parte norte do país, como pode-se notar na **MAPA 01**.



MAPA 01. Mapa de localização Sharja, Emirados Árabes.
Fonte: Google Maps, editado por Ingrid Oliveira, 2019.

45



MAPA 02. Implantação Al Qassimi Hospital e Maternidade.
Fonte: www.e-architect.co.uk. Editado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 11. Painel fachadas Al Qassimi Hospital e Maternidade.
Fonte: www.e-architect.co.uk. Editado por Ingrid Oliveira, 2020.

FICHA TÉCNICA

AL QASSIMI HOSPITAL E MATERNIDADE

LOCAL Sharja, Emirados Árabe

INÍCIO DO PROJETO 2007

CONCLUSÃO DA OBRA 2013

ÁREA DO TERRENO 43.500 m²

ÁREA CONSTRUÍDA 61.000 m²

ARQUITETOS: Urbanism Planning Architecture, Arquitetos Paolo Lettieri e Dagmar Sest

DESIGN Urbanism Planning Architecture e General Planning.



CARACTERÍSTICAS

- Corredor duplamente carregado;
- Aberturas voltadas para jardins, pátios e espelhos d'água;
- Setorização definida pelos agrupamentos dos espaços e clara demarcação na separação dos blocos;
- Espaços de informação amplos e centrais dentro dos setores.

FIGURA 12. Espaços de convivência e espera com planos transparentes atenuando a relação de integração interior/exterior, além do uso de cores vibrantes. Fonte: www.e-architect.co.uk

FIGURA 13. Planta baixa do Hospital Al Qassimi Women's and Children's.

Fonte: <https://www.theplan.it/eng/award-2016-health/al-qassimi-maternity-hospital-sharja-uae-1>

FIGURA 14. Entrada principal do Hospital Al Qassimi Women's and Children's. Fonte: www.gulftoday.ae

FIGURA 15. Uso de cores e paginação marcada induzindo caminhos da recepção do Hospital Al Qassimi Women's and Children's. Fonte: www.e-architect.co.uk

FIGURA 16. Organograma implantação Al Qassimi Hospital. Fonte: Elaborado pelo escritório, adaptado por Ingrid Oliveira, 2019.



AMPLIANDO O BEM-ESTAR

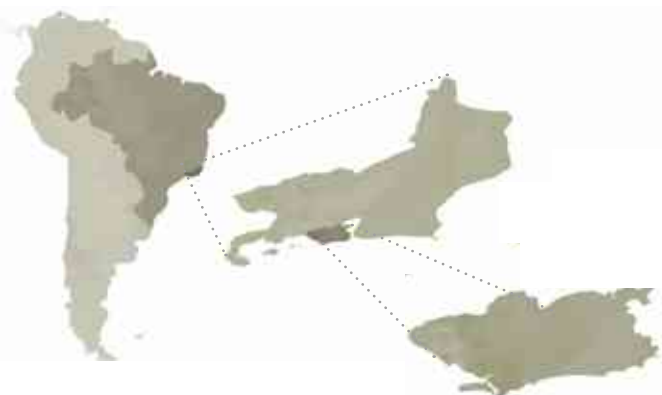
48

Destinados ao tratamento de doenças do aparelho locomotor, há necessidade de maior permanência dos pacientes no hospital, tornando o conceito de ambientes como um hotel, ampliando o bem-estar, um parâmetro fundamental. Nesse sentido, buscou-se conciliar fatores de ordem econômica, social, tecnológica e humana. O edifício passa a ser uma importante ferramenta terapêutica.

Diante disso, João Filgueiras Lima, conhecido como Lelé, desenvolve um novo conceito de hospital que confere aos pacientes uma maior autonomia, rejeitando a ideia de um paciente imóvel e deitado. No Sarah, os pacientes são estimulados a se deslocar para os muitos espaços ao ar livre, terraços-jardim e áreas de reabilitação projetados para acolhê-los, evitando assim a permanência por períodos prolongados dentro dos quartos. A concepção dessas áreas de lazer ao ar livre proporciona maior liberdade de movimento aos usuários e uma valorização dos espaços de convivência. Isso ainda possibilita a troca de experiências uns com os outros auxiliando nos seus desenvolvimentos pessoais e motivando-os a continuar o tratamento (SANTOS *et al.* 2004).

A relação com a natureza e a integração com obras de arte da Rede Sarah traz um conjunto de grandes espaços coletivos somados à jardins, aproveitamento de iluminação/ventilação natural e uso obras de arte, aspectos esses que trabalham em conjunto com Athos Bulcão a fim de contribuir para a cura dos pacientes.

Já o conceito de lar e intimidade é de suma importância devido ao impacto que a estadia hospitalar causa no paciente, aproximando o hospital à semelhança de moradia, através da reação dos usuários com objetos, pessoas e espaços.



MAPA 03. Mapa de localização Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Fonte: Google Maps, editado por Ingrid Oliveira, 2019.

49



MAPA 04. Implantação Hospital Sarah Kubitschek Rio de Janeiro.

Fonte: Google Maps, editado por Ingrid Oliveira, 2019.



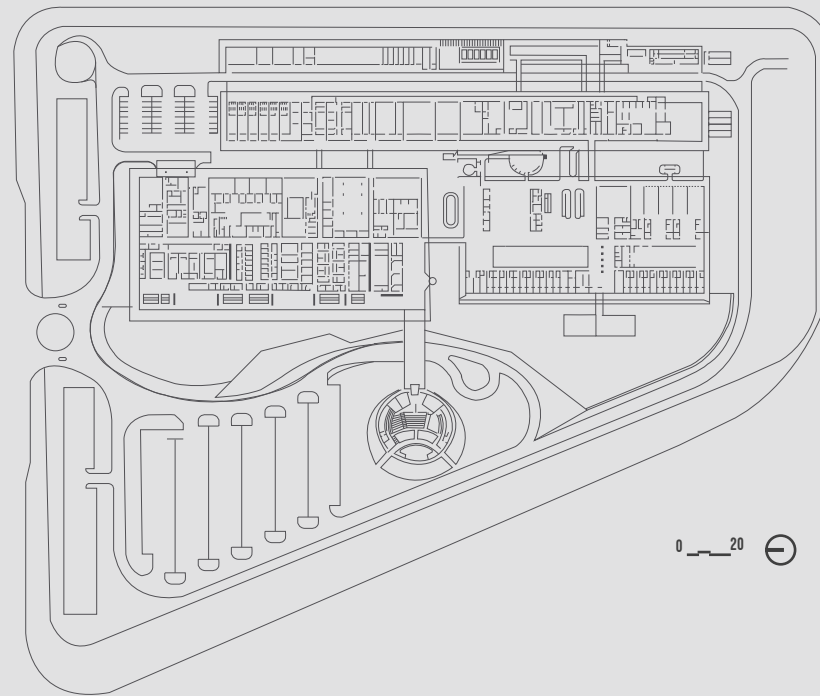
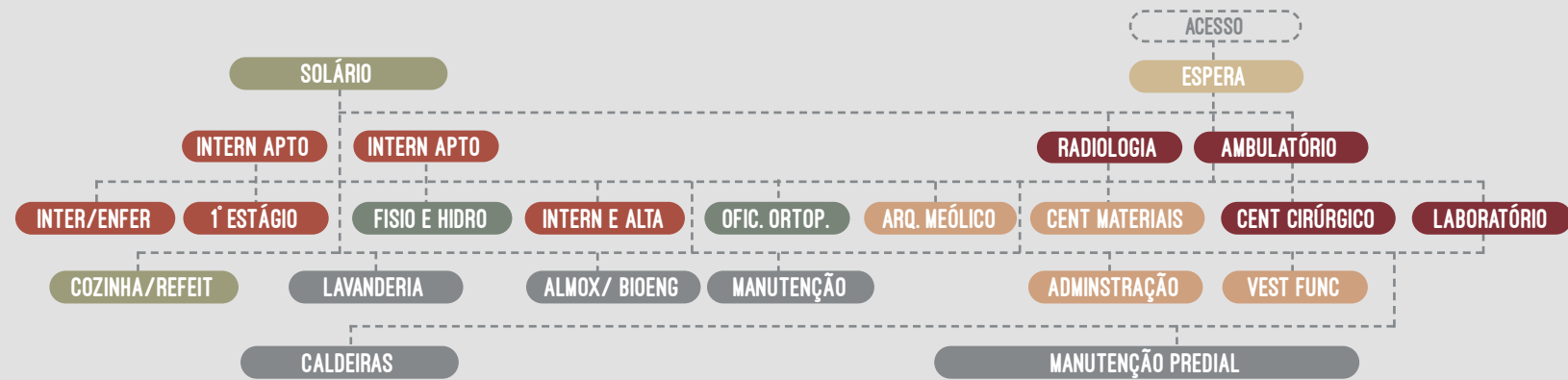
FIGURA 17. Painel fachadas Hospital Sarah Kubitschek Rio de Janeiro.

Fonte: www.arcoweb.com.br, editado por Ingrid Oliveira, 2019.

FICHA TÉCNICA

CENTRO INTERNACIONAL DE NEURORREABILITAÇÃO E NEUROCIÊNCIAS SARAH KUBITSCHKE

LOCAL	Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
INÍCIO DO PROJETO	2001
CONCLUSÃO DA OBRA	2008
ÁREA DO TERRENO	80.000 m ²
ÁREA CONSTRUÍDA	52.000 m ²
ARQUITETOS:	João Filgueiras Lima (autor); Ana Amélia Monteiro e André Borém (equipe)
PAISAGISMO	Beatriz Secco
OBRA DE ARTE	Athos Bulcão
CONFORTO TÉRMICO	George Raulino
PRÉ-MOLDADOS	Tomaz Bacelar



CARACTERÍSTICAS

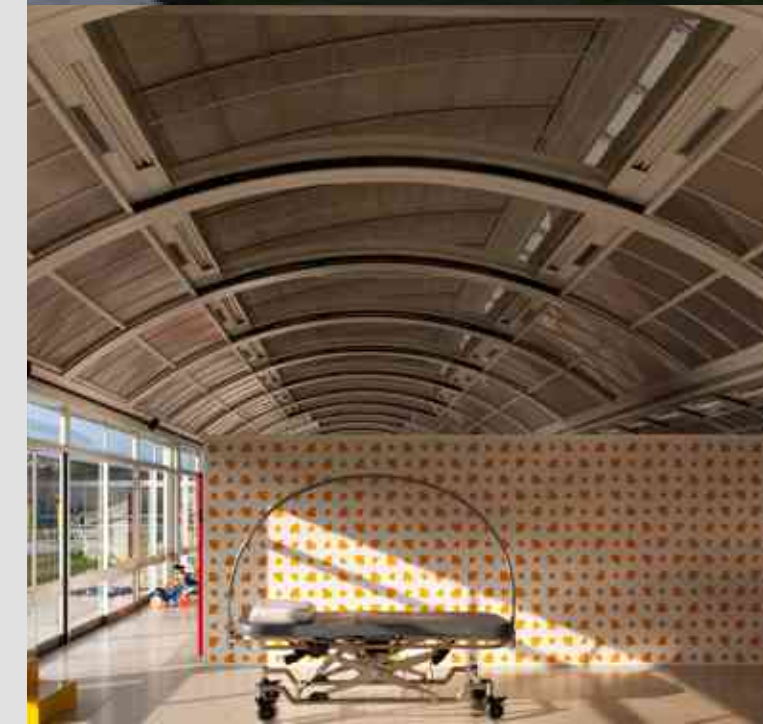
- Corredor duplamente carregado;
- Aberturas voltadas para jardins, pátios e espelhos d'água;
- Setorização definida pelos agrupamentos dos espaços e clara demarcação na separação dos blocos;
- Áreas contemplativas e recreativas.

FIGURA 18. Integração e sombreamento das áreas de atividades de reabilitação e distrações positivas. Fonte: MEDEIROS et al. (2010) www.mcb.sp.gov.br

FIGURA 19. Vista do pátio interno. Foto: Celso Brando. Fonte: www.arcoweb.com.br

FIGURA 20. Vista do pátio interno. Foto: Leonardo Finotti. Fonte: www.arqugia.com

FIGURA 21. Vista do auditório pátio interno. Foto: Celso Brando. Fonte: www.arcoweb.com.br



Quadro resumo caracterização de humanização identificados nos estudo de casos

ESTRATÉGIA	ACESSIBILIDADE	ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA	PÁTIOS INTERNOS/ JARDINS	RELAÇÃO INTERIOR/EXTERIOR	ILUMINAÇÃO NATURAL	VENTILAÇÃO NATURAL	USO DE CORES, OBRAS DE ARTES E QUADROS	SINALIZAÇÃO
DESCRIÇÃO	Dá liberdade ao indivíduo para dirigir-se a qualquer ambiente que lhe for autorizado sem maiores dificuldades locomotoras.	Proporcionam experiências positivas, bem-estar psicológico, relações de troca de saberes com outros indivíduos, momentos de relaxamento, noção da passagem do tempo.	Relacionado ao microclima da edificação, proporciona experiências terapêuticas como distrações positivas e contato com a natureza.	Promove sensações de integração de espaços com relativo grau de privacidade.	Torna os espaços mais agradáveis e salubres, permitindo ao usuário o acompanhamento das horas do dia, gera economia no consumo de energia.	Ambientes com renovação de ar constante, torna o espaço mais acolhedor e dinâmico.	Dispõe de dispositivos integrados a paisagem visual que modificam o espaço sóbrio, dinamizando o ambiente.	Permite ao indivíduo que este consiga se localizar dando a sensação de controle do espaço e de destino.
APLICAÇÃO HOSPITAL AL QSSAMI	Utilização de recursos que assegurem a caminhabilidade do usuário na edificação, como: pisos nivelados, rampas e elevadores.	Adoção de ambientes de descanso e conversações, como espaços com mesas e sofás.	Os jardins no edifício ornamentam a entrada, bem como os planos de água, e uso da vegetação como distrações positivas, os pátios internos possibilitam a entrada de iluminação natural.	Uso de planos transparentes, bem como os elementos de proteção dos intemperes, marquises.	A iluminação natural se dá por meio do uso dos planos de transparências em especial nas áreas coletivas.	Não foram identificados soluções para ventilação natural, já que os ambientes são climatizados artificialmente, característica do local.	No projeto arquitetônico se manteve cores sóbrias, reservando o usos de cores mais vibrantes nos ambientes de informação e mobiliário.	Informação ao usuário por meio de placas, a marcação da paginação, cores e vegetação.
APLICAÇÃO HOSPITAL SARAH KUBITSCHKEK RIO DE JANEIRO	Utilização de recursos que asseguram a caminhabilidade do usuário na edificação, como: pisos nivelados, rampas e mobiliário que permita a locomoção.	Adoção de ambientes de descanso e conversações, como espaços com mesas, bancos e apoio.	Os pátios e jardins no edifício dão sensação de amplitude do espaço e distrações positivas.	Através da paginação do piso, bem como os elementos de proteção dos intemperes, marquises contínuas e um amplo espaço de contemplação descoberto integrado ao bloco.	A coberta em estrutura metálica com a cobertura em alguns pontos mais transparentes em policarbonato proporcionam ao espaço uma iluminação difusa por meio dos sheds.	Os sheds além de iluminação permite que o ambiente receba ventilação que se distribui pelo espaço, que acrescido dos pátios internos com vegetação umidificam o ar.	Tanto na arquitetura como nos painéis, percebe-se cores vibrantes que tem sua intensidade alterada de acordo com a iluminação natural, gerando diferentes experiências, além do enquadramento da paisagem.	Informatização ao usuário por meio de placas, cores e a marcação da paginação.
APLICAÇÕES NA PROPOSTA	Fácil acesso as áreas de convívio e contemplação com individualidade e autonomia do usuário, em especial o paciente.	Trazer espaços de conversações com mobiliário adequado para o usuário.	Gerar diálogo entre os espaços de convivência com jardins e pátios, bem como possibilitar aberturas de acordo com a legislação para contemplação e distração positiva.	Integrar os espaços e gerar graus de privacidade, por meio de materiais, vedações e vegetações.	Elaborar aberturas e coberta que apoie o programa.	Criação de aberturas e jardins que gerem microclimas mais confortáveis para os usuários.	Interação do usuário com o espaço bem como informatização e distração.	Marcar os espaços e possibilitar direcionamento para o usuário.

QUADRO 02. Quadro resumo caracterização de humanização identificados nos estudos de casos. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

A unidade de mães e bebês, foi um projeto para o hospital Panzi da República Democrática do Congo, é o segundo maior país do continente Africano. O hospital Panzi foi criado em um contexto após 20 anos de guerra, expandindo para o tratamento de vítimas de violência sexual, atendendo mais de quatrocentas mil pessoas.

Segundo o site *Archdaily*¹, a nova unidade projetada pelo escritório *White Arkite*

¹ Texto disponível em: <https://www.archdaily.com/909323/white-arkitekter-designs-mother-and-baby-hospital-unit-in-the-democratic-republic-of-congo>

FIGURA 22. Quarto do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: Archdaily, 2019.



tekterm, substituirá as instalações superlotadas do hospital, que atende até 3.500 nascimentos por ano, visando a redução da taxa de mortalidade materna e pós-natal, proporcionando experiências mais agradáveis para as mulheres.

O ESQUEMA WHITE OFERECE UM DESIGN SIMPLES E HARMONIOSO. PLANEJADO DE ACORDO COM OS PRINCÍPIOS DA 'ARQUITETURA CURATIVA'. ESSE FOCO NA RELAÇÃO ENTRE DESIGN DE QUALIDADE E RECUPERAÇÃO DO PACIENTE SE MANIFESTA EM CAMINHOS FÁCEIS DE NAVEGAR. LUZ NATURAL, PRIVACIDADE E VISTAS DA NATUREZA. CADA UNIDADE TEM ACESSO PRIVADO A PÁTIOS VERDES. ENQUANTO MATERIAIS LOCAIS SÃO USADOS SEMPRE QUE POSSÍVEL. (ARCHDAILY, 2019)

FIGURA 23. Sala de atividades do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: Archdaily, 2019.



FIGURA 24. Área externa do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: Archdaily, 2019.

FIGURA 25. Mapa de localização hospital Panzi, República Democrática do Congo. Fonte: Google Maps, editado por Ingrid Oliveira, 2020.

FICHA TÉCNICA

THE MOTHER & BABY HOSPITAL UNIT NA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

LOCAL

Bukavu,
República
Democrática do
Congo, África

INÍCIO DO PROJETO

2017

CONCLUSÃO DA OBRA

sem informações

ÁREA DO TERRENO

58.000 m²

ÁREA CONSTRUÍDA

sem informações

ARQUITETOS:

White Arkitekter

O hospital possui uma planta baixa modulada interligada por pátios, ora esses pátios possuem a mesma largura dos blocos, ora eles formam pátios internos, tornando-se um espaço de contemplação e também para a abertura de janelas, FIGURA 26.

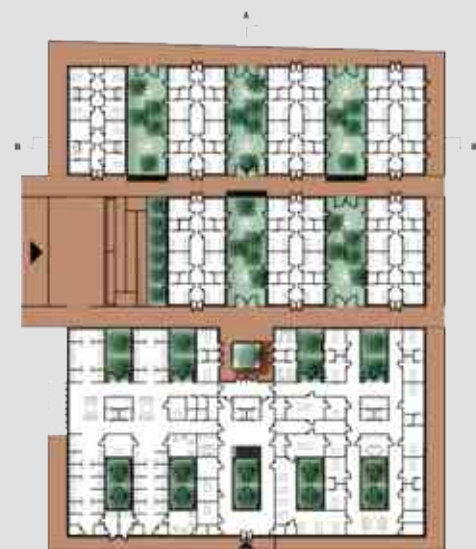
Composta por 7 pavilhões modulares e um bloco principal - departamento ambulatorial, totalizam-se 16 áreas verdes, proporcionando integração desses espaços, bem como certa autonomia e liberdade da mulher que consegue perceber a variação do tempo e o contato com a natureza. Pelo corte apresentado nas FIGURA 27 e FIGURA 28 houve o aproveitamento dos desníveis e a construção de um andar superior.

Observa-se também a inclinação do telhado, entendendo o contexto local de escassez, o telhado inclinado proporciona coleta das águas pluviais.



CORTE LONGITUDINAL

FIGURA 27. Corte longitudinal do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: editado pela autora, 2020.



PLANTA BAIXA NÍVEL ZERO

FIGURA 26. Planta baixa do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: editado pela autora, 2020.



CORTE TRANSVERSAL

FIGURA 28. Corte transversal do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: editado pela autora, 2020.

A materialidade e a forma como eles dialogam denotam uma sensibilidade da forma de fazer uma arquitetura mais econômica, aproveitando os recursos naturais e os disponíveis no local, por exemplo, o tijolo adobe, que se comporta de três maneiras, eles natural fazendo a vedação, pintado de branco, deixando o espaço mais claro, e o recorte de tijolos, criando pequenas aberturas, também são utilizadas madeiras como painéis acústicos e nas esquadrias, como mostra na FIGURA 29. As FIGURAS 30 e 31 mostram a espacialidade dos pátios internos e de um espaço de contemplação e estar com abertura zenital e um jardim no centro.

FIGURA 30. Pátio externo do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: Archdaily, 2019.



FIGURA 29. Materialidade do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: Archdaily, 2019.

FIGURA 31. Abertura Zenital no pátio interno do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo. Fonte: Archdaily, 2019.



Para uma melhor compreensão sobre as necessidades dos usuários do hospital materno, foi proposto o uso de um questionário aplicado para três sujeitos: mães, profissionais de saúde e acompanhantes/familiares.

Segundo Gil (2008), questionário é definido como uma técnica investigativa composta pela elaboração de um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações.

O questionário foi aplicado virtualmente por meio da plataforma *google forms* devido ao quadro de pandemia durante a elaboração deste trabalho. Entende-se as limitações do mesmo, sobre a possível não representação das massas, haja visto o recorte do público específico.

Outra limitação que pode influenciar sobre os resultados é o acerto a *internet* e também a capacidade de leitura. Entretanto, para a finalidade da proposição desse trabalho, considera-se um número razoável.

A aplicação do questionário ocorreu durante o período dos dias 10 à 21 de Agosto de 2020, totalizando doze dias aberto para respostas. A pesquisa abrangia o público assistido ou que oferecia assistência por meio de entidades públicas e privadas.

O alcance foi de 66 (sessenta e seis) profissionais que trabalham em hospitais maternos, 45 (quarenta e cinco) mães e 30 (trinta) acompanhantes e/ou familiares que presenciaram o parto ou acompanharam durante a internação da puérpera,



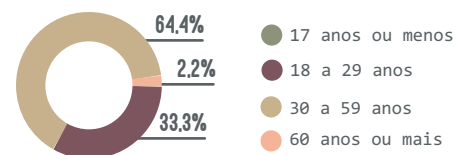
FIGURA 32. Levantamento dos participantes do questionário “Maternidade: as experiências e necessidades dos usuários.” Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

totalizando 141 (cento e quarenta e um) pessoas, como pode-se ver na **FIGURA 32**. Para uma melhor compreensão dos resultados do questionário, foram agrupadas informações que tinham perguntas com o mesmo fim. As categorias trabalhadas na aplicação foram sobre os aspectos já abordados anteriormente ou que são pontos considerados relevantes para o projeto.

Sendo elas: informações de identificação como idade, profissão dos funcionários, e relação de parentesco ou proximidade com a mãe. Houve avaliação por parte dos usuários de ambientes específicos como a sala de parto, sala pós-parto, enfermarias, e necrotério.

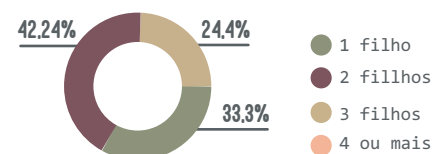
Assim como avaliações sobre ambientes mais gerais deixando o usuário responder de acordo com a sua experiência, agrupando os que tivessem alguma repetição. Quanto as questões sensoriais também foram apresentadas no questionário como cores, variação do tempo, jardins e espaços que tornassem o hospital materno mais humanizado. Valorizou-se a fala dos usuários por meio de citações em vermelho, pois corroboraram para o processo projetual do estudo preliminar.

GRÁFICO 02. Idade das mães participantes.



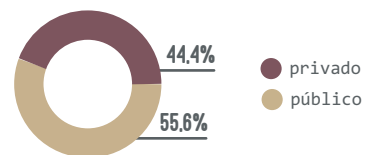
Fonte: editado pela autora, 2020.

GRÁFICO 03. Quantos filhos deu à luz na maternidade.



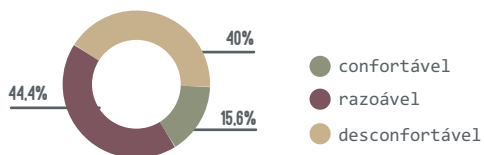
Fonte: editado pela autora, 2020.

GRÁFICO 04. Sistema hospitalar da maternidade.



Fonte: editado pela autora, 2020.

GRÁFICO 05. Percepção da mãe na sala de espera para a realização do parto.



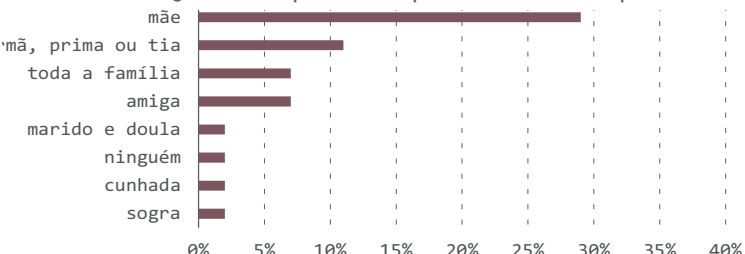
Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Das 45 respondentes, majoritariamente se identificaram com o grupo de idade entre 30 a 59 anos (GRÁFICO 02), não houve participação de menor de idade. A pesquisa mostrou que as que deram à luz na maternidade foram entre 1 e 3 filhos (GRÁFICO 03).

55,6% respondeu que suas experiências foram em hospitais públicos (GRÁFICO 04), também foi identificado no questionário que algumas mães tiveram experiências nos dois sistemas, a saber: público e privado.

44% respondeu que a sala de espera para a realização do parto ou sala pré-parto foi razoável (GRÁFICO 05). 2% não tiveram acompanhamento nesse momento e que 65% esteve com a mãe ou com o marido/companheiro (GRÁFICO 06).

GRÁFICO 06. Quem acompanhou a parturiente no parto.

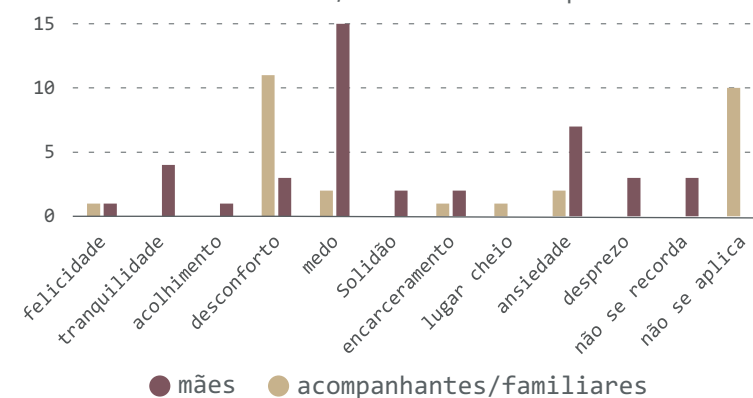


Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Os partos acontecem de duas formas, ou é natural/normal poucas intervenções médicas, ou cirúrgica, onde ocorre um processo mais invasivo ao corpo da mulher. Considerando que são ambientes diferentes, o ambiente cirúrgico precisa de uma série de cuidados mais específicos quanto à assepsia.

Buscou-se identificar quais são as sensações das mulheres que estavam dando à luz e também na perspectiva do acompanhante (GRÁFICO 07), contudo, deste segundo tipo de grupo 30% responderam que não estiveram na sala de parto, considerando neste trabalho “não se aplica”.

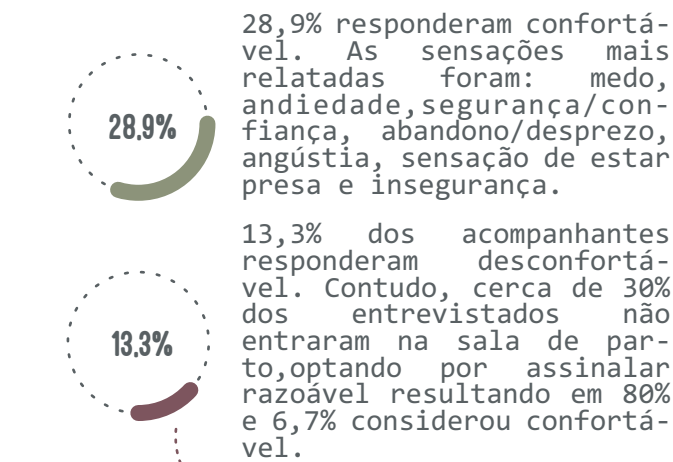
GRÁFICO 07. Sensações na sala de parto.



Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Compreende-se que por ser um momento de grande expectativa e apreensão, as sensações dos participantes se relacionaram mais ao momento do nascimento e atendimento humano, do que ao espaço.

A arquitetura enquanto promotora de ambiência deve apresentar um ambiente confortável, na FIGURA 33, nota-se que:



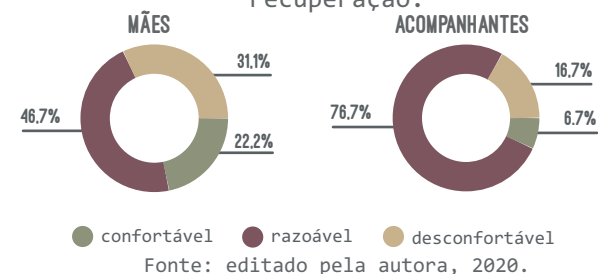
28,9% responderam confortável. As sensações mais relatadas foram: medo, ansiedade, segurança/confiança, abandono/desprezo, angústia, sensação de estar presa e insegurança.

13,3% dos acompanhantes responderam desconfortável. Contudo, cerca de 30% dos entrevistados não entraram na sala de parto, optando por assinalar razoável resultando em 80% e 6,7% considerou confortável.

“DESCONFORTÁVEL, 2 PESSOAS PARINDO AO MESMO TEMPO, SEM CONFORTO E SEM PRIVACIDADE, 2 GESTANTES E 2 ACOMPANHANTES NA MESMA SALA.”

FIGURA 33. Percepção do conforto espacial das mães e acompanhantes. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2019.

GRÁFICO 08. Percepção do usuário na sala de recuperação.



O **GRÁFICO 08** mostra que apenas 22,2% e 6,7% consideraram a sala de recuperação confortável para mães e acompanhantes, respectivamente, e que a sensação mais mencionada foi desconforto, a felicidade, frio e solidão foram citadas de forma equivalente. Apesar da boa sensação de ter dado à luz, houve relatos de uma mãe que ficou em um corredor, outra que ficou sozinha por com a criança em cima de uma maca (**GRÁFICO 09**).

GRÁFICO 09. Sensações 2 horas após o parto (mães).

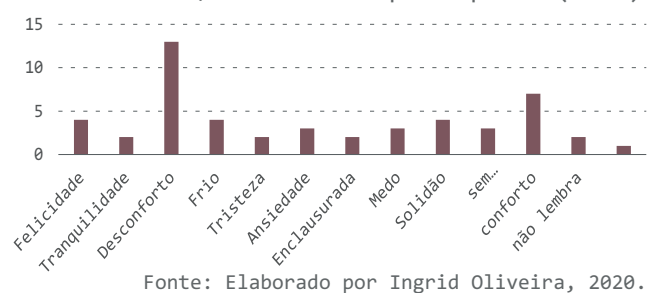
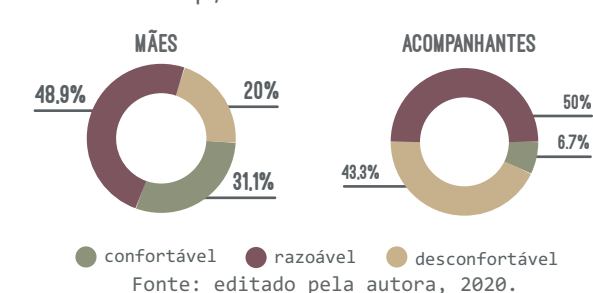


GRÁFICO 10. Percepção do usuário na enfermaria.



Cerca de 31,1% e 6,7% considerou a enfermaria confortável, mães e acompanhantes, respectivamente, (**GRÁFICO 10**). As maiores reclamações das mães foi sobre a quantidade de pessoas na sala. Para os acompanhantes a maior reclamação foi por falta de mobiliário adequado de descanso e o espaço ser enclausurado. (**GRÁFICO 11**)

GRÁFICO 11. Sensações na enfermaria.

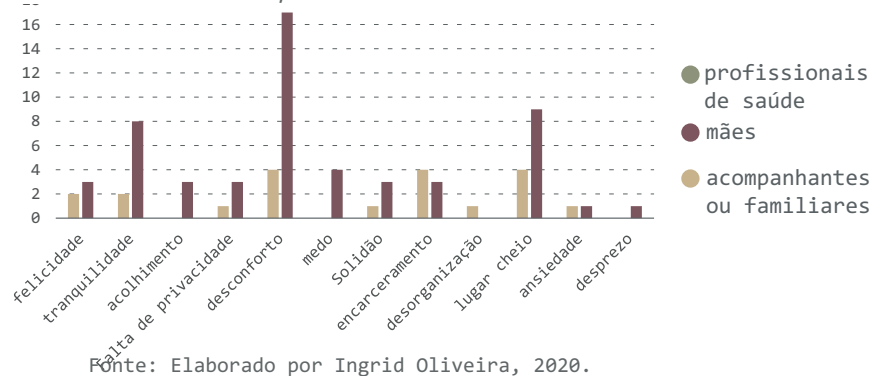


GRÁFICO 12. Grau de parentesco com a mãe.

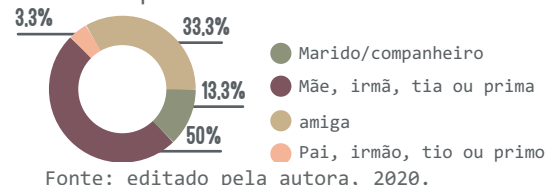
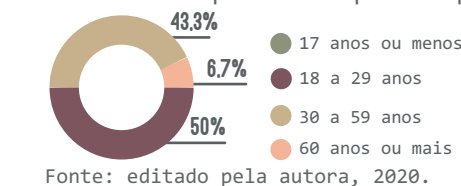
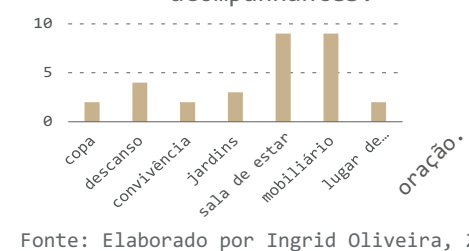


GRÁFICO 13. Idade dos acompanhantes participantes.



Cerca de 50% dos acompanhantes era do primeiro grau de parentesco com a parturiente (**GRÁFICO 12**). Os participantes tem entre 18 e mais de 60 anos, o que configura a experiência nos modelos mais antigos e também nos novos hospitais. (**GRÁFICO 13**)

GRÁFICO 14. Ambientes desejados pelos acompanhantes.

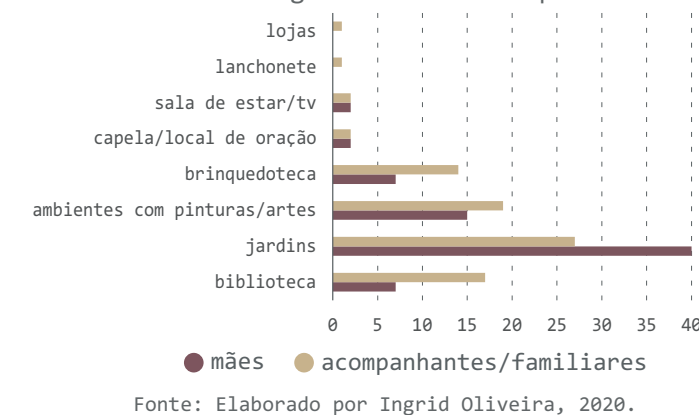


Os acompanhantes relataram a necessidade de um mobiliário adequado como camas ou poltronas, sala de estar e tv. (**GRÁFICO 14**)

“NA MATERNIDADE PÚBLICA, PRIMEIRO UM LUGAR NA ENFERMARIA MAIS CONFORTÁVEL.COMO UMA CADEIRA CONFORTÁVEL,UM ÁREA VERDE ONDE SE PODE PENSAR ATENDER O TELEFONE,UM LUGAR QUE MESMO SENDO ACOMPANHANTE PARA DESCANSAR UM POUCO.”

Como pode-se perceber, o **GRÁFICO 15** mostra o ambiente mais esperado para um hospital materno são jardins e que ambientes com cores e artes fariam diferença, o que influência na forma projetual de uma edificação de grande porte.

GRÁFICO 15. Ambientes que deveriam ter em uma maternidade segundo mães e acompanhantes.



Os profissionais são usuários mais constantes da edificação devido serem funcionários no hospital. Nesta pesquisa cerca de 80% foi de médicos e enfermeiros/técnicos de enfermagem que atuam diretamente com o outro público pesquisado. (GRÁFICO 16). Dentre esses profissionais 95,5% possui entre 18 e 59 anos (GRÁFICO 17), onde 76,7% atuam no sistema hospitalar público, (GRÁFICO 18) o que pode indicar que as necessidades do sistema público possa ter sido ressaltado na pesquisa.

Percebe-se no GRÁFICO 19 que os ambientes mais citados foram espaços para repouso/descanso e privativos (regime de plantões)¹, com copa e espaços de convivências para trocas de experiências, jardim contemplativos e oportunidade para relaxar devido a atividade ser de tensão.

“ PEQUENAS ÁREAS DE CONVÍVIO PRÓXIMOS AOS SETORES DE TRABALHO - ENFERMIARIAS, EMERGÊNCIA, CENTRO OBSTÉTRICO . AMBIENTES PARA ALIMENTAÇÃO DESCENTRALIZADO AO AR LIVRE. REPOUSOS TAMBÉM DESCENTRALIZADOS POR ÁREAS DE ATUAÇÃO. ”

¹ Regime de plantões: Jornada de trabalho realizada por profissionais que atuam em regime de plantão. Exemplo: trabalha 12h e folga 36h.

GRÁFICO 16. Profissão exercida no hospital.

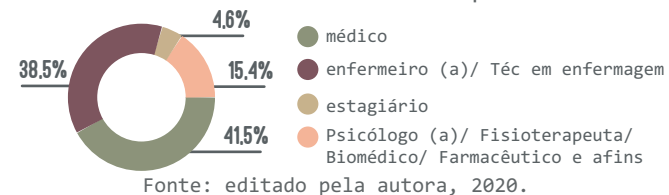


GRÁFICO 17. Idade dos profissionais de saúde.

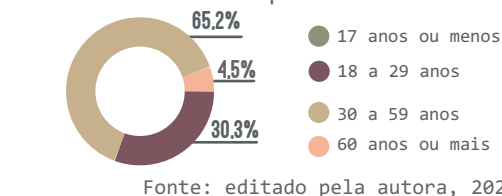


GRÁFICO 18. Sistema hospitalar da maternidade.

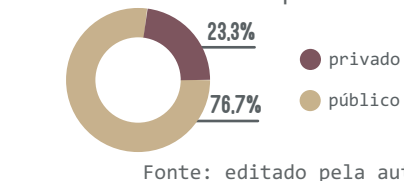
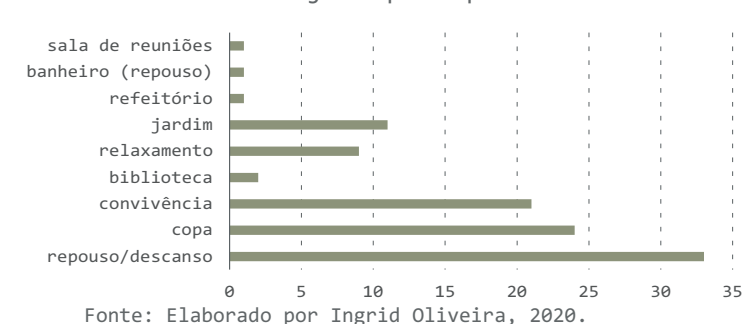


GRÁFICO 19. Ambientes desejados pelos profissionais.



Quadro resumo da percepção do tempo na perspectiva dos usuários.

MÃES

Majoritariamente não conseguiam ter noção do tempo, entretanto houve relatos de existência de janelas pequenas e altas e que tinham conexão com o exterior.

“NO LOCAL DE NASCIMENTO NÃO SE PERCEBIA O TEMPO. NO QUARTO DE REPOUSO SIM, HAVIAM JANELAS QUE PERMITIAM PERCEBER QUAL MOMENTO DO DIA.”

“NÃO TINHA CONTATO COM A PARTE DE FORA SENSACÃO DE PRISÃO.”

“ENTRISTECE,NÃO TER NOÇÃO DO TEMPO.”

“SIM, TINHA JANELAS E PORTAS GRANDES.”

QUADRO 03. Resumo da percepção do tempo na perspectiva do usuário. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Em parte dos relatos os profissionais mencionaram o fato das atividades demandarem muita atenção não percebiam o tempo, contudo, pôde-se extrair respostas como:

“NÃO PERCEBIA. VISTO QUE A CORRERIA NO AMBIENTE ERA INTENSA. ACREDITO QUE O POUCO CONTATO COM A LUZ EXTERNA LIMITAVA A PERCEPÇÃO QUANTO AO SER DIA OU NOITE.”

“PERCEBIA SIM A VARIAÇÃO ENTRE DIA E NOITE PORQUE O HOSPITAL EM QUE TRABALHO TEM MUITAS JANELAS E É IMPORTANTE TER CONHECIMENTO DESTA MUDANÇA PARA NÃO SE SENTIR APRISIONADA DENTRO DE UMA CAIXA.”

“NÃO, LUZ ARTIFICIAL. SENSACÃO DE TRISTEZA.”

“NÃO. PARECE QUE VOCÊ ESTÁ NUM DIA QUE NÃO TEM FIM.”

ACOMPANHANTES/FAMILIARES

Os acompanhantes/ familiares podem ter mobilidade por algumas áreas do hospital, então mesmo que não haja janelas no quarto, parte conseguiam notar a variação do tempo.

“SIM, DEVIDO A JANELA NO QUARTO.”

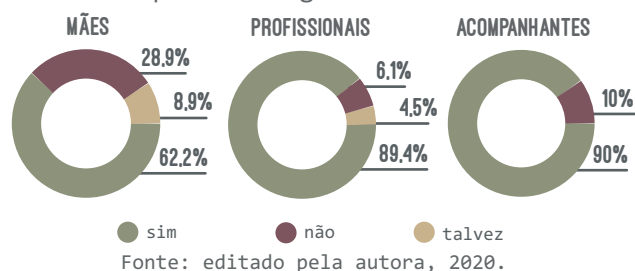
“SIM, NÃO SÓ PELA ILUMINAÇÃO E SILÊNCIO, MAS PELA FREQUÊNCIA DE ENFERMEIRAS NA SALA.”

“SIM, EM MOMENTOS DO 'DIA' ESTAVA SUPER CHEIO, E BASTANTE BARULHENTO, MOVIMENTA NO FLUXO DE PESSOAS, ENQUANTO QUE O MOMENTO DA 'NOITE', CONTINUAVA O BARULHO, SO QUE EM UMA PROPORÇÃO MENOR.”

“NÃO HAVIA JANELAS NOS QUARTOS, ENTÃO SÓ SABIA CASO ANDASSE PELO HOSPITAL.”

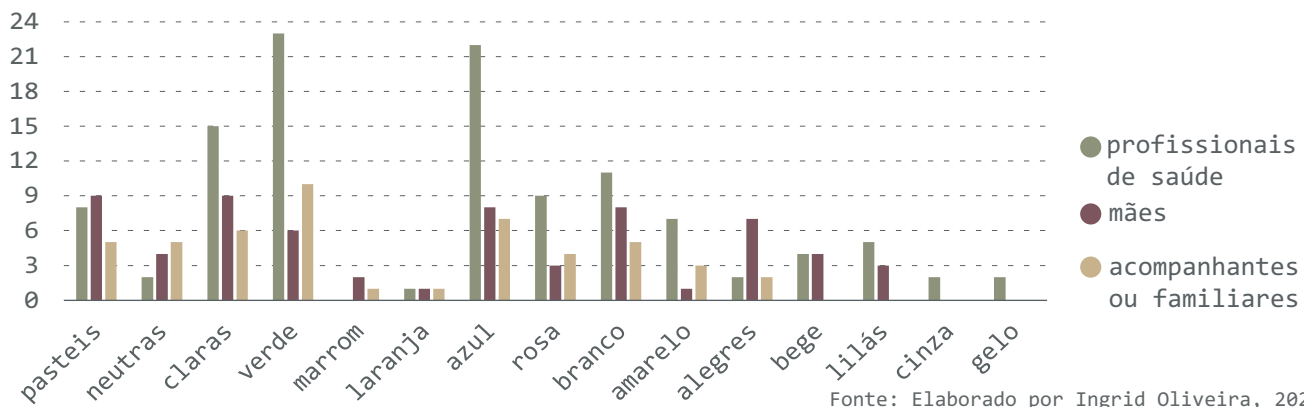
“NÃO, AS JANELAS TEM UMA COBERTURA BRANCA QUE NÃO DAVA PRA TER MUITA NOÇÃO SE ERA MANHA OU TARDE. NOITE SIM POIS ACENDIAM AS LUZES.”

GRÁFICO 20. Necessidade de cores no ambiente hospitalar segundo usuários.



Mais de 60% de cada grupo de usuário acreditam que o ambiente hospitalar precisa de uma variação de cores como podemos ver no **GRÁFICO 20**, nota-se que os profissionais de saúde que possui uma rotina semanal demonstrou em cerca de quase 90% necessita de diversidade além do branco.

GRÁFICO 21. Preferência de cores pelos usuários.

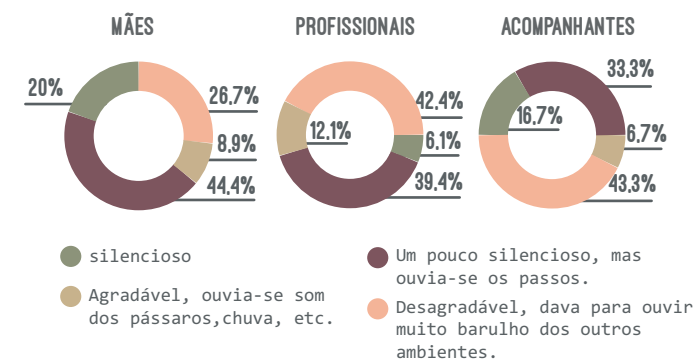


O **GRÁFICO 21** propõe-se a apresentar a preferência das cores dos usuários, verde e azul foram as cores mais citadas pelos usuários que possuem maior circulação no hospital, observa-se também a escolha por cores claras e branco, em tons pastéis, mas que houvesse uma coloração de acordo com o tipo de ambiente e sua funcionalidade. Segue alguns comentários.

“CORES FLORAIS. HAVIA UM AQUÁRIO NAS RAMPAS DO HOSPITAL. ERA O RELAX DE VÁRIAS PESSOAS. CRIANÇAS, PACIENTES, VISITANTES E QUANDO POSSÍVEL DE FUNCIONÁRIOS.”

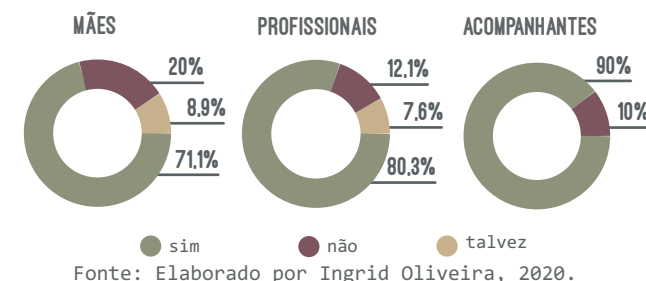
“CORES DE PALETA SUAVE. MAS QUE ‘CORTASSE’ O BRANCO PREDOMINANTE.”

GRÁFICO 22. Percepção dos ruídos dentro do hospital.



A percepção dos ruídos no ambiente hospitalar exposto no **GRÁFICO 22** nota-se que majoritariamente os usuários destacaram que o ambiente era silencioso porém ouvi-se ruídos pontuais e em outros desagradável, conferindo a necessidade de um isolamento acústico mais efetivo.

GRÁFICO 23. Percepção da necessidade de jardins.



O **GRÁFICO 23** aponta a necessidade de espaços com jardins, 70% do público afirma que esse ambiente deveria existir no ambiente hospitalar. Os relatos também denotam que além de serem espaços de contemplação, devem ter um uso de convivência.

Outro ponto levantado no questionário é sobre a necessidade de um espaço para realizações de preces, compreende-se que o Brasil possui uma população em grande parte religiosa,¹ logo buscou-se a real veracidade da validação desse ambiente no hospital. (**FIGURA 34**)



46,7% das mães afirmaram que sentem falta de um espaço para realizações de preces.

60% dos participantes no grau de acompanhante/familiar responderam que sente falta de um espaço confortável/apropriado para fazer suas preces, manifestações de crença.

FIGURA 34. Percepção dos usuários de um espaço de expressão de fé. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

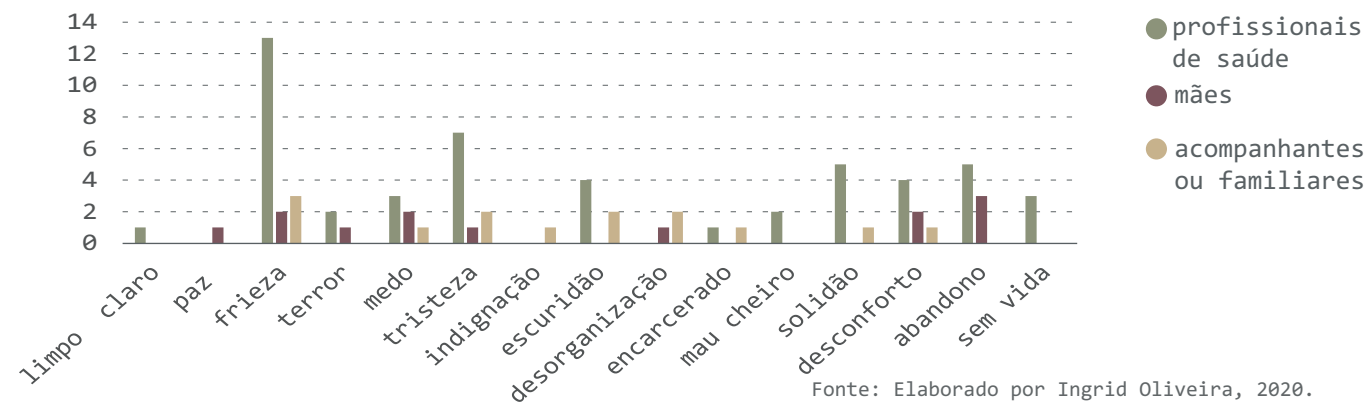
¹ 50% dos brasileiros são católicos, 31%, evangélicos e 10% não têm religião, diz Datafolha. <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/13/50percent-dos-brasileiros-sao-catolicos-31percent-evangelicos-e-10percent-nao-tem-religiao-diz-datafolha.ghtml>

No **GRÁFICO 24** procurou-se identificar as sensações expressas nas pessoas e observar como o espaço corrobora para a facilitação da absorção de sentimentos.

Esse tópico do questionário foi caracterizado como resposta aberta e sem a necessidade de ser obrigatória, compreendendo que seria possível que muitos não tivessem tido contato com esse tipo de ambiente.

Logo, constatou-se que dos 66 respondentes na categoria profissionais de saúde, 28 nunca entraram em um necrotério. Dos 16 acompanhantes, 9 não acessaram, e das 30 mães, 17 não en-

GRÁFICO 24. Sensações dos usuários ao entrarem em um necrotério.



traram. Ou seja, dos 91 participantes que se propuseram a responder, 54 não acessaram essa área do hospital, correspondendo a 59,4% do público.

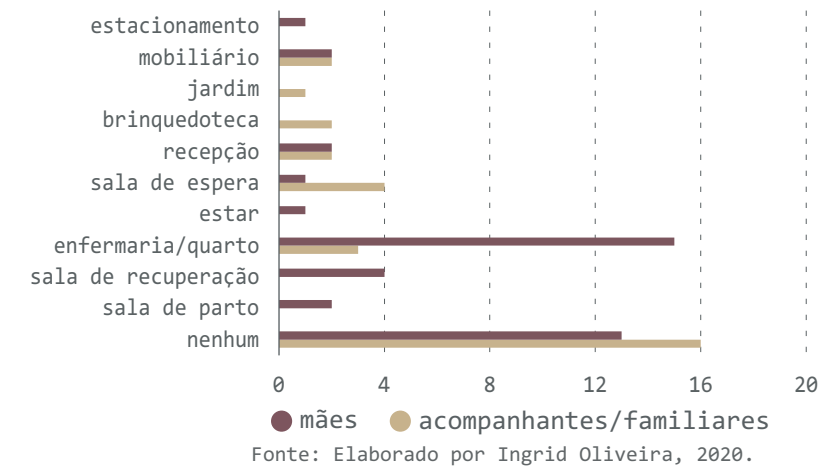
Alguns profissionais da saúde e acompanhantes relataram o descaso com esse espaço no hospital.

“ACHO UMA TOTAL DESUMANIDADE NUNCA NINGUÉM PENSOU EM MELHORAR EM TODOS OS SENTIDOS.”

“A PRÓPRIA SENSÇÃO DA MORTE... AMBIENTE GÉLIDO E SOLITARIO.”

“DESORGANIZADO, INSALUBRE, AMBIENTE APERTADO COM POUCA ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO.”

GRÁFICO 25. Ambientes mais confortáveis.



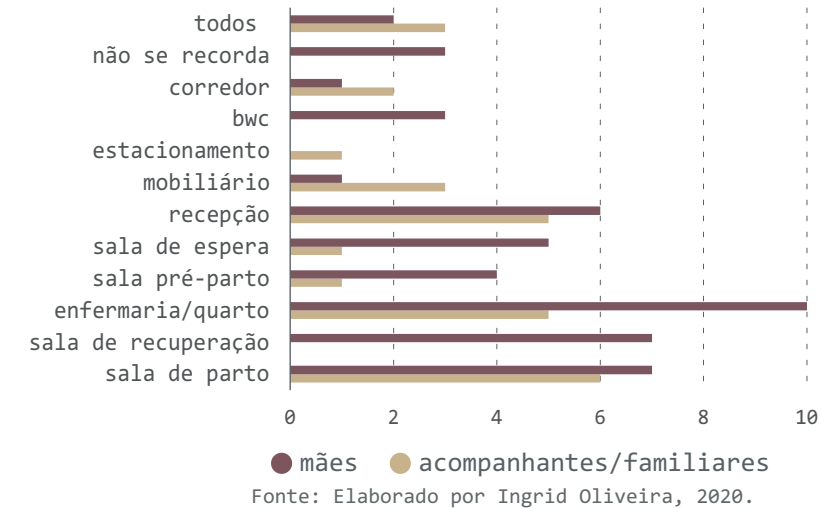
O **GRÁFICO 25** mostra a avaliação de quais foram os ambientes considerados mais confortáveis ou agradáveis da maternidade a qual os usuários mais rotativos do ambiente hospitalar materno: mães e acompanhantes.

Nota-se que a enfermaria/quarto/apartamento foi o mais citado entre as mães, onde normalmente passam em média 2 a 3 dias até obter a alta¹ e ir para a casa. Para 53% dos acompanhantes consideraram que nenhum ambiente tinha sido confortável.

Quando ao aspecto contrário, do ambiente mais desconfortável, o **GRÁFICO 26** observa-se uma desconcentração das escolhas, onde o ambiente mais desconfortável para as mães foi a enfermaria, contudo em uma proporção menor em relação ao gráfico anterior.

E para os acompanhantes distribuiu-se entre a sala de parto, enfermaria, recepção e em seguida o mobiliário, entendendo a inexistência ou inadequação da usabilidade do espaço para esse usuário.

GRÁFICO 26. Ambientes mais desconfortáveis.

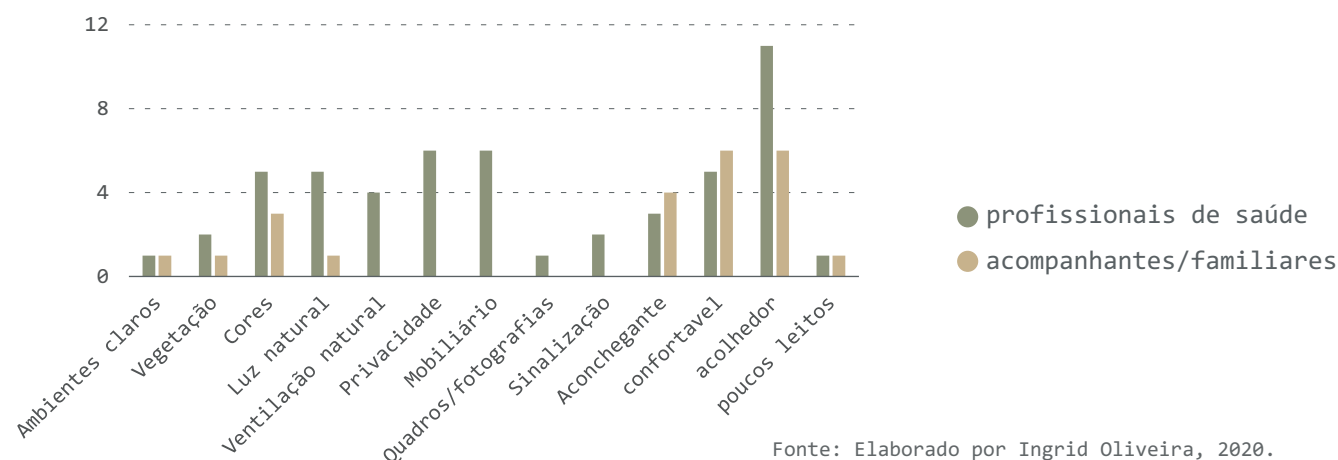


¹A alta hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente, significando que o paciente tem condições de recuperar-se ou continuar o tratamento em casa.

Para entender o desejo dos ambientes e quais elementos de ambiência caracterizariam uma maternidade humanizada arquitetonicamente, realizou-se por meio do **GRÁFICO 27** uma busca da expectativa dos usuários que possuem maior circulação no ambiente hospitalar, já que as gestantes e parturientes tem ambientes muito específicos de realizações de atividades.

Sendo assim, identificou-se que a grande expectativa é que seja um ambiente acolhedor e aconchegante, mas que possua certa privacidade entre as ges-

GRÁFICO 27. Ambientes que caracterizaram uma maternidade humanizada na perspectiva dos usuários.



Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

tantes/parturientes e entre os profissionais de saúde, bem como mobiliário que supra suas necessidades de repouso.

Cores, luz natural e um ambiente confortável também foram citados, em especial pelos profissionais enquanto funcionários, compreendendo que torna-se monótono a percepção do espaço.

Como esse tópico do questionário se tratava de uma questão aberta, percebe-se nos comentários sugestões de melhorias nos hospitais no que se refere a

forma de projetar o edifício hospitalar.

Entendendo a complexidade do objeto e diversidade de usuários, que por mais que tenham objetivos em comum, compõe-se da pluralidade de culturas e perspectivas do que significa conforto.

Em especial porque se trata de públicos com experiências socioeconômicas diferentes, considerando as análises do público que é atendido pelo sistema particular e os que são do sistema público, as necessidades passam a ser distintas.

Logo, os relatos e recomendações enquanto usuários. Os acompanhantes dizem que:

“ESPAÇOS PARA EXERCÍCIO, ALCANTARAMENTO PRÉ-PARTO, ASSESSÓRIOS PARA MULHERES QUE ESTÃO SAUDÁVEIS E PRECISA DE COLOCAR FORÇA.”

“UTIS HUMANIZADAS, SEPARANDO AS GESTANTES DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO, EM AMBIENTES MENOS HOSTIS, AMBIENTE DE PRÉ-ATENDIMENTO CONFORTÁVEL E AMIGÁVEL, DIGNO E COM ATENDENTES CAPACITADAS E ASSISTENTE SOCIAL SEMPRE DISPONÍVEL, APARTAMENTOS E ENFERMARIAS AMPLAS, VENTILADAS, BEM ILUMINADAS E CONFORTÁVEIS. TRATAMENTO HUMANIZADO PARA OS ACOMPANHANTES, COLOCANDO-NOS EM AMBIENTES SAUDÁVEIS E CONFORTÁVEIS.”

Os profissionais de saúde:

“PRECISA DE TER QUARTOS AMPLOS, CLAROS, ILUMINADOS, FRESCOS, COM PROTEÇÃO PRA A ENTRADA DE SOL, CAMAS COM ESPAÇO ADEQUADO PARA CABER O BERÇO DO BEBÊ, COM CRIADO MUDO E ARMÁRIOS, BANHEIROS LIMPOS E FUNCIONAIS, CHUVEIRO SEPARADO DO SANITÁRIO, DUCHA HIGIÊNICA, RESPIRO PARA OS VAPORES.”

“ESPAÇO ACONCHEGANTE PARA ACOLHER A GESTANTE E SUA FAMÍLIA. SALA DE PARTO HUMANIZADO, COM DIVERSIDADE DE EQUIPAMENTOS PARA A MÃE ESCOLHER O QUE SENTE MAIS CONFORTÁVEL. ENFERMARIAS COLETIVAS, MAS QUE AINDA GARANTAM PRIVACIDADE ÀS MÃES.”

“AMBIENTES MAIS PARECIDOS COM OS DE UMA CASA, ONDE NÃO HOUVESSE TANTOS SINAIS DE HOSPITAL.”

“SALAS ONDE OS FAMILIARES POSSAM FICAR CONFORTAVELMENTE AGUARDANDO POR NOTÍCIAS COM SOM AMBIENTE É MUITO HIGIENIZADAS.”

“SUITES ESPAÇOSAS, BANHEIROS ESPAÇOSOS (INCLUINDO BANHEIRO PARA ACOMPANHANTES) COM BANHEIRAS, CHUVEIROS QUENTES, ALGUM TIPO DE POLTRONA RECLINÁVEL OU CAMA PARA O ACOMPANHANTE DESCANSAR. MAIS APARELHOS DE FISIOTERAPIA; ALGO QUE GERE ENTRETENIMENTO PARA AS GESTANTES INTERNADAS TANTO NA ENFERMARIA DE ALTO QUANTO DE BAIXO RISCO. BANCADA MÓVEL ALTA PARA QUE AS GESTANTES POSSAM SE ALIMENTAR MAIS CONFORTAVELMENTE.”

“Estudos”, o capítulo 03, explana os estudos preliminares necessários para a composição do projeto, tais como os estudos sobre o terreno, o conceito, programa de necessidades e referências projetuais que subsidiaram decisões e exemplificam princípios para alguns espaços.

estudos do terreno_ diagnóstico

Campina Grande, está localizada no Agreste paraibano, (MAPA 05), sendo um dos principais polos econômicos e populacionais do Nordeste brasileiro. Sendo a segunda cidade mais populosa do Estado com uma população estimada pelo IBGE (2010) aproximadamente de 400 mil habitantes, e de sua região metropolitana, formada por dezenove municípios, totalizando mais de 630 mil habitantes.

À 519m acima do nível do mar, possui clima tropical, tendo como características que o período chuvoso são mais recorrentes no verão que no inverno. A média da temperatura varia en-

tre 18° e 32°, mínima e máxima, respectivamente, (CLIMATE DATA, 2019)

A Região Metropolitana de Campina Grande (RMCG) foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 92/2009, Inicialmente, a RMCG compreendia 23 municípios: Alagoa Nova, Areial, Aroeiras, Barra de Santana, Boa Vista, Boqueirão, Campina Grande (sede), Caturité, Esperança, Fagundes, Gado Bravo, Ingá, Itatuba, Lagoa Seca, Massaranduba, Matinhas, Montadas, Poço Redondo, Puxinanã, Queimadas, Riachão do Bacamarte, São Sebastião de Lagoa de Roça e Serra Redonda,.

Posteriormente, a região metropolitana, (MAPA 06), passou a ser formada por 27 municípios, com a inclusão de Alcantil, Natuba, Santa Cecília e Umbuzeiro. Considerando a RMCG e a influência de Campina Grande sobre as demais cidades ao redor, nota-se que o acesso ao lote é uma característica fundamental para a escolha do terreno. Sendo assim, foi estabelecido critérios para a escolha do mesmo.

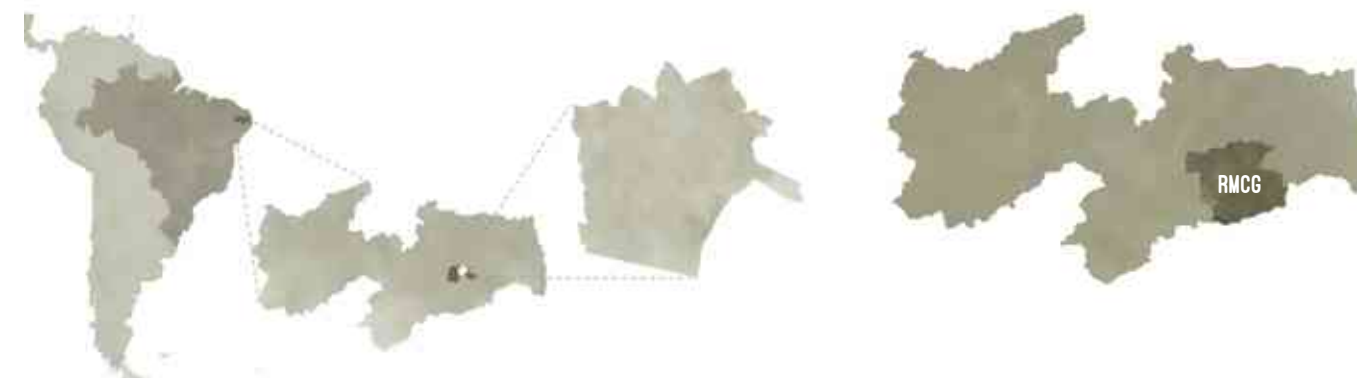
Para a Análise do terrenos foi escolhido o método FOFA, que de maneira resumida aponta os aspectos mais relevantes. Essa nomenclatura é uma tradução de SWOT, que no português brasileiro é traduzido como **Forças** - principais características positivas, **Oportunidades** - a potencialidade futura, **Fraquezas** - problemas implicantes, e **Ameaças** - implicações futuras que possam influenciar na vivência/implantação.

Os critérios para a escolha do terreno levaram em conta a complexida-

de de implantação do Estudo Preliminar da Maternidade proposta, em sua particularidade de ser para atendimento regional, bem como evitar possíveis conflitos e dificuldades de terraplanagem do terreno, como demonstrado ao lado, tendo como resultado quatro critérios.

MAPA 05. Localização do Município de Campina Grande. Fonte: Google imagens. adaptado por Ingrid Oliveira (2019).

MAPA 06. Localização do Município de Campina Grande. Fonte: Google imagens. adaptado por Ingrid Oliveira (2019).



escolha do terreno

Localizados na zona Sudoeste da cidade, os terrenos escolhidos correspondem aos quatro critérios: 1. Próximo à rodovias - facilitando o acesso de outros municípios; 2. Acesso ao transporte público - o lote deve ser uma de suas vias de acesso próximo a paradas de ônibus; 3. Possibilidade de acesso arborizado - as vias devem ser largas o suficiente para comportar o programa de humanização do exterior do edifício; 4. Próximo à serviços de alimentação - considerando o longo período de estadia, a possibilidade destes serviços existentes, bem como a possível abertura de novos serviços prestados ao usuários, funcionários e acompanhantes, dando mais oportunidade a estes a urbanização da cidade.

forças	oportunidades	fraquezas	ameaças
Localizado na via Arterial Estruturante; Ótima infraestrutura no entorno; Duas linhas de transporte coletivo público intervalo em média de 16 minutos.	Próximo a área de interesse urbanístico do Município; Possibilidade de realização de projeto paisagístico;	Próximo a área de grandes condomínios residenciais fechados; Grande massa de vegetação existente.	Construção de mais um grande condomínio residencial fechado no entorno; Área de especulação imobiliária; Distante apoio de serviços/comércio.
Localizado em via Arterial; Boa infraestrutura no entorno; Três linhas de transporte coletivo público com intervalo em média de 5 minutos.	Situado em bairro residencial; Possibilidade de realização de projeto paisagístico; Pouca arborização existente.	Pouca sinalização e segurança ao pedestre; Terreno já apropriado pelos moradores locais com fins de lazer.	Área de especulação imobiliária; Fluxo de veículos constante.



QUADRO 04. Quadro resumo da análise FOFA.
Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira (2019).

MAPA 07. Localização terrenos no Município.
Fonte: SEPLAN (2016) adaptado por Ingrid Oliveira (2019).

MAPA 08. Localização dos terrenos no recorte.
Fonte: SEPLAN (2016) adaptado por Ingrid Oliveira (2019).

Diante do exposto na análise do FOFA, **QUADRO 04**, verificou-se que o terreno 2 possui mais características que atendem aos critérios de escolha. Apesar de apresentar infraestrutura inferior a do terreno 1, a implantação de um importante equipamento atrai investimentos públicos, bem como investimentos privados, em especial a população de renda baixa e média, onde propicia o surgimento de prestação de serviços e comércios, além de atrair uma dinâmica ocupacional mais efervescente, haja vista as possibilidades de acréscimo de renda e novos usos.

0 150 300m



condicionantes

O terreno se encontra entre duas curvas mestres, onde as curvas de níveis são a cada dois metros, possuindo uma declividade de oito metros no sentido norte-sul, e de seis metros no sentido leste-oeste. Os ventos predominantes na cidade de Campina Grande vem do Leste e do Sudeste. O terreno encontra-se com as suas fachadas norte e sul mais longilíneas, e a fachada leste apresenta como um acesso já existente, como nota-se no MAPA 09.

Ainda neste mapa, pode-se perceber que o terreno possui pouca vegetação arbórea alta e três grandes campos de lazer ocupados pelos moradores locais, ao total em toda a quadra existem oito campos. Segundo a PMCG, essa é uma área de interesse urbanístico.

A FIGURA 35 mostra a relação da vegetação rasteira, e a existência de pouca massa arbórea alta, com solo natural bem exposto, visto da fachada norte do terreno.

MAPA09. Condicionantes climáticas e pré-existências no terreno. Fonte: SEPLAN (2016) adaptado por Ingrid Oliveira (2019).



FIGURA 35. A,B,C. Montagem da vista do terreno proposto. Fonte: Acervo da autora (2019).



CONDICIONANTES

condicionantes

O **GRÁFICO 28** apresenta a rosa dos ventos com a predominância Leste com velocidade de até 6m/s, mas sendo prevalectente de 2 a 4m/s, no direcionamento sudeste a velocidade é menor, encontrando-se entre 0 à 4 m/s. O **GRÁFICO 29** mostra a temperatura a média mensal distribuído entre um ano, e a zona de conforto térmico da cidade, sendo esta entre a mínima de 21°C e máxima de 29°C. Entretanto as projeções a mínima é de 19°C e a máxima de 31°C. Ocorre que os meses entre julho e agosto são de temperatura mais amenas, a temperatura média da cidade é de 22,9°C e a pluviosidade média anual é de 765mm.

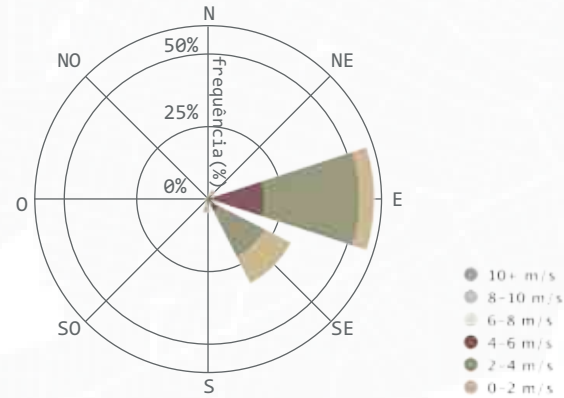
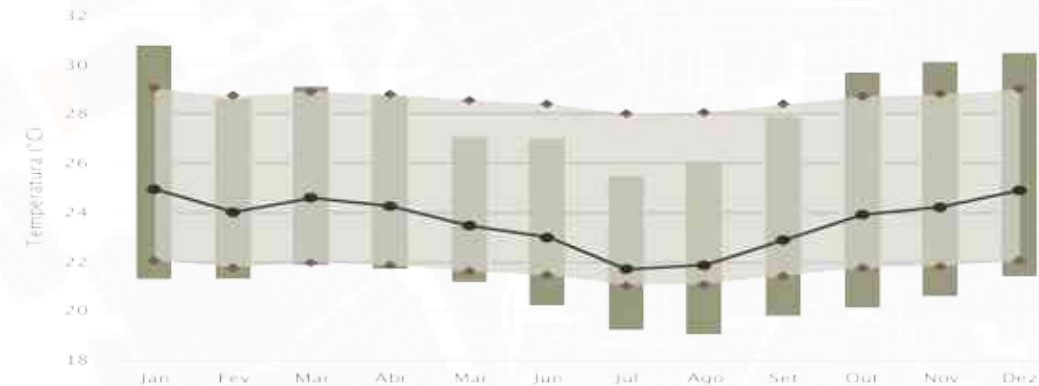


GRÁFICO 28. Rosa dos ventos Campina Grande - PB. Fonte: Projetee, editado por Ingrid Oliveira, 2020.



- Temperatura média mensal (°C)
- Temperatura média mensal Máx e Min(°C)
- Zona de conforto (°C)

GRÁFICO 29. Temperatura e zona de conforto. Fonte: Projetee, editado por Ingrid Oliveira, 2020.



MAPA 10. Zona Bioclimática 8. Fonte: ABNT (2005), editado por Ingrid Oliveira, 2020.

Campina Grande, possui clima tropical, e segundo a NBR 15220/2005, a cidade está inserida no Zoneamento bioclimático 8, como aponta o **MAPA 10**, no qual apresenta orientações e diretrizes construtivas para edificações habitacionais, recomenda-se aberturas grandes e sombreadas, paredes e coberturas leves e refletoras, absorvendo pouco calor. A estratégia bioclimática indicada é o uso de ventilação cruzada por todo o ano, contudo, adverte-se que em momentos de temperatura mais altas, seja utilizado o condicionamento artificial.

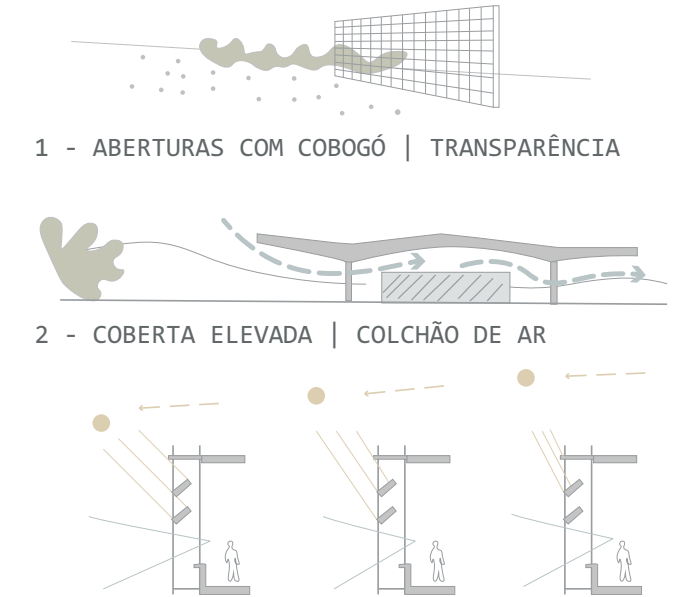


FIGURA 36. Montagem como construir no nordeste brasileiro. Fonte: Holanda, 1976. Editado por Ingrid Oliveira (2020).

Segundo Holanda (1976) as estratégias apresentadas acima, **FIGURA 36**, as áreas de abertura deve ocupar mais que 40% da área do piso, as aberturas também devem ser sombreadas, os muros ou algumas paredes podem ser usadas com cobogós, permitindo a ventilação para o interior da edificação. A coberta pode ser utilizada para sombrear o edifício, e também criar um colchão de ar, resfriando a edificação.

acesso ao terreno e hierarquia viária

O acesso ao terreno pode-se dar tanto pelas BRs nas margens urbanas, como por dentro da cidade, pelas vias arteriais e coletoras destacadas no **MAPA 11**.

No **MAPA 12** percebe-se que as duas vias que dão acesso ao terreno são a via arterial principal Av. Francisco Lopes de Almeida, e a via local Rua Arquiteto Renato Azevedo. A via coletora Manoel Gomes Taveira, dá acesso a rua paralela ao terreno à via arterial estruturante Marechal Floriano Peixoto. Todas as vias do entorno possuem duplo fluxo, mão e contramão.

MAPA 11. Acesso ao terreno por meio das conexões nas margens do Município e pelas vias arteriais e coletoras da cidade. Fonte: SEPLAN (2016) adaptado por Ingrid Oliveira (2019).

PRINCIPAIS ACESSOS BR'S E ARTERIAL ESTRUTURANTE
ACESSO VIAS ARTERIAIS E COLETORAS

MAPA 12. Hierarquia das vias, ponto de ônibus e acesso ao terreno. Fonte: SEPLAN (2016) adaptado pela autora (2019).

VIA ARTERIAL PRINCIPAL
VIA COLETORA



ACESSO HIERARQUIA

uso do solo, cheios e vazios e pontos de serviço.

o Entorno da área de estudada, como mostra a **FIGURA 37**, pode-se notar que de 2005 à 2019 surgiram ocupações em lotes vazios, e durante esse tempo houve a implantação de novos conjuntos habitacionais, como o portal sudoeste que trouxe investimentos em infraestrutura, na zona de expansão urbana à esquerda da Av. Raimundo Asfora, bem como a ocupação das quadras à direita.

Outro ponto importante é apropriação da quadra do terreno estudado, com a implantação de oito campos onde há competições esportivas dos moradores do entorno, demonstrado no **MAPA 13**, e observa-se também que a maioria dos lotes são de unidades habitacionais.

FIGURA 37. A,B,C,D. Dinâmica de ocupação do entorno do terreno estudado. Fonte: Google Earth adaptado por Ingrid Oliveira (2019).

MAPA 13. Uso do solo, cheios e vazios e pontos de serviço no entorno do lote. Fonte: SEPLAN (2016) adaptado por Ingrid Oliveira (2019).

	INDUSTRIAL		RESIDENCIAL		INSTITUCIONAL
	VAZIO		SERVIÇO/COMÉRCIO		

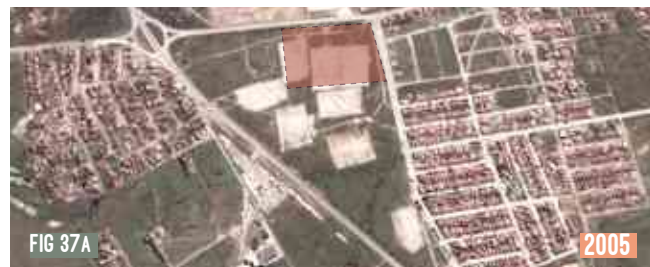


FIG 37A

2005



FIG 37B

2012

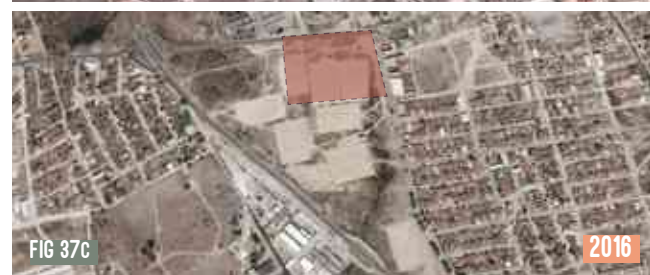


FIG 37C

2016



FIG 37D

2019



estudo de impacto de vizinhança

Com predominância residencial, como demonstrado no **MAPA 13**, um equipamento do porte de uma maternidade trás grandes impactos sobre a sua área de implantação, gerando melhorias na infraestrutura básica local como a pavimentação de ruas, instalação de semáforos, instalações de iluminação públicas bem como a atração de novos serviços de alimentação e para o setor comercial têxtil. Contudo, apesar de agregar valor econômico e de infraestruturação ao seu entorno, o equipamento neste caso específico ocupará a área utilizada pela autoescola que se apropriou da propriedade privada pela não implantação de um uso do dono do terreno, assim como os moradores com os três campos de partidas, entretanto, cabe a proposição do estudo preliminar ter sensibilidade aos usos comunitários existentes atualmente, sem desfavorecer a população.

FIGURA 38. Fotos do terreno. Fonte: Acervo pessoal da autora (2019).

MAPA 14. Estudo de impacto de vizinhança. Fonte: Google Earth adaptado por Ingrid Oliveira (2019).



capítulo_04 PROPOSTA

O capítulo 04, “proposta” é o resultado do estudo dos capítulos anteriores. Tendo como seu conteúdo o conceito e partido do projeto, com a apresentação da proposta com detalhes das pranchas e elementos em desenhos bidimensionais e tridimensionais.

conceito

O conceito abrange 4 tipos de usuários: 1 - Mulher/mãe; 2 - Acompanhantes/Família, 3 - Criança, e o 4 - Funcionário. **FIGURA 39.** Sendo assim, buscou-se responder aos anseios dos usuários identificados no questionário e embasado na pesquisa referencial teórica e projetual. Sendo assim, foi levantado palavras que cor-

respondiam as ideias sugeridas de forma mais abstratas, sendo: habitar, informar, identificar, conectar, confortar, socializar e humanizar.

Logo, se percebeu a necessidade de espaços de socialização que fossem interligados com a paisagem e contemplação, as

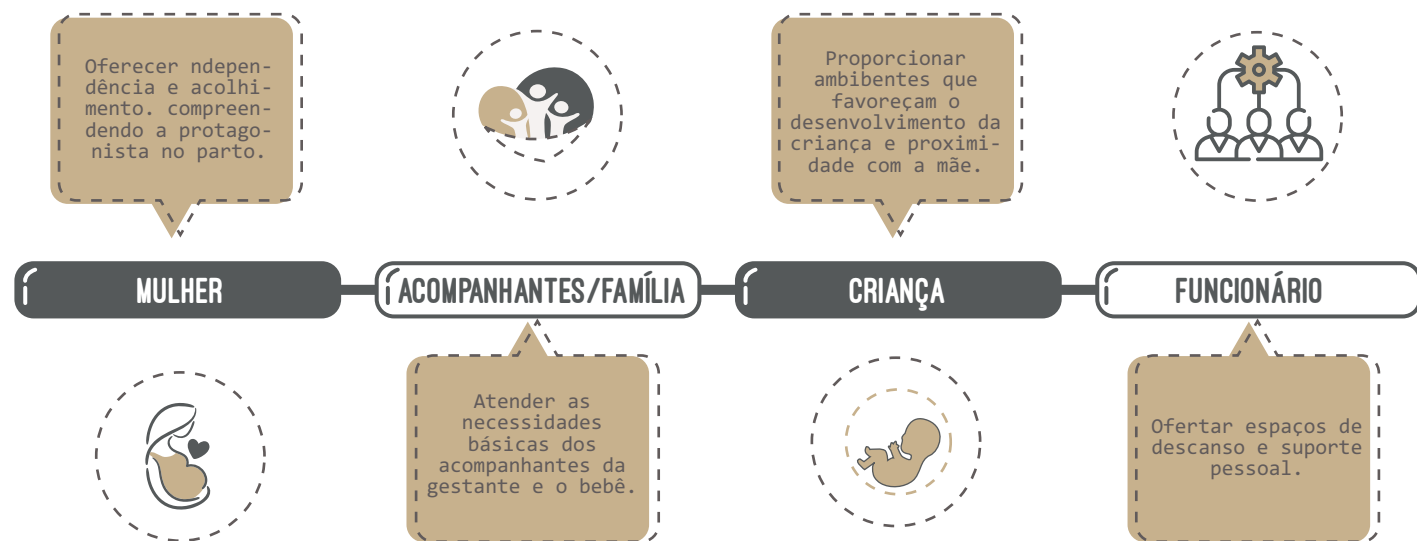


FIGURA 39. Personagens do edifício hospitalar e suas necessidades. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

informações espaciais deveriam ser claras e objetivas. Apesar do hospital ser um edifício complexo a racionalização de percursos faz com que o usuário identifique o espaço sem se sentir perdido. O conforto liga-se aos aspectos físicos e psicológicos, e por fim, o habitar, que possui um sentido de pertencimento ao local.

partido

A proposta gerada em um cenário pandêmico trouxe reflexões sobre a forma de proje-

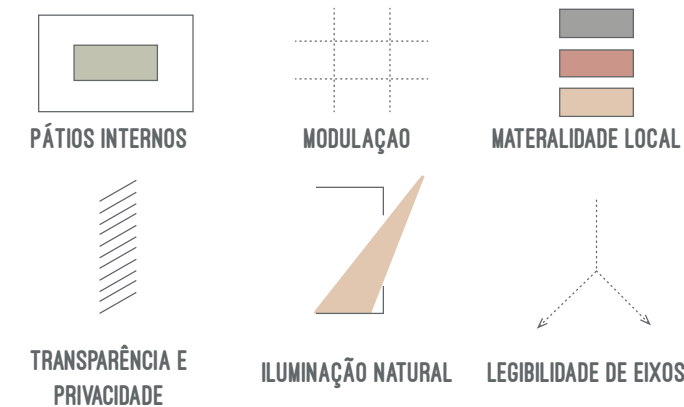


FIGURA 40. Esquema dos princípios adotados como partido. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

tar, reafirmando os princípios a serem adotados. O partido consiste em seis elementos projetuais mostrados na **FIGURA 40**, sendo estes: Pátios internos, modulação, materialidade local, transparência e privacidade, iluminação natural, legibilidade dos eixos de eixos.

Pátios/Jardins internos

Os pátios como estratégias de ventilação e a criação de biomas, foram distribuídos pela edificação gerando microclimas, reduzindo a temperatura incidida diretamente nas paredes da edificação, especialmente as localizadas à oeste. Além do benefício do conforto térmico, os pátios e jardins contribuem para o enriquecimento visual da paisagem tanto dos corredores como dos demais cômodos.

Iluminação natural

A iluminação natural do edifício é obtida por três meios: esquadrias, aberturas zenitais nos pátios, jardins e nos corredores, onde foram utilizados shafts com uma claraboia, de forma que o usuário tenha a percepção do tempo. Essas iluminações não necessariamente servem para ter a luminância adequada do uso, mas

contribuem com a redução do uso da luz artificial da edificação.

Modulação

A priori, o projeto visa a racionalização e otimização do tempo projetual e de execução, criando eixos modulares que se repetem por todo o edifício, mudando apenas de orientação para uma melhor adequação de acordo com a implantação. Posteriormente, será explicado os detalhes de como foi feito.

Materialidade local

A materialidade foi pensada de forma que houvesse uma contribuição na agilidade e que os profissionais locais tivessem habilidade para manusear e construir o edifício, gerando uma contribuição econômica e social na cidade.

Transparência e privacidade

Para obter o equilíbrio entre a transparência e privacidade, utilizou-se de três formas: os planos de cobogós, tijolo maciço intercalado com espaços entre si e os planos de esquadria. Os cobogós foram alocados nas fachadas e em alguns corredores, permitindo a ventilação cons-

tante e permeabilidade visual, promovem privacidade para o bloco de internação e serviço, além de contribuir para o sombreamento. Em alguns dos cobogós, foram feitas adaptações de forma que coubesse algumas plantas trepadeiras que crescessem e gerassem mais uma barreira visual e sombreamento para o edifício, sendo necessário a realização de algumas podas e deve haver um sistema de irrigação destas vindo pelas faces internas das vigas e distribuindo nos vasos.

Legibilidade dos eixos de conexões

A legibilidade dos eixos de conexões se dá devido a necessidade de orientação posicional do usuário, sendo assim houve o emprego de corredores abaixo de 50m de comprimento, com o desvio visual ou o enquadramento da paisagem no fim do corredor, dando uma sensação de encurtamento de distância dando uma sensação de menos complexidade e facilidade de acessos. Essa legibilidade visa direcionar o usuário, então foram utilizadas estratégias de sinalização no teto e em elementos dos corredores, para facilitar a comunicação e informação.

Agenciamento externo

A sugestão proposta consiste em um estudo preliminar sobre a zona de amortecimento externo ao lote do objeto de estudo, demonstrado na **FIGURA 41**, tem como proposta a implantação um canteiro central com árvores que contribuam para uma requalificação urbanística, além da criação de dois bolsões de ônibus, garantindo que o fluxo comum da via principal não seja comprometido. Houve a locação de faixas de pedestres elevadas que possuem acesso direto ao hospital e faixas simples, que conectam as calçadas, promovendo uma travessia mais segura.

A delimitação do lote ocorreu por meio do desmembramento do lote, prologando a via Severiano Valeriano de Oliveira e a criação de uma nova rua. Para o prolongamento que fica na parte inferior do terreno, optou-se por inserir um canteiro central com uma calçada que seja adequado caminhada, favorecendo os moradores do entorno com mais de 600m de comprimento.

Outra estratégia utilizada foi a implantação mais a leste, de uma praça de alimentação como suporte externo aos vi-

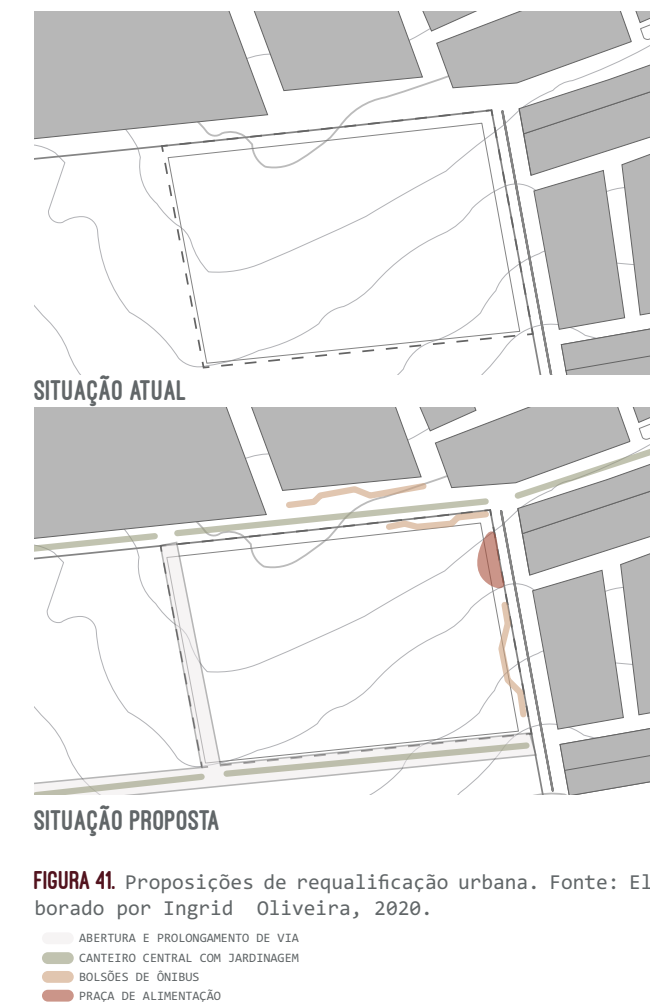


FIGURA 41. Proposições de requalificação urbana. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

sitantes, funcionários e moradores. Tinha-se como prioridade a visualização do hospital, o bloco foi deslocado da esquina para gerar mais permeabilidade visual e integração à comunidade do entorno, como pode-se observar na FIGURA 42

FIGURA 42. Intervenções de requalificação urbana no entorno imediato. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



Vedações

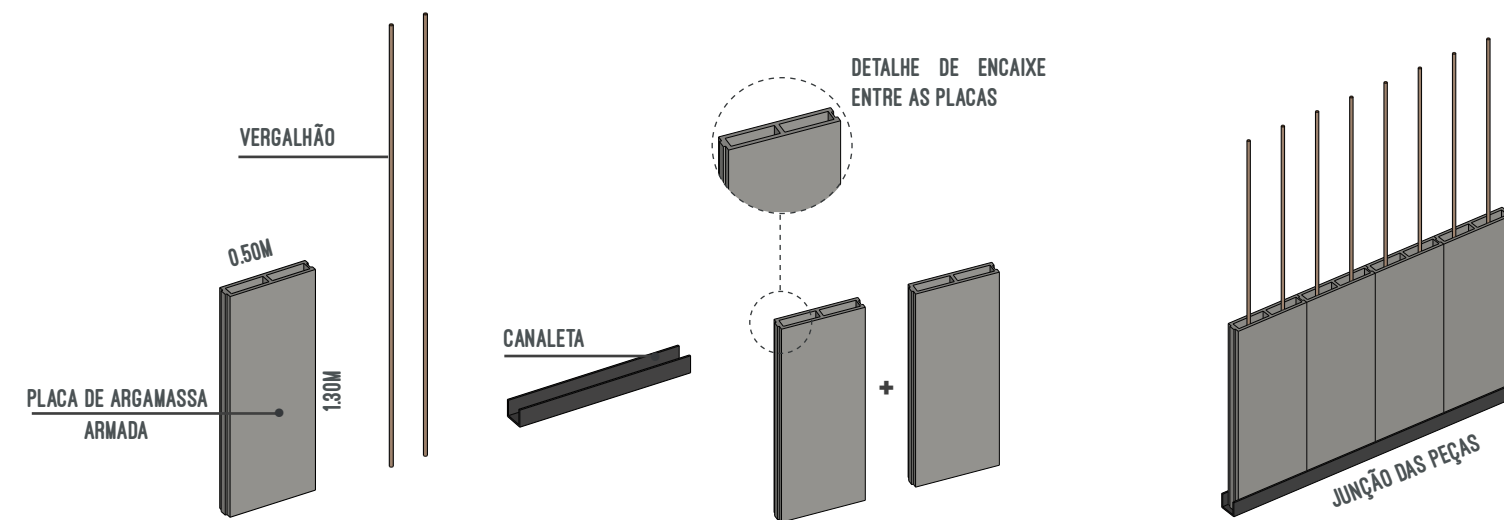
A princípio as vedações foram pensadas de forma a compor uma modulação divisível por 2 e por 5, aos quais irei expressar brevemente algumas especificações de encaixe e aplicação, apresentando o módulo gerador. Logo, escolheu-se os sistemas de:

Placas de argamassa armada, FIGURA 43, que é uma espécie de concreto armado, foi utilizado nas paredes internas do edifício, de forma a acelerar a montagem e dar maior flexibilidade para futuras alterações nos espaços.

Essas placas possuem em sua maioria a dimensão de 1,30 de altura, 0,50m de largura e 0,10m de espessura, juntas elas formam uma modulação de encaixe de peças, numa trama de 2,60m de altura por 1,00m de largura, ao que, o pé direito corresponde à 2,60m de altura, encerrando-se no forro.

Para a compatibilização com os futuros projetos hidrossanitários e elétricos, considerou-se um vão livre de 0,40m de altura até a viga

FIGURA 43. Montagem das placas de argamassa armada. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



para a passagem dessas instalações. Pensando na montagem, seria instalado duas canaletas, uma no piso e outra no teto, já que o bloco não vai até a viga, seria uma forma de sustentação. O vazio dentro da placa de argamassa serve tanto para deixá-la mais leve como para ter o espaço da instalação dos vergalhões para garantir fixação vertical da peça, e quando em espaços necessários, pode ser preenchido com materiais que promovam isolamento acústico.

Contudo, pensando na regionalidade que a proposta tem, buscou-se utilizar um elemento muito utilizado na região, o **tijolo maciço/adobe aparente**, entretanto, pensando na otimização da montagem, induziu-se a criação de um tamanho que corresponda ao módulo gerador, resultando nas dimensões de 0,50m de comprimento, 0,20m de altura e 0,10m de largura, de forma que seja utilizada apenas na vedação das paredes da fachada, quebrando visualmente o cinza predominante do concreto.

Buscando dinamizar, a montagem desse tipo de vedação, em espaços propícios, buscou-se intercalar os tijolos a uma cer-

ta distâncias, gerando espaços vazios, utilizando um elemento em referência ao estudo correlato do The Mother & Baby Hospital Unit na República Democrática do Congo, permitindo uma transparência e leveza espacial, mas ainda assim, configurando privacidade ao espaço, como inficada na **FIGURA 44**.

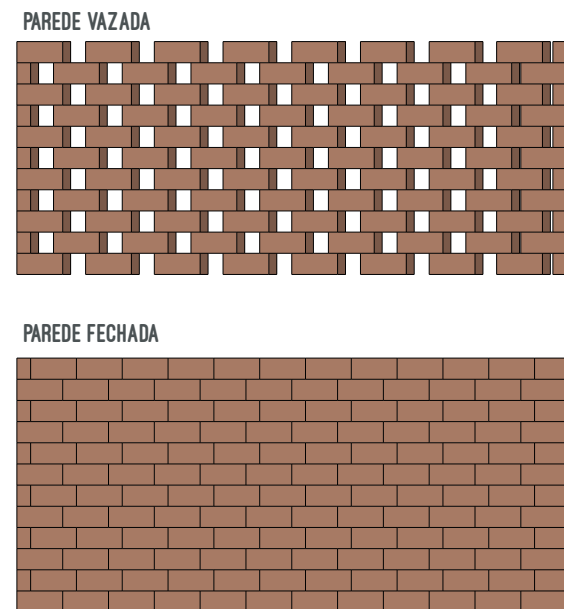


FIGURA 44. Paginação do tijolo adobe aparente. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Os **cobogós** como plano de vedação, possuem uma modulação de 0,50x0,50m, ao qual compõe dois modelos projetados especificamente para esta edificação, proporcionando dinamicidade entre as peças pela rotação do bloco tipo1, em 0°, 90°, 180° e 270°. **FIGURA 45**. Essa mesma disposição do conjunto dos 4 blocos do tipo 1, foram somados ao bloco tipo 2 em locais que permitissem e necessitassem de mais entrada de luz natural.

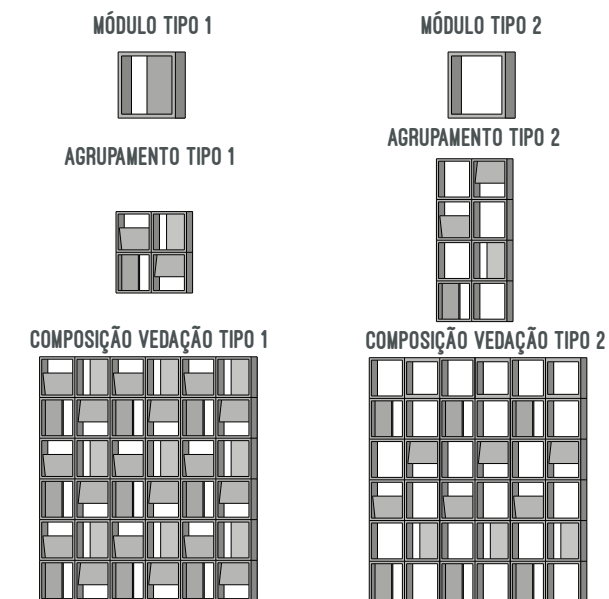


FIGURA 45. Composição dos planos de cobogós. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Como elementos de sombreamento, proteção e de limitação visual razoável, previu-se a utilização de gradiz metálicos, **FIGURA 46**, com largura de 0,10m e altura variável pitados na cor branca.

Em consonância com o gradil, foi empregado o uso de anteparos com o seu acabamento também na cor branca, tanto para ser um elemento de destaque como para uma menor absorção de calor e quebrar harmonicamente o marrom alaranjado do abode e o cinza do concreto.

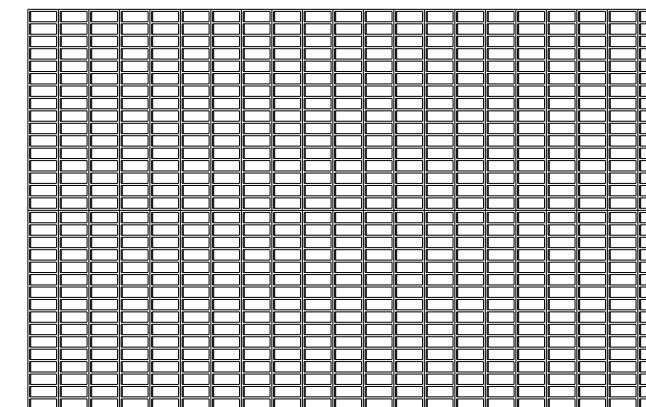


FIGURA 46. Gradil metálico pintado na cor branca. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

As **esquadrias** como elemento de vedação, também possuem um módulo gerador com largura de 0,50m. Existindo 5 elementos geradores, ao qual a composição deles formam a esquadria do espaço, conforme a **FIGURA 47**.

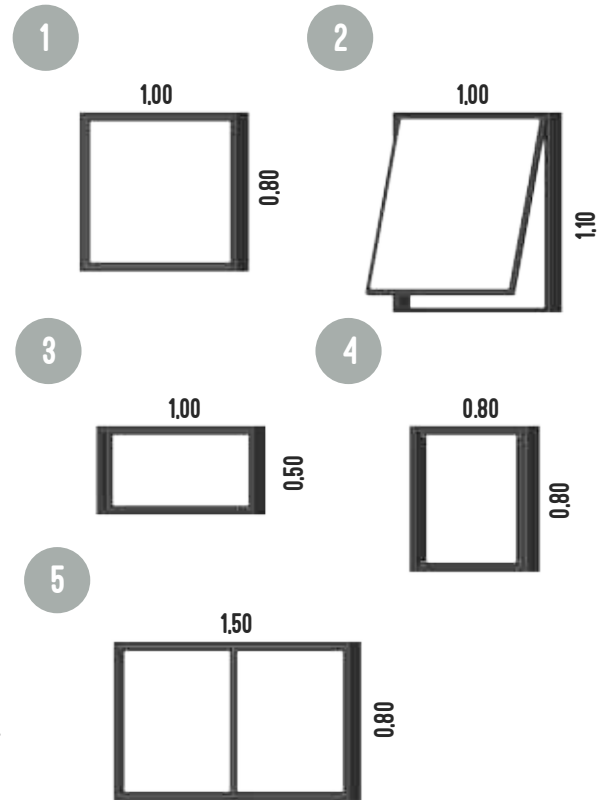
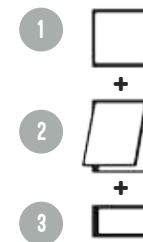


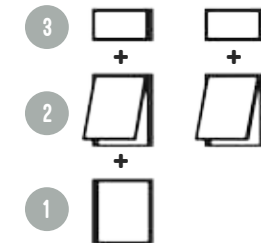
FIGURA 47. Módulos geradores das esquadrias. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Logo, ao longo do edifício, encontram-se 6 composições, como ilustrado na **FIGURA 48**.

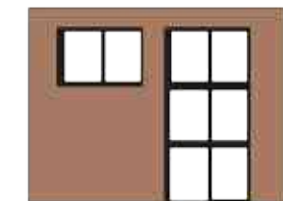
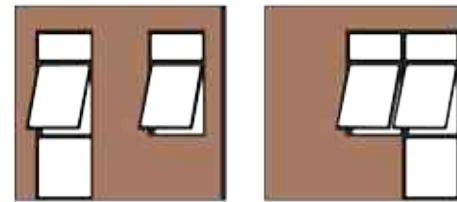
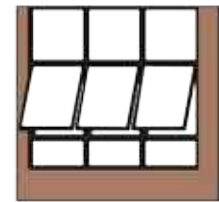
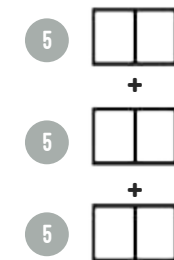
COMPOSIÇÃO 1



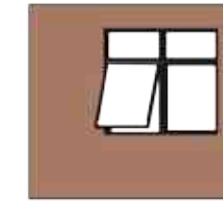
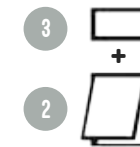
COMPOSIÇÃO 2



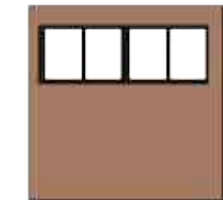
COMPOSIÇÃO 3



COMPOSIÇÃO 4



COMPOSIÇÃO 5



COMPOSIÇÃO 6

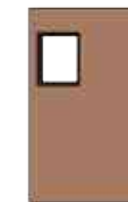


FIGURA 48. 6 composições a partir dos módulos geradores das esquadrias. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Devido a modulação originada por meio do levantamento teórico baseado em Ronald Góes, 2004, na sua publicação “O manual prático da arquitetura hospitalar” e nas RDC 50 e RDC 36, além de todo o referencial apresentado no capítulo 01, chegou a conclusão de que a modulação com largura de 3,45m atenderia a maioria dos ambientes.

Sendo assim, a partir dessa largura fixada poderia-se ter ambientes maiores ou menores, porém, os módulos das esquadrias permaneceriam com o mesmo ritmo plástico oferecido pela racionalização do projeto.

Por fim, a **estrutura** de pilares e vigas escolhida foi em concreto moldado in-loco devido a durabilidade, manutenção e o cunho socioeconômico local. Posteriormente, será demonstrado os eixos da modulação aplicada no projeto.

Exceto na entrada principal e entrada de emergência, os pilares e vigas foi indicado o uso de estruturas metálicas, pois, permitem um vão livre maior e plasticidade para a fachada devido a menor quantidade de pilares.

programa de necessidades + pré-dimensionamento

AMBIENTES	M ²	QNT
APOIO MULHER		
Recepção principal	69	1
Sala de espera	34	1
Brinquedoteca	32	1
Espaço convívio	35	-
Entrega exames	16	1
Apoio arquivos	6	1
Guarda macas/cadeiras	10	1
Sala de terapia coletiva	32	1
Sala multiuso	52	4
Sala de Educação	52	1
Sanitário feminino	20	1
Sanitário masculino	20	1
Sanitário pne feminino	3	1
Sanitário pne masculino	3	1
Armários	12	1
Piscina	92	1
Primeiros Socorros	40	1
Vestiário Feminino	19	1
Vestiário Masculino	19	1
DML	14	1
Arquivos/ Depósito	23	1
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA		
Recepção Diag. e Terapia	20	1
Sala de espera	93	-
Prescrição	16	1
Apoio arquivos	16	-

Cartório	12	1
Expurgo	18	1
DML	8	-
Roupa Limpa	9	1
Roupa Suja	3	1
Sanitário feminino	20	1
Sanitário masculino	20	1
Sanitário pne feminino	3	1
Sanitário pne masculino	3	1
Lavabo	3.5	9
Consultório	16	14
Sala de entrevista	16	2
Sala de vacinação	16	1
Sala de inalação	16	1
Recepção banco de leite	6.6	1
Preparo de leites	22	1
Sala de coleta de leite	7.1	1
Sala Nutrição	8.6	1
Vestiário banco de leite	4	1
sala desinfecção	5.7	1
Laboratório	7.5	1
Sala Ultrasson	22	2
Espaço convívio	29	1
Dormitório	4.8	2
Copa	5	1

EMERGÊNCIA

Recepção emergência	22	1
Sala de espera	55	-
Guarda macas/cadeiras	7.6	1
Acolhimento	23	1
Lavabo	3.8	4
Sanitário feminino	20	1
Sanitário masculino	20	1
Sanitário pne feminino	3	1
Sanitário pne masculino	3	1
Consultório	16	2
Arquivo	3.8	1

CENTRO CIRÚRGICO

Sala de Anestesia	15.6	1
Sala de Transferência	15.6	1
Sala Recém-nascidos	15.6	1
Vestiário Ferminino	20	1
Vestiário Masculino	20	1
Posto de Enfermagem	6	1
Prescrição	2	1
Medicamentos	4.2	1
Expurgo	4.5	1
DML	3	1
Roupa Suja	3	1
Roupa Limpa	3	1
Troca Macas	11.6	
CME	5.2	1

SRPA s/bebê	26	1
SRPA c/bebê	27	2
AMIU	16	1
Sala de cirurgia	27	5
Espaço conforto	12	1
Dormitório	8	1
Copa	5	1

CENTRO DE PARTO NORMAL

Sala parto normal c/banheira	21.6	6
Sala parto normal s/banheira	17	8
Posto de Enfermagem	6	1
Prescrição	2	1
Medicamentos	4.2	1
Expurgo	4.5	1
DML	3	1
Roupa Suja	3	1
Roupa Limpa	3	1
Administração	15.3	1
Consultório	17	1
Banheiros	4.4	16

UTI'S INFANTIL

Berçário	67.4	1
UTI Neonatal	85	1
UTI UCINCA	118	1

UTI UCINCO	72	1
UCI	95	1
UTI isolamento	8.2	2
Sala de equipamentos	5	1
Sala de utilidades	5	1
Área de transferência	9.8	1
Área de serviço	6.8	3
Posto de Enfermagem	6	4
Prescrição	2	4
Medicamentos	4.2	1
Expurgo	4.5	1
DML	3	1
Roupa Suja	3	1
Roupa Limpa	3	1
espaço conforto	21.5	1
Dormitório	12.4	1
copa	6.5	2
Lavabo	3.8	2
Banheiro	4.4	4

UTI ADULTO

Posto de Enfermagem	6	4
Prescrição	2	4
Medicamentos	4.7	1
Expurgo	5.8	1
DML	3	1

Roupa Suja	3	1
Roupa Limpa	3	1
espaço conforto	21.5	1
copa	5.8	2
Banheiro func.	5.8	1
Quarto uti	16.2	9
banheiro	4.4	8
Consultório	16.2	1

INTERNAÇÃO

Posto de Enfermagem	8.5	6
Prescrição	5.4	6
Medicamentos	5.1	6
Expurgo	4.5	6
DML	3.6	6
Roupa Suja	3.6	6
Roupa Limpa	3.6	6
copa	5.9	6
Banheiro func	4.8	6
Enfermarias 3 leitos	16.6	68
Enfermarias 2 leitos	15	8
Banheiros enfermarias	4.4	74
Espaço convívio	27	7
Espaço conforto	33	3
Copa esp. confort tipo 1	5.9	1
Copa esp. confort tipo 2	13	2
Lavabo esp. conforto	3.6	6

Dormitório	4.8	6
Quarto observação pós-cirúrgica	16	19
Banheiro Q. observação	4.4	13

CASA DA MULHER

Recepção	15	1
Sala visitas	46	1
Cozinhas	87	1
Lavanderia	41	1
Banheiro	4.4	14
Quarto	16.6	13
Varanda	5	13
Sala íntima	46	1
Posto de Enfermagem	8.5	1
Prescrição	5.4	1
Medicamentos	5.1	1
Expurgo	4.5	1
DML	3.6	1
Roupa Suja	3.6	1
Roupa Limpa	3.6	1
copa	5.9	1
Banheiro func	4.8	1

ADMINISTRATIVO

Secretária	12.6	1
Recursos Humanos	28.5	1
Apoio administrativo	28.5	1
Financeiro e faturamento	28.5	1
Compras e gestão	28.5	1

Controle de Mat. e Patrimônio	28.5	1
Comunicação	28.5	1
Informática	22.5	1
Hotelaria Hospitalar	28.5	1
Coord.Ens. Pesquisa	22.5	1
Sala de reuniões	28.5	1
Diretoria	28.5	1
Sanitário feminino	20	1
Sanitário masculino	20	1
Sanitário pne feminino	3	1
Sanitário pne masculino	3	1
Vestiário Feminino	28.5	1
Vestiário Masculino	28.5	1
Espaço convívio	59.5	1
Arquivos	38.6	1

PESQUISA E ENSINO

sala de apoio estudantes	50	1
biblioteca	50	1
sala de aula	50	2
saniário feminino	25	1
saniário masculino	25	1

NECROTÉRIO

Recepção Necrotério	8.4	1
Sala de espera	38	1
Administração	10.2	1
Sala de Laudos	5.4	1
Sala de reconhecimento	19.2	2

Câmara cadáver infantil	13	1
Câmara cadáver adulto	13	1
Vestiário cadáver	12	1
Area de transferência	15.7	1
Sanitário feminino	12.5	1
Sanitário masculino	12.5	1
Sanitário pne feminino	3.4	1
Sanitário pne masculino	3.4	1
DML	6.5	1
Sala de Utilidades	6.7	1

SERVIÇO DE APOIO

Cozinha	127	1
Depósitos cozinha	216	-
Refeitório Funcionários	106	1
Refeitório Visitantes	86	1
Lavanderia R. Suja	34	1
Lavanderia R. Limpa	34	1
Dep. R. Limpa	28.5	1
Cabine decontrole	7	1
Recepção serviço	11	1
Administração	45	1
Manutenção	60	1
Deposito	40	1
Almoxarifado	155	1
Farmácia	94	1

RESÍDUOS

resíduos comum	15	1
----------------	----	---

resíduos recicláveis	20	1
resíduos infectantes	15	1
resíduos químicos	6	1
dml e guarda de EPI's	6	1
lavagem de carrinho	16	1
central de gases	46	1
central de água gelada	60	1
transformadores	50	1

A partir da leitura das legislações vigentes e referencial teórico sobre a área mínima dos espaços, chegou-se ao resultado exposto no pré-dimensionamento.

Contudo, devido a ênfase da proposta desse trabalho, não foi dado destaque as especificidades de alguns ambientes do setor de “serviço de apoio”, assim como o setor de “resíduos” não será evidenciado nesse trabalho, resguardando-se apenas a finalidade do mesmo.

ÁREA TOTAL: 16.802M²
ÁREA TERRENO: 37.000M²

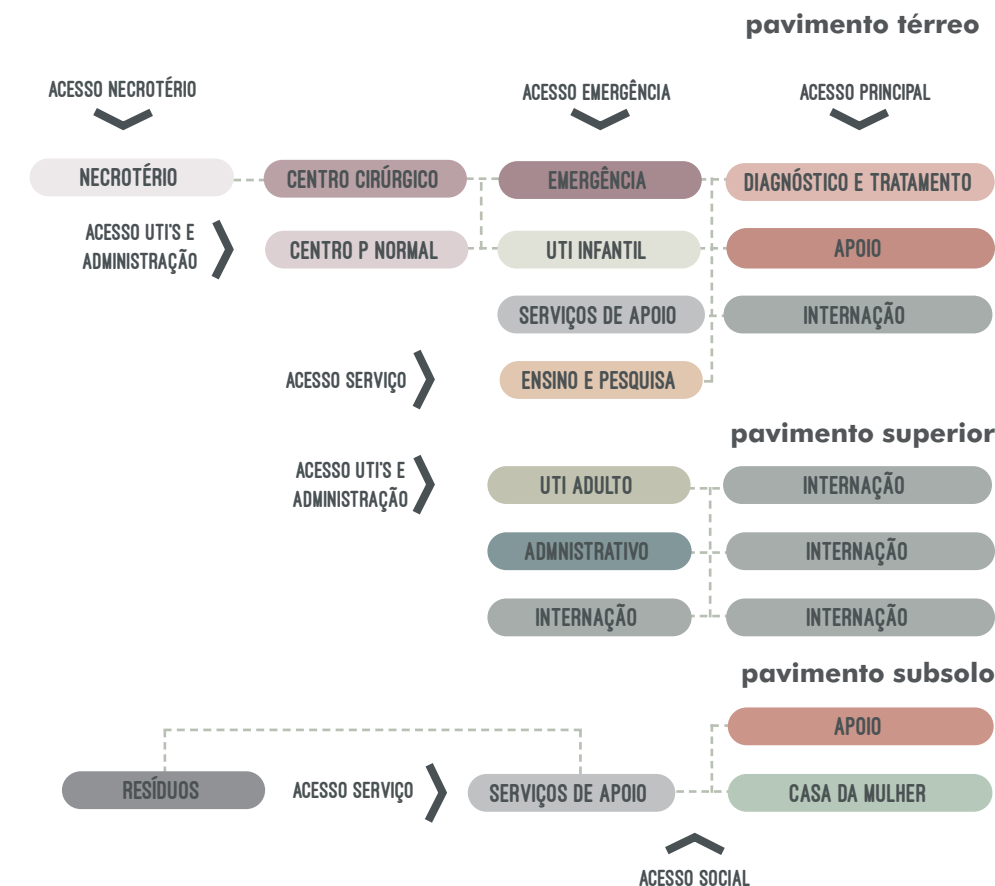
organograma pavimentos

FIGURA 49. Organograma dos setores por pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

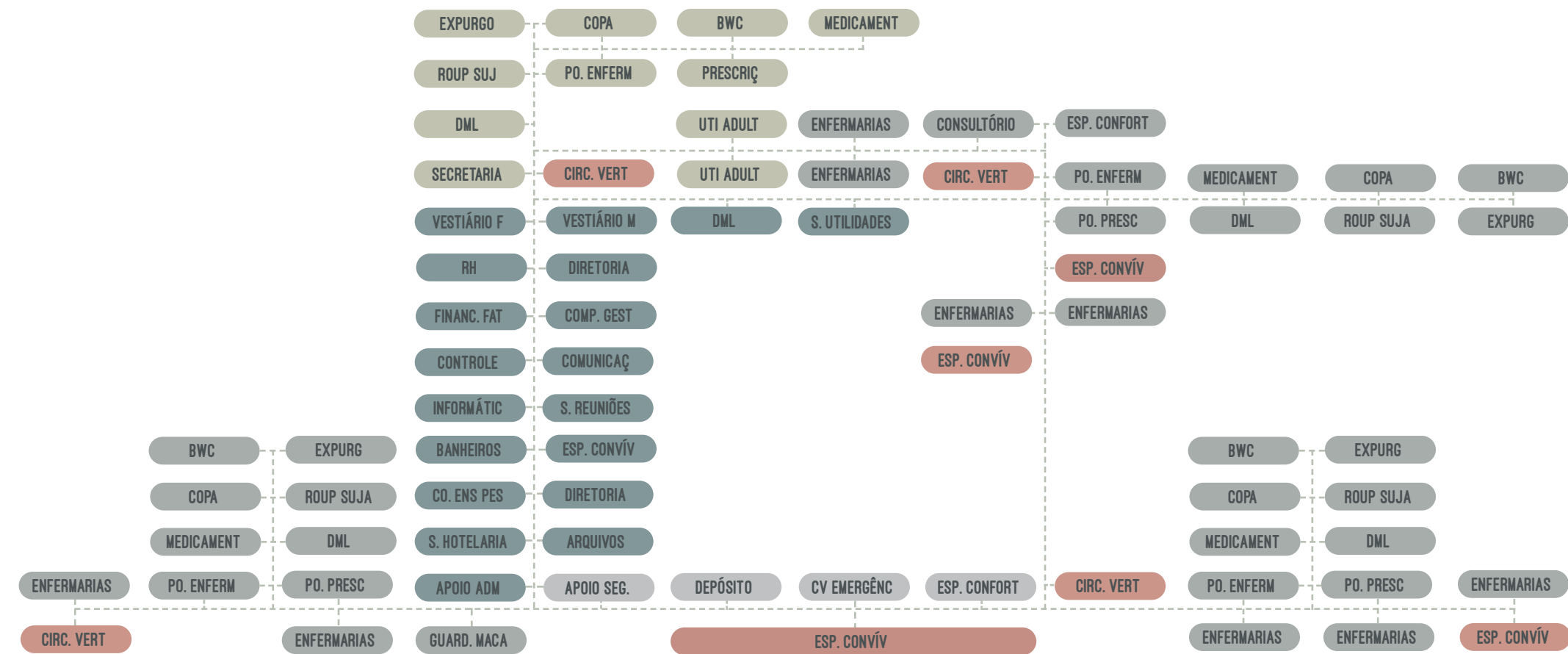


FIGURA 51. Organograma pavimento superior. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

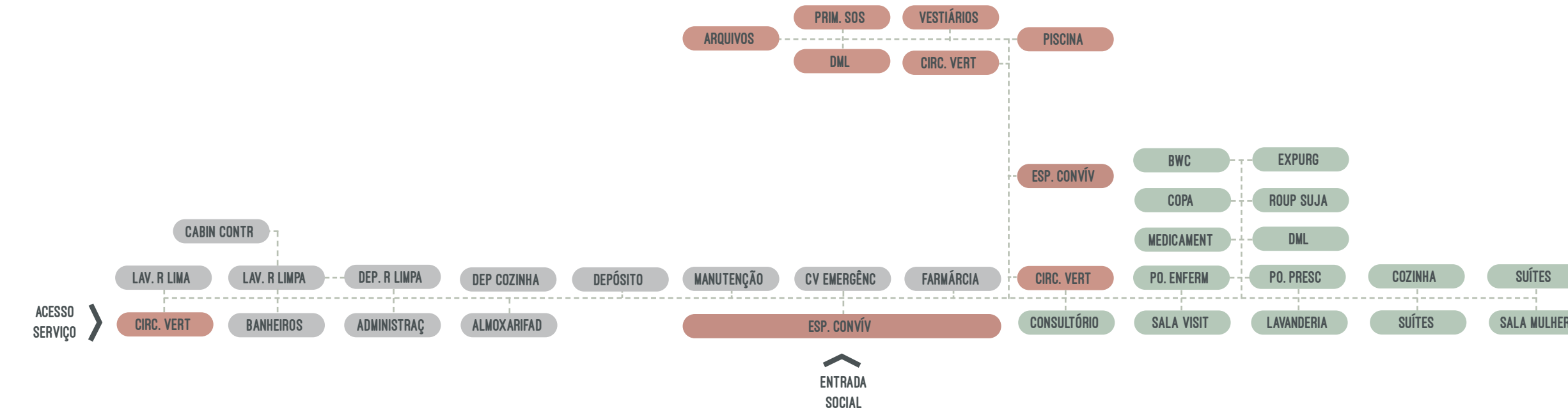


FIGURA 52. Organograma pavimento subsolo. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

O estudo da volumetria demonstrado pela **FIGURA 53**, mostra como foi o processo de concepção plástica do edifício, considerando a topografia e as intenções projetuais.

Como os páteios internos são um dos tópicos do partido, foi realizado a abe-

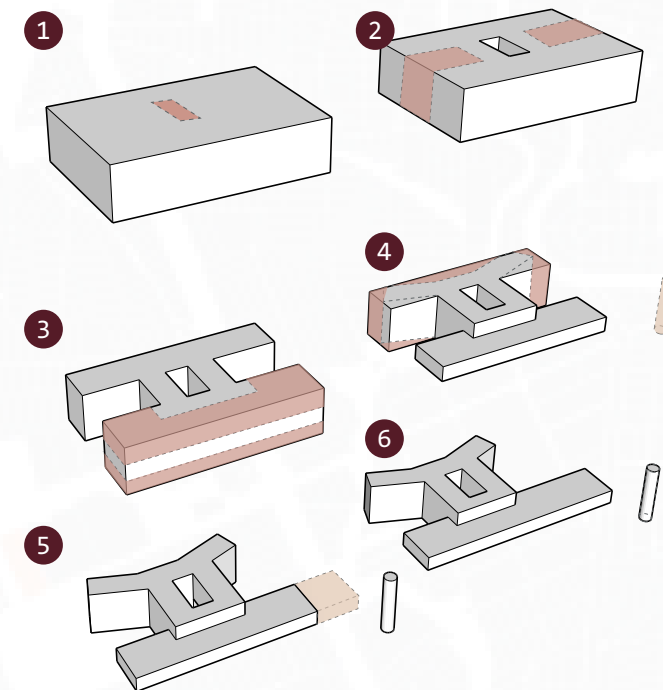


FIGURA 53. Estudo da volumetria do bloco principal. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

tura de três vazios no bloco (1-2), após isso, houve a remorção de dois níveis, o inferior devido a topografia e o superior para manter a fachada principal na escala do pedestre (3).

Após a isso, decidiu-se criar um novo recorte na parte posterior (4), gerando dinamicidade, além do acréscimo do volume cilíndrico da caixa'dágua localziada na frente do lote.

Em razão da necessidade do necrotério estar próximo ao centro cirúrgico, acrescentou-se o bloco à direita (5), mas que internamente seria dividido por um jardim. Por fim, chegou-se ao resultado (6) da volumetria final.

A **FIGURA 54** ao lado, mostra a demonstra o ritmo dos eixos da estrutura, apesar de grande parte da modulação ter a mesma distância entre os eixos, considerou-se estruturas independentes, já que a cada cerca de 30 metros se faz necessário a junta de dilatação.

O resultado dessa modulação foi de 4 tipos de blocos representados pelas cores laranja, verde, bege e vinho.

FIGURA 54. Planta dos eixos estruturais. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



legislações

Os parâmetros normativos implicam em delimitações ao estudo preliminar apresentado neste trabalho, com indicações em nível federal e municipal, sendo eles:

NBR 9050_ Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos;

NBR 9077_ Saídas de emergência em edifícios;

RDC N°36_ Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

RDC N° 50_ Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

PLANO DIRETOR_ lei complementar nº 003, 9/10/2006 Assegurar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade;

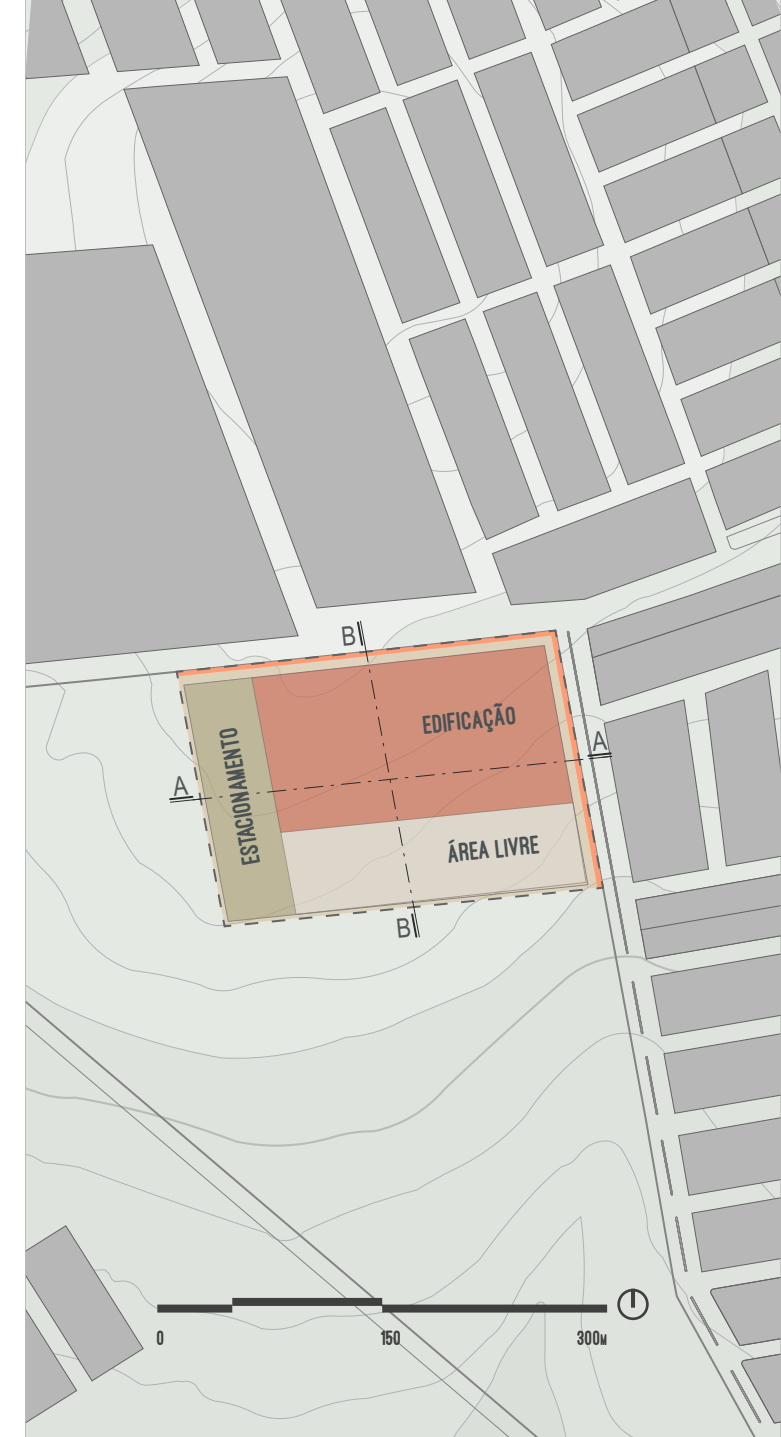
CÓDIGO DE OBRAS_ lei nº5410/13

Dispõe sobre o disciplinamento geral e específico dos projetos e execuções de obras e instalações de natureza técnica, estrutural e funcional do município de Campina Grande, alterando a lei de nº 4130/03, e dá outras providências.



FIGURA 55. Planta de zoneamento no terreno e cortes. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

LEGISLAÇÕES



Na planta de cobertura, **FIGURA 57**, o telhado proposto é formado com caimento de duas águas de telha termoacústica e calha central, existe algumas aberturas zenitais com claraboias e os pátios e jardins internos são recortes na trama, conforme **FIGURA 56**.

Para o paisagismo, **FIGURA 58**, propõem-se plantas nativas ou que se adequem com a região, porém foi realizado apenas um estudo preliminar, para o piso , foi utilizado cobograma no estacionamento e intertravado nas faixas de rolamento.

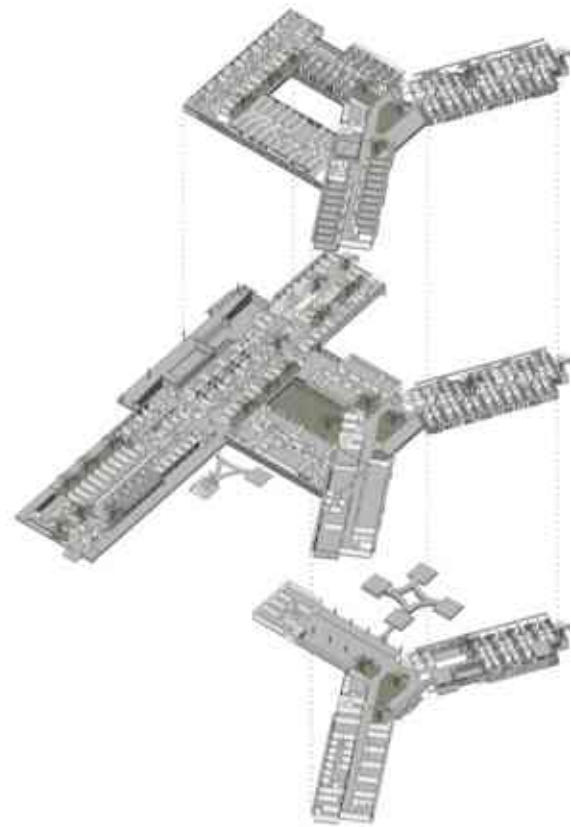


FIGURA 56. Esquemas áreas verdes no interior do edifício. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 57. Planta de cobertura e agenciamento paisagístico. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.
FIGURA 58. Painel de plantas para paisagismo. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



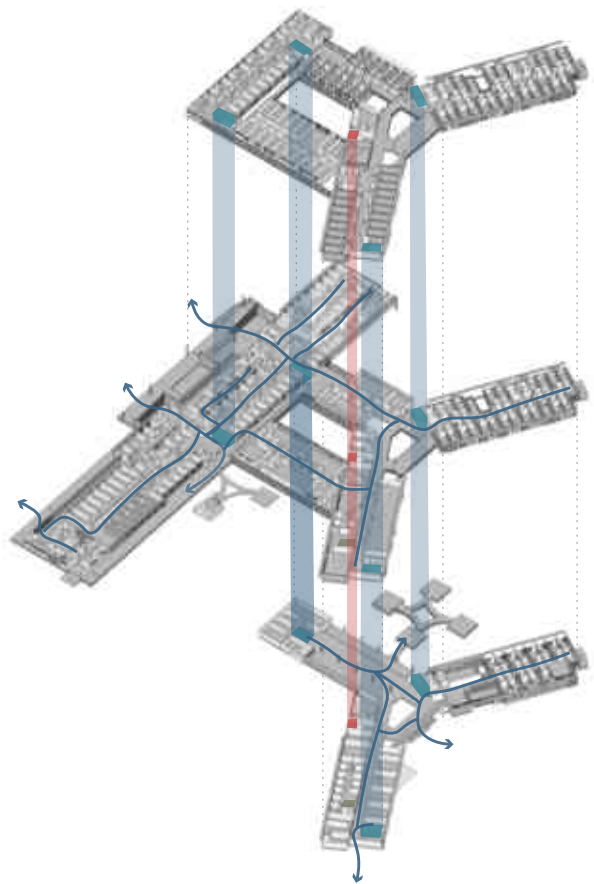


FIGURA 59. Esquema de fluxos para sair do interior da edificação. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

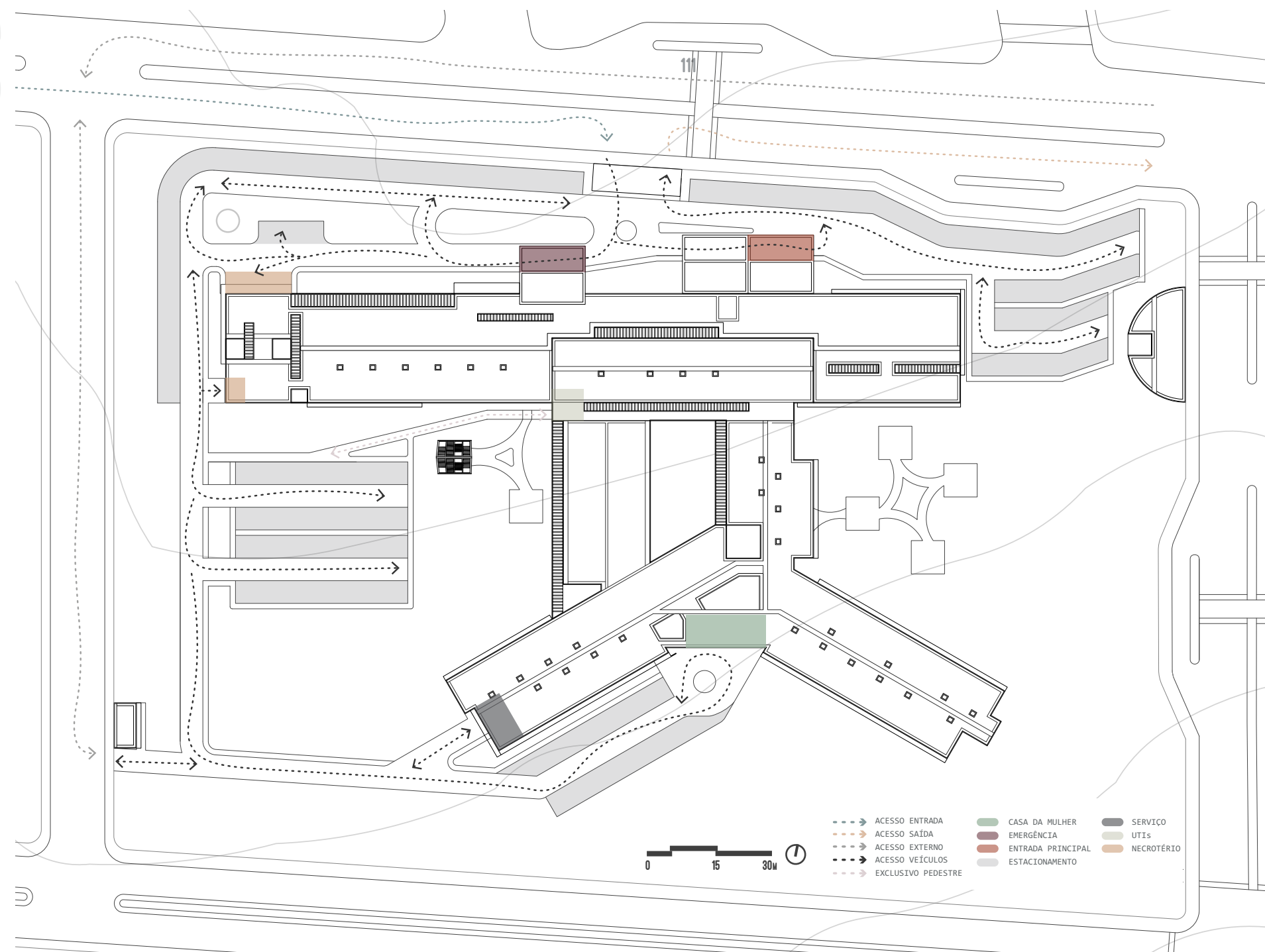
A **FIGURA 60**, mostra como é a relação dos fluxos externos à edificação. Como existe apenas um acesso para social e emergencial, fez-se necessário a utilização de um giradouro que direcionasse e organizasse o fluxo.

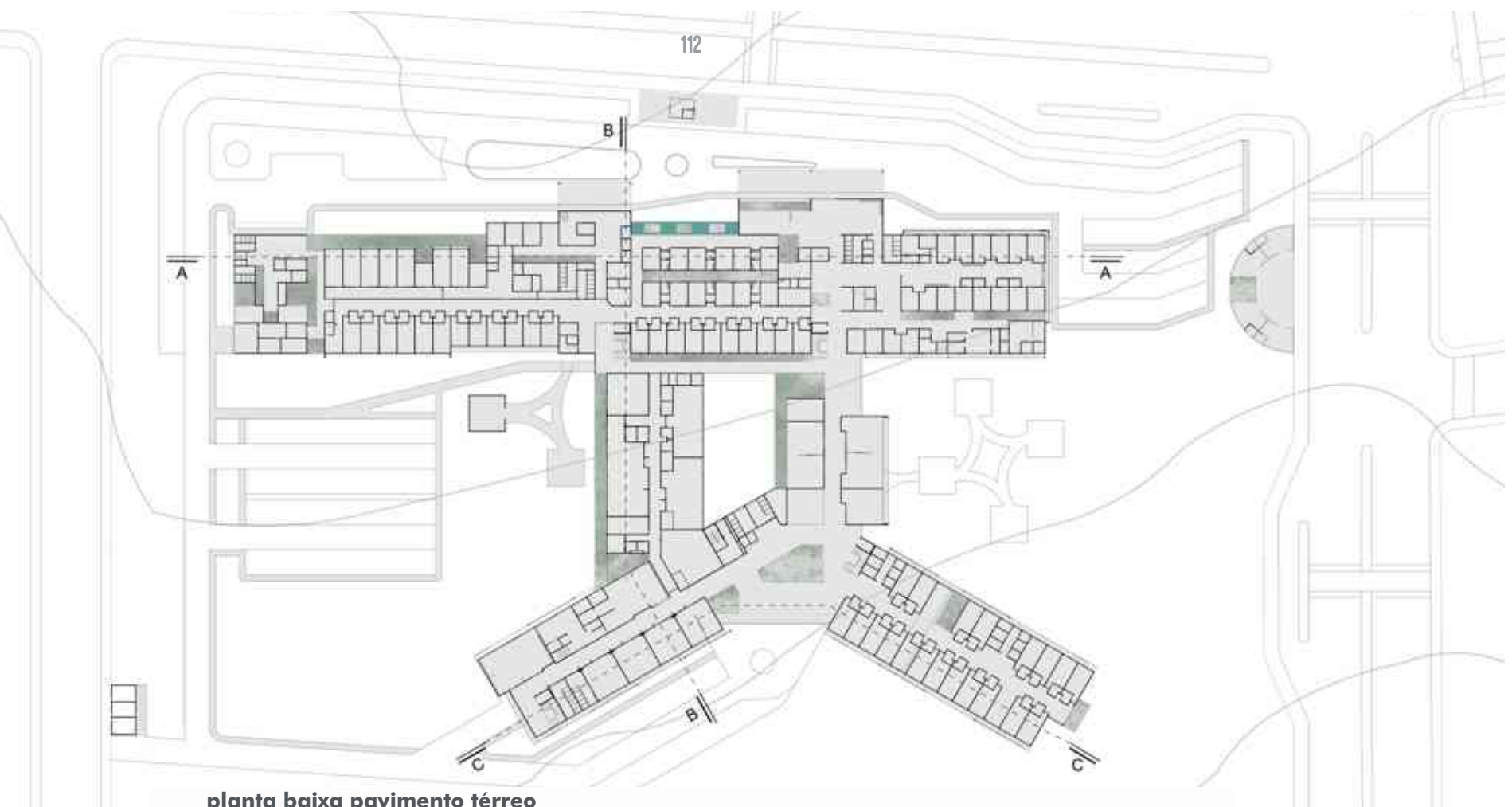
ainda nessa figura, percebe-se quais são os sentidos das vias dentro do lote, assim como o acesso pedestre para os setores de UTI'S e administrativo.

Apresentado pela **FIGURA 59**, os fluxos internos relacionados a saída foi um estudo feito para compreender a complexidade de saída e circulação no edifício.

Foram destacados os elevadores para facilitar a percepção das possibilidades de rotas de fuga. Pelo trabalho se tratar de um estudo preliminar não foi possível analisar todos os fluxos e as complexidades deles, mas o estudo mais simplificado está apresentado na figura ao lado.

FIGURA 60. Planta de acessos e entradas do edifício. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

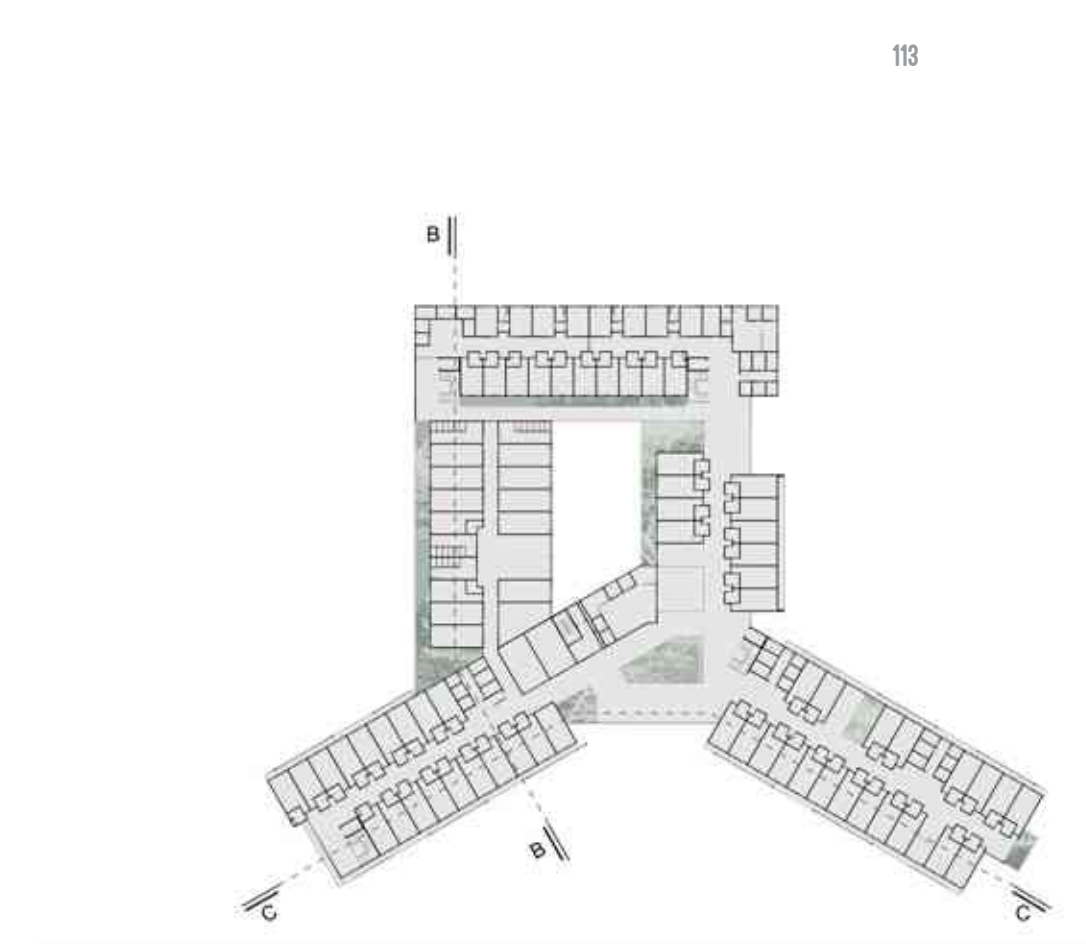




planta baixa pavimento térreo



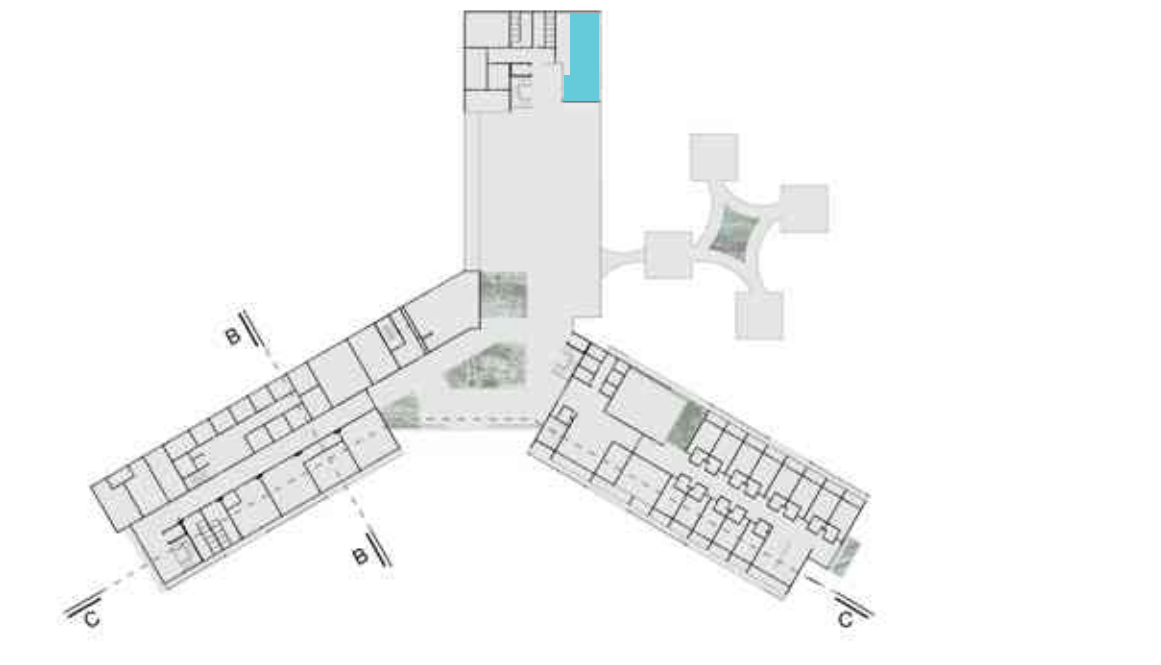
corte aa



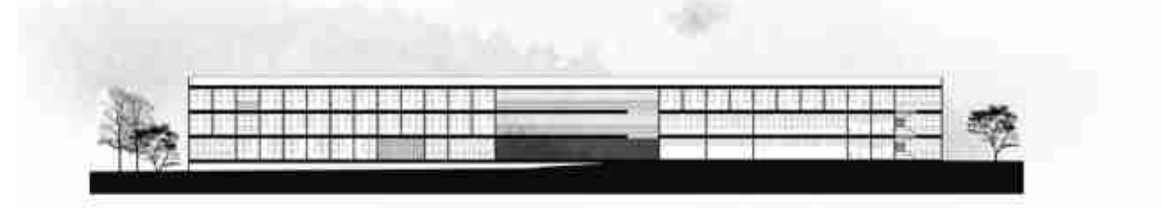
planta baixa pavimento superior



corte bb



planta baixa pavimento subsolo



corte cc

FIGURA 61. Plantas baixas e cortes do edifício principal. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.





fachada norte

0 5 15m

FIGURA 62. Fachada norte do edifício principal. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira e Julia Leite, 2020.



fachada leste

0 5 15m

FIGURA 64. Fachada leste do edifício principal. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



fachada sul

0 5 15m

FIGURA 63. Fachada sul do edifício principal. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



fachada oeste

0 5 15m

FIGURA 65. Fachada oeste do edifício principal. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

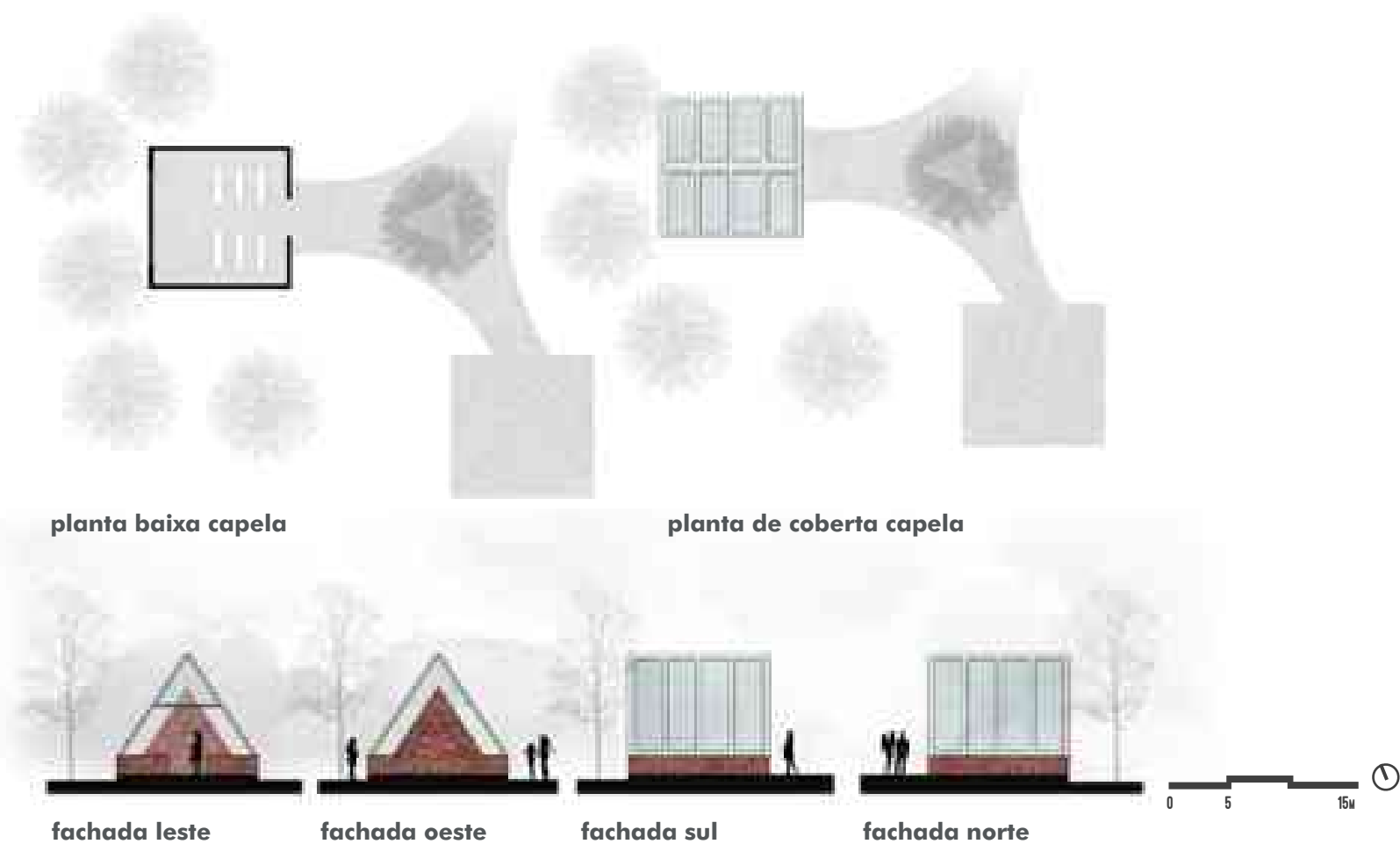


FIGURA 66. Planta baixa, planta de cobertura e fachadas da capela. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

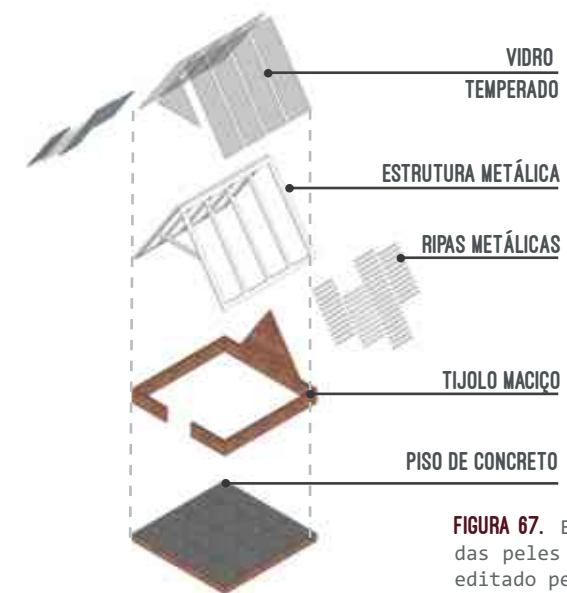
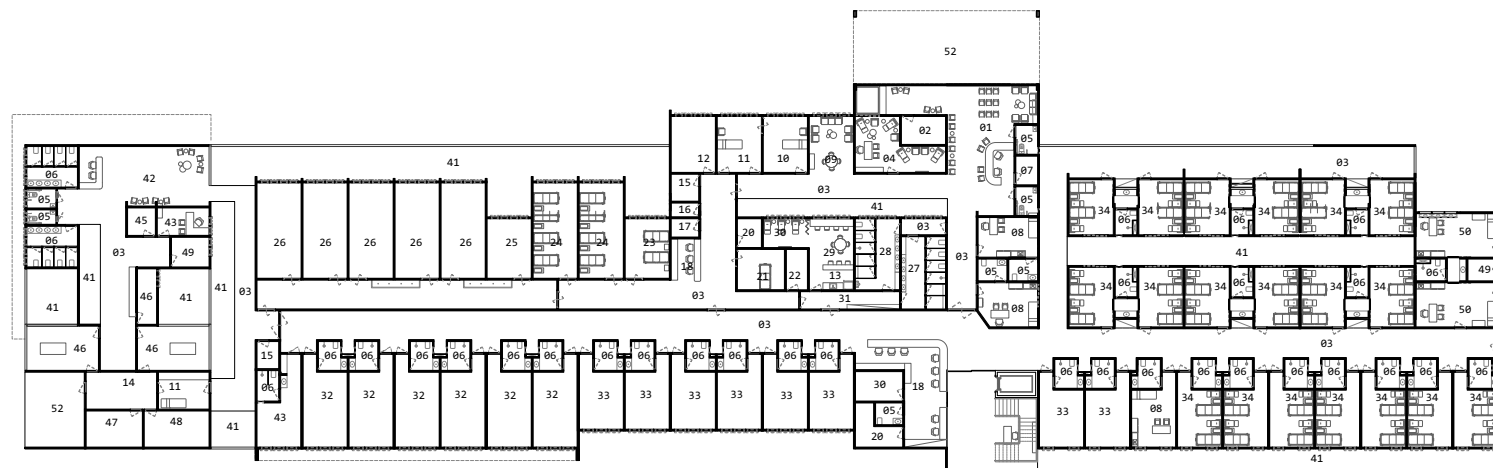


FIGURA 67. Esquema isométrico das peles da capela. Fonte: editado pela autora, 2020.

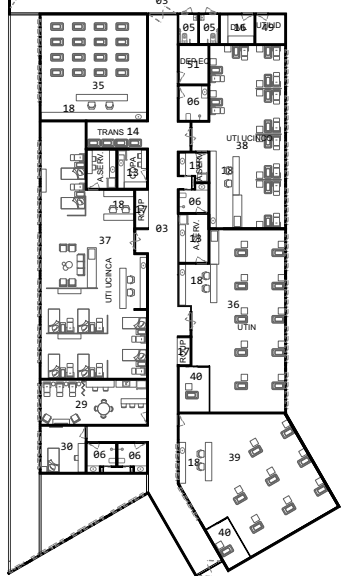
A capela, FIGURA 66, e a guarita, FIGURA 68, seguem a mesma materialidade do bloco principal da maternidade, por se tratar de uma escala menor, os desenhos técnicos foram realizados separadamente. A capela possui forma triangular, apontando para o céu, e um recorte na parede oeste para que permita a passagem da luz do sol por ele. A guarita é um volume puro, retangular com uma marquise para sombreamento e proteção.

FIGURA 68. Planta de cobertura, planta baixa e fachadas da guarita. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.





- | | | |
|-------------------------|------------------------|---------------------------|
| 01 Recepção emergência | 21 Troca Macas | 41 Jardim |
| 02 Guarda macas | 22 CME | 42 Recepção Necotrério |
| 03 Circulação | 23 SRPA s/bebê | 43 Administração |
| 04 Acolhimento | 24 SRPA c/bebê | 45 Laudos |
| 05 Lavabo | 25 AMIU | 46 S. Reconhecimento |
| 06 Banheiro | 26 S. Cirúrgica | 47 Câmara cadáver inf. |
| 07 Arquivo | 27 Vestiário Feminino | 48 Câmara cadáver adu. |
| 08 Consultório | 28 Vestiário Masculino | 49 S. Utilidades |
| 09 S. de espera | 29 Conforto Médico | 50 Ultrasson |
| 10 S. de anestesia | 30 Dormitório | 51 S. Equipamentos |
| 11 S. Transferência | 31 Armários | 52 Parada rápida veículos |
| 12 Sala RN | 32 S. Parto Normal c/b | |
| 13 Copa | 33 S. Parto Normal s/b | |
| 14 Área de tranferência | 34 Quarto observação | |
| 15 Expurgo | 35 Berçário | |
| 16 DML | 36 UTI Neonatal | |
| 17 Roup Limpa | 37 UTI UCINCA | |
| 18 Posto de Enfermagem | 38 UTI UCINCO | |
| 19 Prescrição | 39 UCI | |
| 20 Medicamentos | 40 UTI Isolamento | |



SETORIZAÇÃO



FIGURA 69. Planta baixa do recorte 01. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 70. Setorização do recorte 01. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 71. Delimitação do pavimento térreo. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

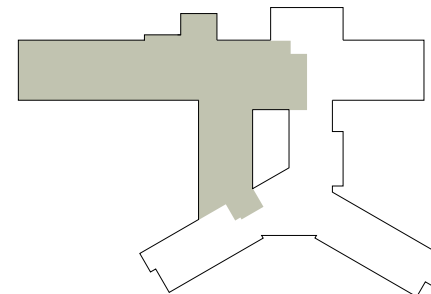


FIGURA 72. Localização do recorte 01 no pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



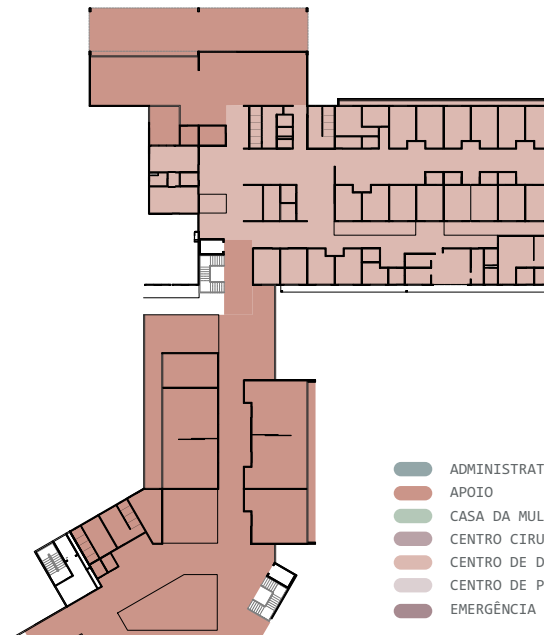
- 01 Parada rápida veículos
- 02 Recepção principal
- 03 Jardim
- 04 Circulação vertical
- 05 Circulação
- 06 Brinquedoteca
- 07 Entrega medicamentos
- 08 Apoio Arquivos
- 09 Guarda macas/cadeiras
- 10 Consultório
- 11 Cartório
- 12 Ultrasson
- 13 Lavabo
- 14 Banheiro
- 15 Recepção Diag. e Terapia

- 16 S. Entrevista
- 17 S. Vacina
- 18 S. Inalação
- 19 Recepção banco de leite
- 20 Preparo de leites
- 21 S. coleta de leite
- 22 S. Nutricionista
- 23 S. Desinfecção
- 24 Laboratório
- 25 Espaço convívio
- 26 Vestiário Feminino
- 27 Vestiário Masculino
- 28 Expurgo
- 29 DML
- 30 Roupas Limpas

- 31 Roupas Sujas
- 32 Posto de Enfermagem
- 33 Prescrição
- 34 Medicamentos
- 35 Copa
- 36 Conforto Médico
- 37 Dormitório
- 38 S. terapia coletiva
- 39 S. Multiuso
- 40 S. Educação
- 41 S. espera
- 42 Armários



SETORIZAÇÃO



- ADMINISTRATIVO
- APOIO
- CASA DA MULHER
- CENTRO CIRURGICO
- CENTRO DE DIAGNÓSTICO
- CENTRO DE PARTO NORMAL
- EMERGÊNCIA
- ENSINO E PESQUISA
- INTERNAÇÃO
- RESÍDUOS
- SERVIÇO
- UTI ADULTO
- UTI INFANTIL
- NECROTÉRIO

FIGURA 73. Planta baixa do recorte 02. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 74. Setorização do recorte 02. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 75. Delimitação do pavimento térreo. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

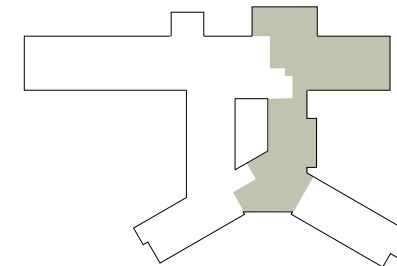
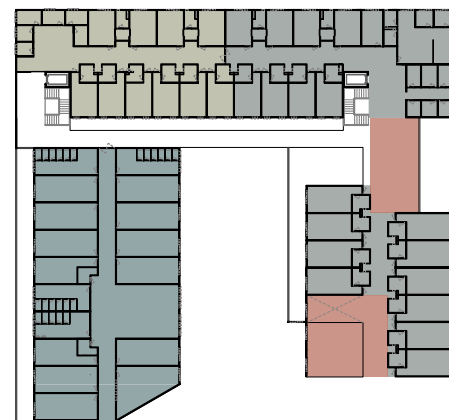


FIGURA 76. Localização do recorte 02 no pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 01 Circulação vertical | 21 Medicamentos |
| 02 Circulação | 22 Copa |
| 03 Jardim | 23 Vestiário Feminino |
| 04 Espaço convívio | 24 Vestiário Masculino |
| 05 Guarda macas/cadeiras | 25 Conforto Médico |
| 06 Acolhimento | 26 Dormitório |
| 07 Lavabo | 27 Secretária |
| 08 Banheiro | 28 Recursos Humanos |
| 09 Arquivos | 29 Apoio administrativo |
| 10 Consultório | 30 Financeiro e faturamento |
| 11 UTI Adulto | 31 Compras e gestão |
| 12 Enfermaria | 32 Controle de Mat. e Patrimônio |
| 13 Vestiário Feminino | 33 Comunicação |
| 14 Vestiário Masculino | 34 Informática |
| 15 Expurgo | 35 Hotelaria Hospitalar |
| 16 DML | 36 Coordenação Ens. Pesquisa |
| 17 Roupas Limpas | 37 Sala de reuniões |
| 18 Roupas Sujas | 38 Diretoria |
| 19 Posto de Enfermagem | |
| 20 Prescrição | |



- | | |
|------------------------|-------------------|
| ADMINISTRATIVO | ENSINO E PESQUISA |
| APOIO | INTERNAÇÃO |
| CASA DA MULHER | RESÍDUOS |
| CENTRO CIRURGICO | SERVIÇO |
| CENTRO DE DIAGNÓSTICO | UTI ADULTO |
| CENTRO DE PARTO NORMAL | UTI INFANTIL |
| EMERGÊNCIA | NECROTÉRIO |

FIGURA 77. Planta baixa do recorte 03. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 78. Setorização do recorte 03. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

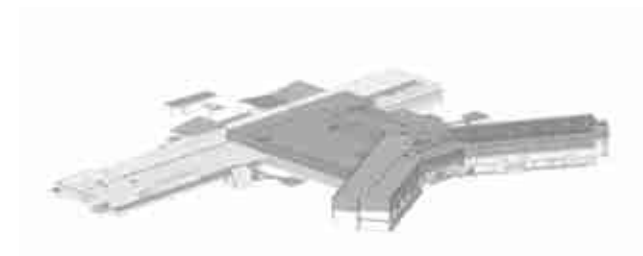


FIGURA 79. Delimitação do pavimento superior. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

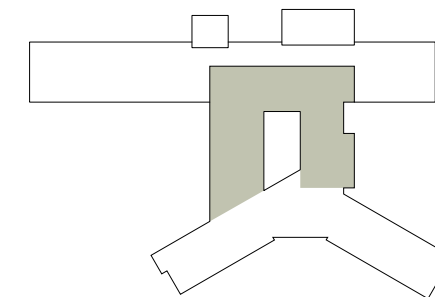


FIGURA 80. Localização do recorte 03 no pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

SETORIZAÇÃO

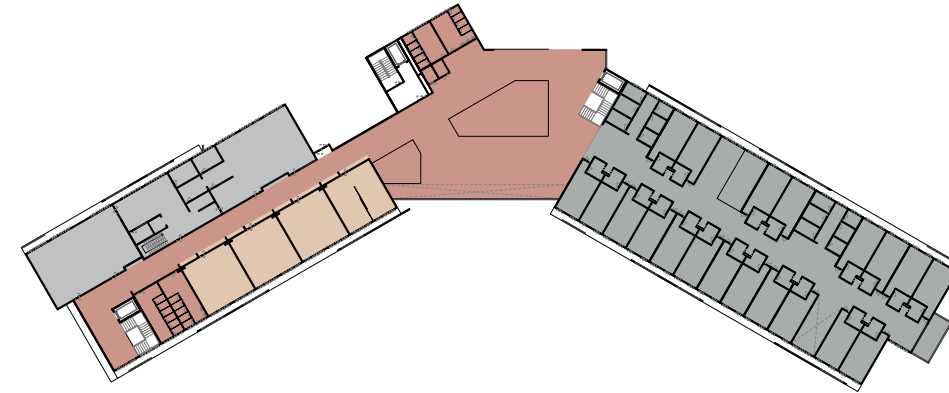
124



- | | | |
|------------------------|------------------------|----------------------------|
| 01 Circulação vertical | 11 Roupa Limpa | 21 Sala de aula |
| 02 Circulação | 12 Roupa Suja | 22 Biblioteca |
| 03 Jardim | 13 Posto de Enfermagem | 23 Sala estudantes |
| 04 Espaço convívio | 14 Prescrição | 24 Cozinha |
| 05 Lavabo | 15 Medicamentos | 25 Refeitório Funcionários |
| 06 Banheiro | 16 Copa | 26 Refeitório Visitantes |
| 07 Consultório | 17 Vestiário Feminino | 27 Secretaria |
| 08 Enfermaria | 18 Vestiário Masculino | |
| 09 Expurgo | 19 Conforto Médico | |
| 10 DML | 20 Dormitório Func. | |



125



- | | |
|------------------------|-------------------|
| ADMINISTRATIVO | ENSINO E PESQUISA |
| APOIO | INTERNAÇÃO |
| CASA DA MULHER | RESÍDUOS |
| CENTRO CIRURGICO | SERVIÇO |
| CENTRO DE DIAGNÓSTICO | UTI ADULTO |
| CENTRO DE PARTO NORMAL | UTI INFANTIL |
| EMERGÊNCIA | NECROTÉRIO |

FIGURA 81. Planta baixa do recorte 04. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 82. Setorização do recorte 04. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

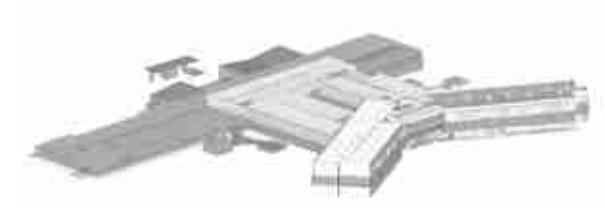


FIGURA 83. Delimitação do pavimento térreo. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

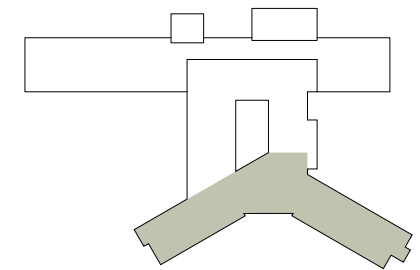
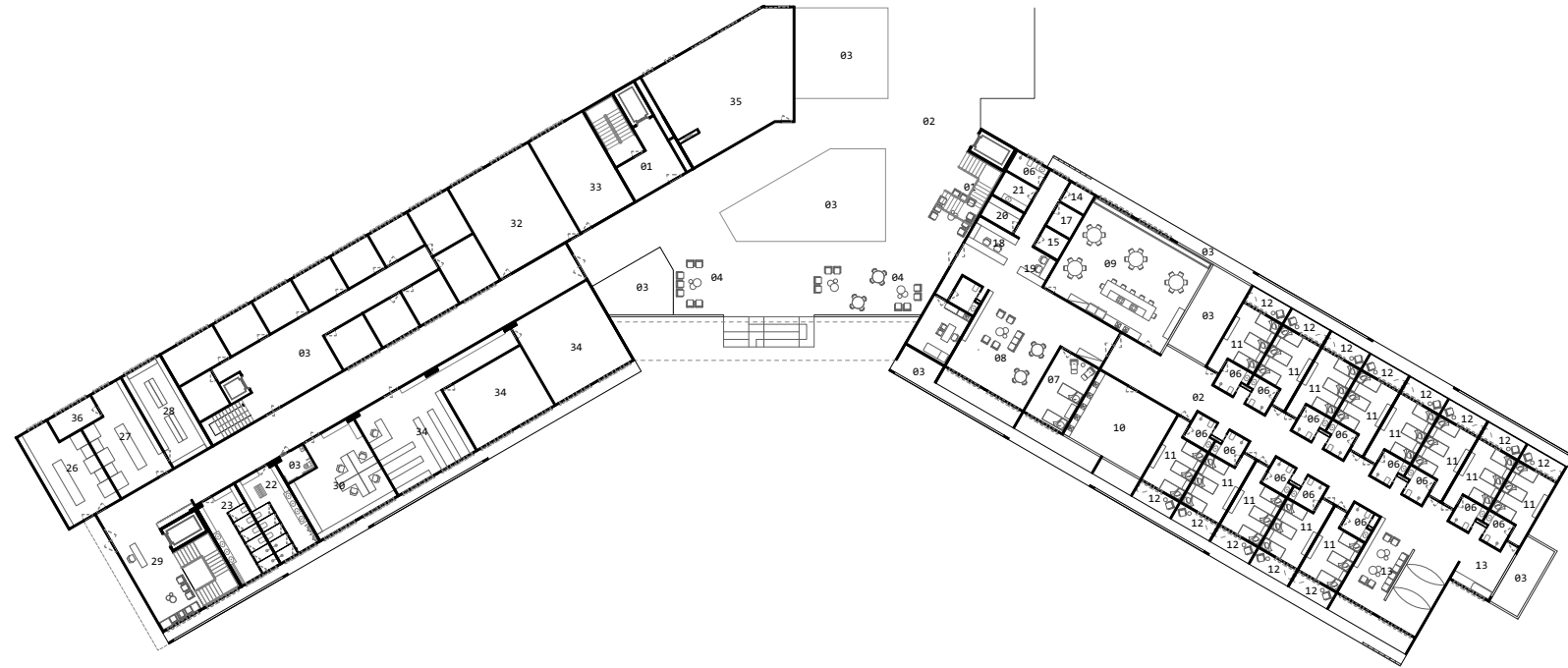


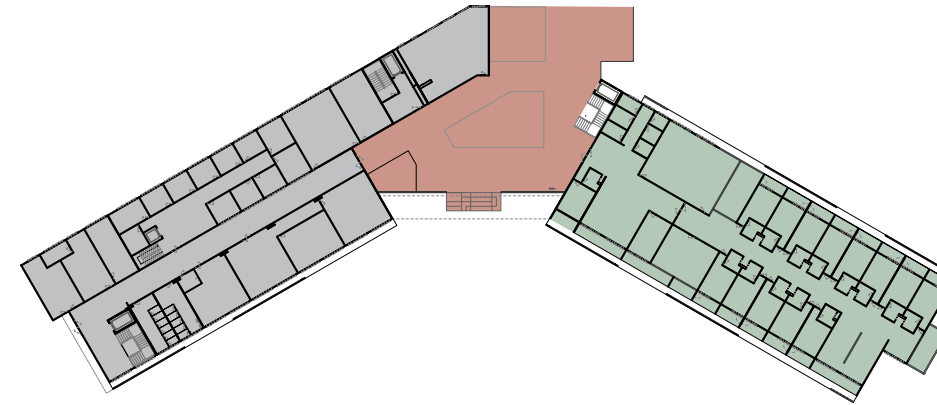
FIGURA 84. Localização do recorte 04 no pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



- | | | | |
|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| 01 Circulação vertical | 11 Quarto coletivo | 21 Copa | 31 Depósito Cozinha |
| 02 Circulação | 12 Varanda | 22 Vestiário Feminino | 32 Manutenção |
| 03 Jardim | 13 Sala privada | 23 Vestiário Masculino | 33 Deposito |
| 04 Espaço convívio | 14 Expurgo | 24 Conforto Médico | 34 Almojarifado |
| 05 Lavabo | 15 DML | 25 Dormitório | 35 Farmácia |
| 06 Banheiro | 16 Roupa Limpa | 26 Lavanderia R. Suja | 36 Cabine de controle |
| 07 Consultório | 17 Roupa Suja | 27 Lavanderia R. Limpa | |
| 08 Sala visitas | 18 Posto de Enfermagem | 28 Dep. R. Limpa | |
| 09 Cozinha | 19 Prescrição | 29 Recepção serviço | |
| 10 Lavanderia | 20 Medicamentos | 30 Administração | |



SETORIZAÇÃO



- | | |
|------------------------|-------------------|
| ADMINISTRATIVO | ENSINO E PESQUISA |
| APOIO | INTERNAÇÃO |
| CASA DA MULHER | RESÍDUOS |
| CENTRO CIRURGICO | SERVIÇO |
| CENTRO DE DIAGNÓSTICO | UTI ADULTO |
| CENTRO DE PARTO NORMAL | UTI INFANTIL |
| EMERGÊNCIA | NECROTÉRIO |

FIGURA 85. Planta baixa do recorte 05. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 86. Setorização do recorte 05. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 87. Delimitação do pavimento subso-lo. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

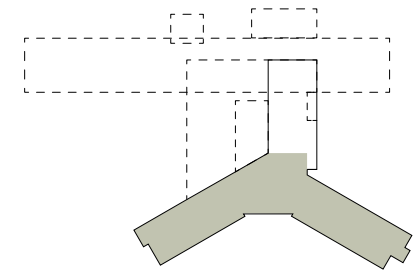


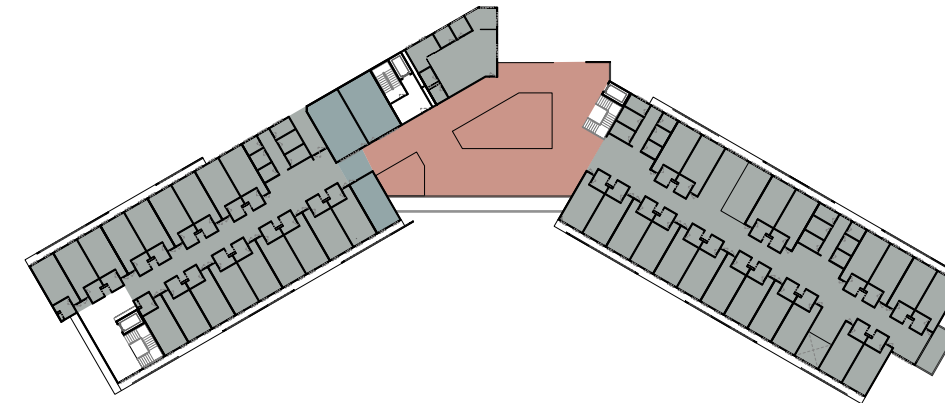
FIGURA 88. Localização do recorte 05 no pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



- | | | | |
|------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| 01 Circulação vertical | 11 Quarto coletivo | 21 Copa | 31 Depósito Cozinha |
| 02 Circulação | 12 Varanda | 22 Vestiário Feminino | 32 Manutenção |
| 03 Jardim | 13 Sala privada | 23 Vestiário Masculino | 33 Deposito |
| 04 Espaço convívio | 14 Expurgo | 24 Conforto Médico | 34 Almojarifado |
| 05 Lavabo | 15 DML | 25 Dormitório | 35 Farmácia |
| 06 Banheiro | 16 Roupas Limpas | 26 Lavanderia R. Suja | 36 Cabine de controle |
| 07 Consultório | 17 Roupas Sujas | 27 Lavanderia R. Limpas | |
| 08 Sala visitas | 18 Posto de Enfermagem | 28 Dep. R. Limpas | |
| 09 Cozinha | 19 Prescrição | 29 Recepção serviço | |
| 10 Lavanderia | 20 Medicamentos | 30 Administração | |



SETORIZAÇÃO



- | | |
|------------------------|-------------------|
| ADMINISTRATIVO | ENSINO E PESQUISA |
| APOIO | INTERNAÇÃO |
| CASA DA MULHER | RESÍDUOS |
| CENTRO CIRURGICO | SERVIÇO |
| CENTRO DE DIAGNÓSTICO | UTI ADULTO |
| CENTRO DE PARTO NORMAL | UTI INFANTIL |
| EMERGÊNCIA | NECROTÉRIO |

FIGURA 89. Planta baixa do recorte 06. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 90. Setorização do recorte 06. Fonte: editado pela autora, 2020.



FIGURA 91. Delimitação do pavimento superior. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

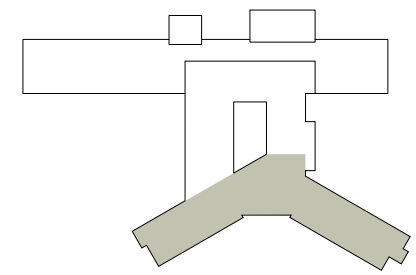
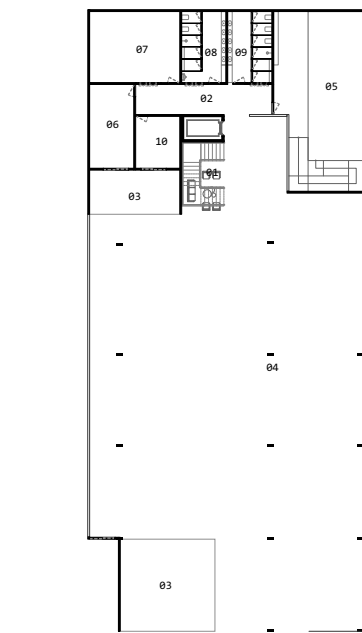


FIGURA 92. Localização do recorte 06 no pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

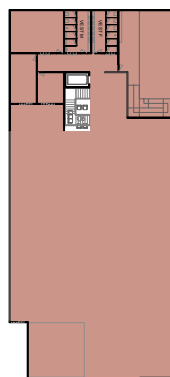
SETORIZAÇÃO



- 01 Circulação vertical
- 02 Circulação
- 03 Jardim
- 04 Pátio convívio
- 05 Piscina
- 06 Arquivos
- 07 Primeiros Socorros
- 08 Vestiário Feminino
- 09 Vestiário Masculino
- 10 DML



FIGURA 93. Planta baixa do recorte 06. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



- ADMINISTRATIVO
- APOIO
- CASA DA MULHER
- CENTRO CIRURGICO
- CENTRO DE DIAGNÓSTICO
- CENTRO DE PARTO NORMAL
- EMERGÊNCIA
- ENSINO E PESQUISA
- INTERNAÇÃO
- RESÍDUOS
- SERVIÇO
- UTI ADULTO
- UTI INFANTIL
- NECROTÉRIO

FIGURA 94. Setorização do recorte 06. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 95. Delimitação do pavimento superior. Fonte: editado pela autora, 2020.

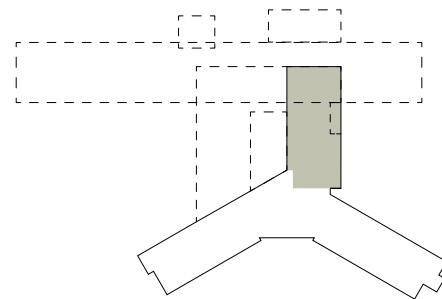
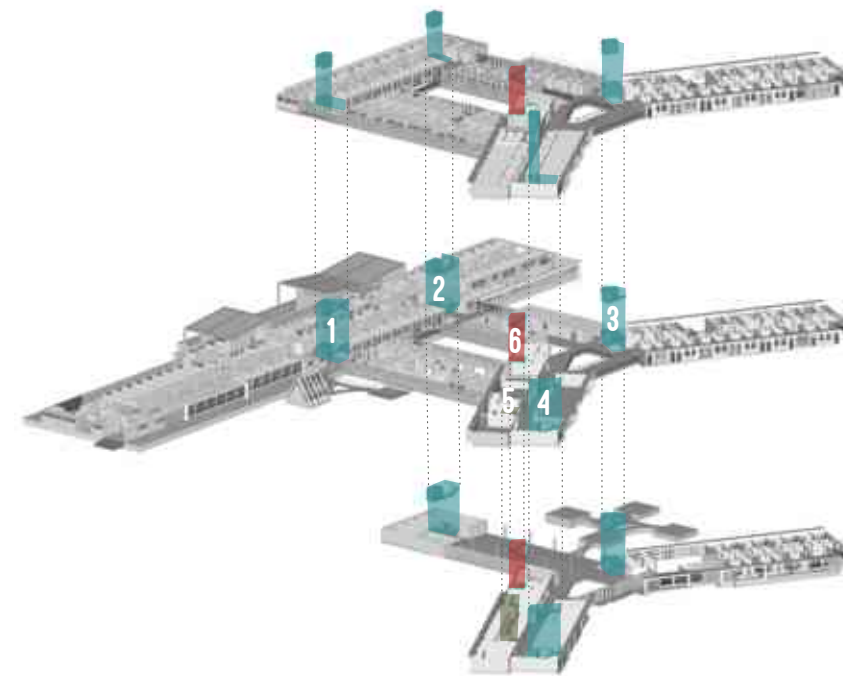


FIGURA 96. Localização do recorte 06 no pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

CIRCULAÇÃO VERTICAL

Conforme a **FIGURA 97**, as circulações verticais foram posicionadas próximas aos eixos de encontro entre duas setores ou duas áreas. Ao total são seis circulações, sendo quatro sociais, uma de emergência fechada em um bloco que conecta os três pavimentos e sua saída é no subsolo. E, uma de serviço que auxilia na logística da cozinha.



- 1 - Localizado no pavimento térreo entre a área de parturição e UTI's infantil conectando a UTI adulta e administração no pavimento superior;
- 2 - Inicia-se no pavimento térreo no setor de diagnóstico e terapia, interligando as enfermarias no pavimento superior e a área de piscina e pátio de eventos no subsolo;
- 3 - Situado na área social dos três pavimentos;
- 4 - Em cada um dos três pavimentos existe pelo menos um tipo de setor;
- 5 - Atende apenas ao setor de serviço da cozinha, indo do subsolo ao pavimento térreo.
- 6 - A circulação vertical de emergência liga os três pavimentos na área social.

FIGURA 97. Localização das circulações verticais. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Para o interior do edifício foi proposto como elementos de humanização em comum aos ambientes: madeira/mdf, cores, vegetação, mobiliário colorido e um mix de temperatura de iluminação de acordo com o ambiente.

Recepção principal

A recepção principal consiste em um módulo maior de ambientação, que em menor escala se repete em outras como a da emergência e a do necrotério.

A ambiência tem como elementos um paisagismo interno e integração visual por meio de planos de vidro com o exterior, uma pintura de acordo com o setor com o indicativo do atendimento, balcão e cadeiras de espera.

Contudo, a recepção principal, **FIGURA 98**, contém uma brinquedoteca maior para as crianças dos funcionários e dos usuários como apoio.

FIGURA 98. Recepção principal. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



Espaço de convivência

O espaço de convivência traz a oportunidade de trocas, conversações, estar e contemplação, contendo uma vista para a paisagem voltada para as áreas livres do terreno, além de ser uma área arejada e bem iluminada, proporcionada pelas esquadrias modulares.

Nesses espaços distribuídos ao longo do edifício, encontra-se um lugar central com jardins internos que separam as alas por andar, mas que possuem integração visual.

Para uma melhor legibilidade e identificação dos usuários, os espaços de estar são simbolizados pela cor verde, como mostrado na **FIGURA 99**, e relatado no questionário.

FIGURA 99. Espaço de convívio do primeiro pavimento. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.





Corredores

Os corredores apresentam sinalizações no teto direcionando as alas, circulações verticais e a saída, de forma a ser indutivo e reduzindo a necessidade da interrupção das atividades dos funcionários para tirar dúvidas sobre localização dos espaços.

Contando com jardins internos, alguns possuem abertura zenital ou vedações que permitam permeabilidade visual e de ventilação, gerando uma quebra na monotonia dos corredores, haja vista que todos os corredores internos do edifício são duplamente carregados, conforme a **FIGURA 100**.

FIGURA 100. Corredor e espaço de convívio do setor de internação pavimento térreo. Fonte Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 101. Pilotis do pavimento subsolo. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Os espaços de convívio contam com mobiliários que deem suporte para as necessidades dos usuários, contendo bancos, mesas e poltronas de conforto para relaxamento e as mais diversas expressões que podem ter em um espaço de socialização.

O espaço apresentado na **FIGURA 102** ao lado, localiza-se no subsolo do edifício, ao que, existem recortes na laje, de forma que tenha a existência de árvores de copa pouco densa sejam plantas e gere uma integração direta entre pavimentos por meio de elementos verticais.

Pode-se notar também que o volume da circulação vertical é destacado por meio de uma pintura, sinalizando ao usuário um marco e um ponto de referência posicional.



FIGURA 102. Espaço de convívio do subsolo. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 103. Jardim interno localizado à oeste. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 104. Sala de espera do banco de leite. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Sala de humanização

As salas de humanização, visam a realização de atividades diversas como apoio a gestantes e atividades em família, como cursos de amamentação, massagens, preparação para o parto, grupos pós-parto, Yoga, pilates etc.

Possuem frases motivacionais nas paredes e pinturas em um tom de branco gelo, algumas plantas em vasos, trazendo o verde para dentro do espaço, e a aplicação do tijolo maciço com espaçamento, permitindo uma ventilação constante e sombreamento. **FIGURA 105**



FIGURA 105. Sala de humanização. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



Sala de parto normal

Para a humanização da sala de parto, FIGURA 106, utilizou-se da pintura com uma cor azul esverdeada em uma paredes, para ficar mais aconchegante e confortável para a liberdade de movimentos necessários, por isso, sugere-se uma manta adequada para pisos com textura amadeirada. FIGURA 107.

Sugere-se como iluminação dessas salas, temperaturas entre tons amarelados e neutros, produzindo relaxamento. Assim como em outros ambientes, houve a proposição de plantas no interior do ambiente.

Como estratégias paralelas, pode-se haver sistemas sonoros onde seja tocada músicas que auxiliem, assim como atualmente é realizado em diversas maternidades, diminuindo a tensão do momento.

FIGURA 106. Sala de parto normal. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



FIGURA 107. Exemplos de itens da sala de parto. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Espaço Conforto

O espaço é voltado para os funcionários visando compreender aos que em sua carga horária são necessários momentos de descanso, dentre esses são médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc., essa questão de uso é definida pela administração do hospital.

Os dados obtidos por meio do questionário aplicado, demonstrou que os espaços mais necessários eram lugares para descanso/repouso, copa e um lugar destinado convivência destes, para debates sobre pacientes ou relaxamento.

Logo, o espaço criado para o conforto destes funcionários, consiste em uma copa para lanches rápidos, balcão e mesas para alimentação e conversas, uma bancada com computadores, poltronas reclináveis para descansarem nas pausas e dormitórios individuais com uma cama e um armário de apoio, **FIGURA 108**.

FIGURA 108. Espaço conforto. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



Enfermarias

A parede posterior as camas das enfermarias possuem uma pintura de acordo com a ala que estão e uma divisão com uma manta ou mdf como cabeceira, deixando o espaço mais aconchegante, a pintura dessa parede é uma estratégia de sinalização e direcionamento.

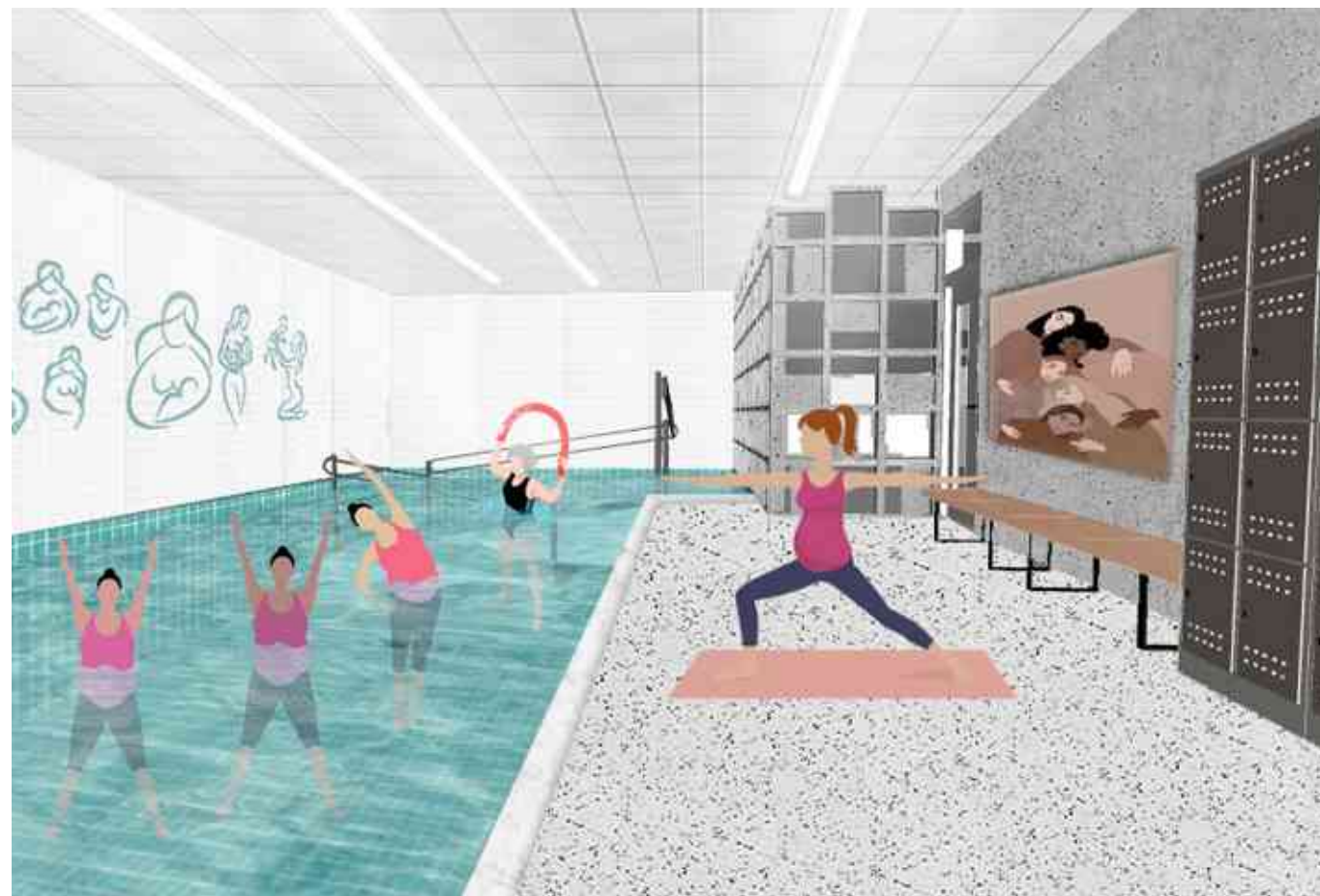
As paredes são pintadas com um tom de branco gelo e a parede da esquadria em cinza médio.

Foi instalado um armário de apoio para a guarda dos pertences e apoio para colocarem flores que receberem, ou até mesmo um porta-retrato enquanto a puérpera estiver internada, trazendo uma sensação de pertencimento com o espaço.

A utilização de um quadro é uma solução econômica como distração positiva, além de ter alguns vasos de plantas para dar uma sensação de aconchego, **FIGURA 109**.

FIGURA 109. Exemplo de enfermaria. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.





Espaço Hidro

O espaço Hidro surge como resposta a um programa de humanização, um facilitador de acesso a hidroginástica para gestantes e bebês, fortalecendo o vínculo e incentivando a prática de exercícios, dentro das limitações do período. **FIGURA 110.**

Refeitórios

Os refeitórios contêm horta de temperos, mesas coloridas como o toque de cor no espaço, além da vista para a paisagem, sendo um espaço confortável tanto para os usuários que utilizam o refeitório de acompanhantes, como para o de funcionários, com diferentes tipos de mesas, permitindo agrupamentos de diferentes de pessoas. **FIGURA 111.**

FIGURA 110. Espaço de Hidroginástica. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 111. Exemplo refeitório. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



Sala de aula

As salas de aula, assim como a biblioteca e sala de apoio estudantil servem para uma melhor adaptação e apresentações que forem necessárias no espaço. **FIGURA 112.**

Por se tratar de um lugar de semi-crítico, mante-se a materialidade, do concreto e do tijolo maciço das paredes, contudo, entende-se que a necessidade aplicação de um selante que torne o material de fácil limpeza e o torne lavável, como deve ser tudo no hospital.

FIGURA 112. Sala de aula. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Necrotério

Segundo o relatório da UNICEF, Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância, A taxa de mortalidade infantil no Brasil consiste em cerca de 14 óbitos a cada 1 mil nascidos vivos, menores de 1 ano em 2017. Contudo, o índice de mortalidade materna apresentou em 2019, 64,5 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, o que ainda é considerado um número alto, considerando a meta firmada com a Organização das Nações Unidas (ONU), que é de 30 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos¹.

Logo, considerando que o óbito, infelizmente é um risco, em resposta ao questionário gerado, o necrotério possui como proposta de humanização o acréscimo de

¹ <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2019/11/mortalidade-infantil-tem-reducao-historica-no-brasil-diz-unicef.html#:~:text=C3%89%20o%20que%20aponta%20um,cada%201%20mil%20nascidos%20vivos.https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/mortalidade-materna-e-na-infancia-mulheres-e-criancas-estao-sobrevivendo-cada-vez-mais>

<https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2019/07/mortalidade-materna-brasil-esta-cada-vez-mais-longe-da-meta-internacional.html>



jardins internos voltados para a sala de reconhecimento, de forma que de dia seja um ambiente bem iluminado, mas ainda assim, com conforto ambiental, pois esses jardins dispõe de um plano de transparência formado pelos cobogós, gerando privacidade ao espaço, pois é um momento de luto, a árvore posicionada de forma central no jardim busca ser uma distração positiva, contribuindo com um relaxamento sensorial. **FIGURA 113.**

Foram utilizadas plantas em vasos dentro da sala trazendo o paisagismo para dentro do espaço, as pinturas das paredes são brancas com um fundo bege visando deixar o espaço mais claro e tranquilizante. A mesa onde é posto o corpo, optou-se por colocar um toque de cor em azul para quebrar a possível monotonia das paredes.

A recepção e o corredor que dá acesso as salas de reconhecimento também possuem jardins internos, estes apresentam abertura zenital com pergolado de vigas de concreto, que permitem a entrada de luz, ventilação, mas que protegem da incidência solar direta no espaço.

FIGURA 113. Sala de reconhecimento e preparação do corpo. Necrotério. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

Casa da gestante, bebê e puérpera.

A cada da mulher visa atender mulheres e recém-nascido que tiveram pré-alta, mas que não podem voltar às suas cidades devido a necessidade de acompanhamentos/observação, ou bebês internados na UTI.

Como apoio para a casa, instalou-se um bloco do posto de enfermagem próximo à sala de visitas da casa, e uma sala como suporte para consultas de rotina, e um lavabo que serve tanto para as visitas como auxílio para a sala de consultas.

Na área social, a sala de visitas, **FIGURA 114**, possui espaços de estar para conversação entre internas e visitantes/familiares, além de uma biblioteca e espaço para porta-retratos no qual, como hóspedes podem fazer parte gerando um vínculo afetivo e apoio às novas internas.



FIGURA 114. sala de visitas - casa da mulher. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

A cozinha, **FIGURA 115**, possui acesso direto a área social e a área íntima, como a proposta é de casa, subtende-se que as mulheres estejam com vestimentas confortáveis, logo, sua privacidade não seria violada com o encontro a terceiros que ela não possui vínculo algum, garantindo assim o seu livre acesso, pois nem todas as internas possuem restrições alimentares.

O jardim interno, possui uma parede de cobogó para de forma que gera uma barreira visual, haja vista que existe um vazio nesse jardim até o pavimento superior. Como apoio e humanização, foi realizado a implantação de uma jardineira/ horta, com temperos, vegetais e frutas, de forma que o cuidado dessa horta gere uma distração positiva e relaxamento.

FIGURA 115. Cozinha compartilhada - casa da mulher. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



As suítes, **FIGURA 116**, dispõem de uma varanda e são distribuídos para 02 e 03 hóspedes, com possibilidade de novos arranjos, dependendo apenas da demanda, haja vista que deve-se considerar que alguma mãe de recém-nascido tenha um bebê de 1 ou 2 anos e não tem com quem deixar, ou foi visita-la, enfim, são muitas possibilidades.

A humanização deve oferecer condições de conforto e acolhimento, então como essa área do hospital é uma casa comum, permaneceu com a parede de tijolo maciço e uma pintura na parede posterior da cama, o tom das demais paredes são em branco gelo, e os armários passam a ser individuais devido o maior tempo de permanência, gerando alguma individualidade em um quarto coletivo.



FIGURA 116. Suíte compartilhada - casa da mulher. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.



Como o tempo e o quadro de internação na casa é relativo, instalou-se uma lavanderia, **FIGURA 117**, que vai servir de suporte na higiene dos pertences pessoais das hóspedes, localizando-se na área íntima, pois parte do mesmo princípio de que a casa é coletiva e seria muito mais cômodo que esse espaço já estivesse próximo as suítes, respeitando a relação de privacidade.

Volumetria

As figuras dos espaços internos apresentadas são apenas breves estudos de cores, materialidade, mobiliários e iluminação que podem ser exploradas com estudos mais aprofundados sobre a distribuição espacial das relações entre os usuário e o espaço.

A seguir serão mostradas imagens 3d da volumetria do edifício, podendo compreender qual seria o resultado a partir realidade virtual, com a aplicação de texturas, vegetações e escalas humanas para ter uma melhor percepção das dimensões do edifício.

FIGURA 117. Lavanderia compartilhada - casa da mulher. Fonte: Elaborado por Ingrid Oliveira, 2020.

FIGURA 118. Fachada guarita. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 119. Totem de sinalização de acessos na entrada após a guarita. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 120. Entrada principal. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 121. Detalhe entrada principal. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 122. Vista Noroeste. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 123. Entrada emergência. Fonte:
editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 124. Vista nordeste, entrada necrotério. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.





FIGURA 126. Fachada oeste. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 127. Vista blocos fachada leste. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 128. Vista blocos fachada sudeste. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



FIGURA 129. Vista blocos fachada oeste com ênfase a capela. Fonte: editado pela autora e Diego Diniz, 2020.



capítulo_05 CONCLUSÃO

O capítulo 05, “conclusão” discorre sobre o encerramento do trabalho, apresentando o por quê do título do trabalho, as considerações finais e as referências bibliográficas.

MATERNIDADE Isaura Soares

Denominar-se

O título do trabalho, “A luz de cada um” tem a dualidade de referenciar, primeiro, ao sentido de que mulheres dão à luz, o seu filho (a) nasce, e, em segundo, relacionado a experiência, a forma de cada um perceber e viver a particularidade individual do momento.

Por vocação, o hospital é um ambiente de cuidado, cura e passagem, seja ela breve ou prolongada, mas ainda é passagem. A singularidade de cada indivíduo, mostra que um dos aspectos da humanização é que pessoas não são simples números e estatísticas, mas alguém que merece respeito e cuidado.

Dar à luz é um dos momentos mais importantes para uma mãe, o atendimento humanizado não é suficiente, ele precisa andar em consonância com um espaço adequado para a realização da atividade, por isso, a arquitetura não se esgota das possibilidades em perceber as necessidades e as transformações da sociedade.

O nome, Maternidade Isaura Soares, é uma homenagem a uma mulher que representa tantas outras, que teve a alegria de conceber e ser mãe de filhos e filhas, mas que por um acaso da vida, passou pela dor de perder um filho no parto e que também quase perdeu a vida.

Considerações finais

Os estudos apresentados até aqui são apenas o início de uma série de ensaios no que se refere ao processo de concepção do espaço hospitalar humanizado.

Ainda há uma vasta gama de novos estudos que podem tomar como base esse projeto, como propostas de paisagismo sensorial para o agreste; projetos complementares para torná-lo sustentável como a reutilização de águas pluviais, energia solar, sistematização eletrônica, etc; a realização de estudos de coloração e sinalização; influência das aberturas zenitais na iluminação dos corredores; fluxos - haja vista a complexidade do edifício, etc.

A premissa do arquiteto Paulo Mendes da Rocha é verdadeira: “O projeto ideal não existe, a cada projeto existe a oportunidade de realizar uma aproximação.” Logo, entende-se que as possibilidades projetuais são inesgotáveis, especialmente melhorias, o que define até onde um projeto pode chegar são o tempo e os recursos.

Como proposta acadêmica para a construção de uma maternidade regional dentro das limitações do tempo e dos recursos, o resultado apresentado pode continuar a ser desenvolvido de forma que contribua socialmente e economicamente não só para a cidade e o Estado, pois como apotado anteriormente a cidade exerce influência, inclusive em outros Estados, o que implica que com a criação dessa nova maternidade, essa ainda seria uma realidade a ser enfretada, porém com mais recursos e mais adequação as necessidades básicas do usuário.

É imprescindível a participação do usuário no processo projetual, pois apenas a legislação não é suficiente para a realização desse tipo de estudo, por mais que o público seja diverso, existe um denominador comum entre as respostas.

Uma autocrítica a ser feita em relação ao trabalho, é a sua limitação em ouvir as necessidades do usuário mas não dar direito a uma segunda resposta sobre a proposta, se atende ou não, se o denomi-

nador comum entrega uma resposta positiva ao proposto.

Contudo, a contribuição acadêmica pode ser dada por meio de colaborações e continuações de estudos, realizando análises paramétricas sobre como tornar o espaço mais humanizado e respeitando as legislações que visam salvaguardar a saúde dos mesmos.

Por fim, espera-se que, mesmo brevemente, ter contribuído e dado voz aqueles que usufruem ou que já usufruíram de um hospital materno, desde os pacientes que vão para o atendimento de rotinas de exame, que concluam com êxito a gestação, ou até mesmo os que perdem entes queridos, e claro sem esquecer dos funcionários e prestadores de serviço, que devido as limitações do trabalho, precisou-se fazer recortes precisos.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.50**. Disponível em <www.anvisa.org.br>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro. 2020.

BADALOTTI, Claudine Machado; BARBISAN, Ailson Oldair. **Uma Breve História Do Edifício Hospitalar – Da Antiguidade Ao Hospital Tecnológico**. *Tecnológica*, v.3, n.2, p.346-358, 2015.

BATES, Victoria. ‘Humanizing’ health-care environments: **architecture, art and design in modern hospitals**. *Design for Health*, v.2, n.1, p.5-19, 2018

BITENCOURT, F. **A arquitetura do ambiente de nascer: qualidade do ar e conforto higrotérmico em centros obstétricos**. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Org.). *Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares*. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2003.

CARPMAM, J. R., GRANT, M., & SIMMONS, D. A. **Design that cares: planning health fa-**

cilities for patients and visitors. Chicago: American Hospital Association, 1986.

CLARK, Kim; BEATTY, Shelley; REIBL, Tracy. **Maternity care: A narrative overview of what women expect across their care continuum**. *Midwifery*, v.31, n.4, p.432-437, 2015.

CIACO, R. J. A. S. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. Dissertação (Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo.) Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2010.

COELHO, Guilherme. **A arquitetura e a assistência ao parto e nascimento: Humanizando o Espaço**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências em Arquitetura, área de concentração Racionalização do Projeto e da Construção) – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

COSTEIRA, E. M. A. **O hospital do futuro: uma nova abordagem para projetos de ambientes de saúde**. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Org.). *Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares*. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004.

COSTI, Marilice. **A influência da luz e da cor em corredores e sa-**

las de espera hospitalares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 256 p., il.

DIAS, Marcos A., DOMINGUES, Rosa M., PALIS, Walter. **Avaliação da Intervenção Obstétrica na Maternidade Leila Diniz**. In: 2q Seminário Sobre Parto e Nascimento. 20-22 novembro, 1996. Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 1996, p. 67

FONTES, Maria Paula Zambrano, ALVES, Luiz Augusto dos Reis, SANTOS, Mauro & COSENZA, Carlos Alberto Nunes. **Humanização na Arquitetura da saúde: a contribuição do conforto ambiental dos pátios e jardins em clima quente-úmido**. In EN-TAC’2004 – trabalho completo em cd room. São Paulo: Encontro Nacional de Tecnologia do Meio Ambiente Construído, 2004.

FREIRE, Luciana de Medeiros; MEDEIROS, Maria Alice Lopes de. **A humanização hospitalar e projeto: a necessidade de um conceito ou a utilização de um padrão construtivo**. 2º Seminário sobre Ensino e Pesquisa em Projeto de Arquitetura. *Projetar*, 2005.

GOÉS, Ronald de. **Manual prático da arquitetura hospitalar**. 1º Edição – São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

GUIDA, Natasha Faria Barros; LIMA, Gabrielle Parrilha Vieira; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **Relaxation environment for humanization of hospital delivery care**. *Remex: Revista Mineira de Enfermagem*, v.17, n.3, p.524-530, 2013.

HOSKING, Sarah et HAGGARD, Liz. **Healing the Hospital Environment. Design, Management and Maintenance of Healthcare Premises**. E & FN SPON. Taylor and Francis group. London, 1999. 193 p., il. col.

KHAKZAND, Mehdi; ATIGHEHCHI, F.; YASINI, S. P. **The role of architecture in establishing social supports affecting mothers mental health after childbirth recovery process in the maternity wards of Tehran’s general hospitals**. *Int. J. Architect. Eng. Urban Plan*, v.27, n.1, p.1-8, 2017.

KOHLSDORF, M. E. **Condições Ambientais de leitura visual**. Ministério da Saúde, Brasília, 1995.

LIMA, Kátia Maria Ratto. **Maternidade Leila Diniz (1994 a 1996): Nascimento de Um Novo Profissional de Saúde?** 1997 – 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

LIMA, Kátia Maria Ratto. **Contan-**

do um pouco de história. In: Saúde Em Foco, Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, nq 14, p. 4-6, nov. 1996.

MALKIN, Jain. **Hospital Interior Design**. Nova York: Van Nostrand Reinhold, 1992.

MARIA, Cledja. **Psicologia Ambiental, uma ponte entre Homem e Arquitetura**. Revista Especialize On-line IPOG, v.01, n.2011, p.1-17, 2017.

MASCARÓ, J. L. **O custo das decisões arquitetônicas no projeto de hospitais**. Ministério da Saúde, Brasília, 1995.

MEDEIROS, Luciana de. **Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais: a percepção dos arquitetos especialistas**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

MELLO, A de Silva. **Assim nasce o homem. Filosofia do parto e da amamentação**. Ed Civilização Brasileira S.A. Rio de Janeiro, 1966.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Legislação RDC 50**. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ambiência**. Núcleo Técnico da Política Nacio-

nal de Humanização. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CARTILHA DE AMBIÊNCIA**. Brasília - Distrito Federal, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em 16 de setembro de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para elaboração de propostas da Rede Cegonha**. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SOMASUS - Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Saúde. Programação Arquitetônica De Unidades Funcionais De Saúde**. Brasília - Distrito Federal, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/soma_sus_sistema_apoio_elaboracao_vol2.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 11, 7 DE JANEIRO DE 2015**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html Acesso em 16 setembro de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humani-**

zada à mulher. Ministério da saúde. 2001. MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.

O DIA. **Partos humanizados na rede pública**. Rio de Janeiro, 2018. Acesso em 03 de Junho de 2019. Disponível em <<https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2018/08/5567556-partos-humanizados-na-rede-publica.html>>

Odent, Michel. **A Cientificação do amor**, 2ª edição, Florianópolis: Saint Germain, 2002

RATTO, Katia Maria Netto. **É possível humanizar a assistência ao parto? Avaliação de dois anos da Maternidade Leila Diniz**. In: Saúde em Foco, Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. nq 21. p.115-135, jul. 2001.

RATTO, Kátia Maria Netto. **Percepção na Sala de Parto e Novas Experiências**. In: 2q. Seminário Sobre Parto e Nascimento. 20-22 novembro, 1996. Rio de Janeiro. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 1996, p. 29-34

SERRA, Geraldo. **Pesquisa em arquitetura e urbanismo. Guia prático para o trabalho de pesquisadores em pós-graduação**. São Paulo: EDUSP, 2006.

SETOLA, Nicoletta; NALDI, Eletta COCI-

NA, Grazia Giulia; et al. **The Impact of the Physical Environment on Intrapartum Maternity Care: Identification of E light Crucial Building Spaces**. Health Environments Research and Design Journal, p.1- 32, 2019.

SOETHE, Andreza; LEITE, Leandro S. **Arquitetura e a saúde do usuário**. IV Simpósio Brasileiro De qualidade do Projeto no Ambiente Construído, n.IV, 2015.

TOLEDO, L. C. M. **Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. Tese de doutorado do programa de pós-graduação em arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, R. T. B. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. 2004. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Pós-Graduação em Arquitetura.]

WESTPHAL, Eduardo. **A linguagem da Arquitetura hospitalar de João Filgueiras Lima**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

anexos



O CRM-PB Serviços Transparência Legislação Comunicação Museu da Imagem e do Som Ed. Médica Continuada Fale Conosco

Falta de maternidades causa superlotação e aumento da mortalidade materna na Paraíba

Seg. 03 de Dezembro de 2018 14:14

Quase 60% dos partos realizados na Paraíba são feitos nas cidades de João Pessoa e Campina Grande. Dos 223 municípios paraibanos, 116 não realizam este procedimento e a grande maioria das mulheres do interior do Estado tem sido encaminhadas para o Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), em Campina Grande. Esses dados fazem parte de um estudo realizado pelo Conselho Regional de Medicina da Paraíba (CRM-PB), coordenado pelo vice-presidente do órgão, o obstetra Antônio Henriques.

“Esta concentração de maternidades e profissionais nas duas maiores cidades do Estado causa superlotação e problemas graves na assistência às mães e seus bebês”, destaca o médico. De acordo com o “Observatório da Criança”, publicado pela Fundação Abrinq, em abril deste ano, a Paraíba é o terceiro estado do Brasil com o maior número de mortes de mães: a cada 100 mil partos de nascidos vivos, há 87,4 óbitos. O estado está distante da meta de 35 óbitos estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Para discutir este problema, o CRM-PB vai realizar uma audiência pública, na próxima quarta-feira (5), às 14h, na delegacia do Conselho em Campina Grande, com representantes do poderes públicos. Além de debater estes dados, a sessão vai propor uma nova maternidade pública em Campina Grande.

Segundo o vice-presidente do CRM-PB, o problema se torna mais grave em Campina Grande por concentrar pacientes vindas do interior paraibano e ainda de estados vizinhos. Além disso, a cidade conta apenas com uma maternidade pública, o ISEA. “Há uma estrutura hospitalar insuficiente no interior do estado, com equipes incompletas para a assistência obstétrica. Também houve fechamento de leitos obstétricos nos municípios de pequeno e médio porte. Tudo isso vem contribuindo para o agravamento do problema”, explicou.

Ele acrescentou que Campina Grande precisa urgentemente de outra maternidade pública para que as pacientes possam ser atendidas adequadamente e sem riscos. “Vivemos um problema sério. Apenas uma maternidade pública não é suficiente, não há como atender. Por mais que se reforme, adapte, adeque, jamais teremos condições de abarcar toda essa população que vem para Campina Grande”, disse.

OUVIDORIA

Protocolo de Assistência Obstétrica Rede Capangola

CRIMINAL AS EDIÇÕES DO INDEMNATÓRIO UNILEVE DO CRM-PB

ORIENTAÇÕES PARA UMA BOA PUBLICIDADE MÉDICA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA PARAÍBA

CRM - PB. Falta de maternidades causa superlotação e aumento da mortalidade materna na Paraíba. Acesso em 23 de setembro de 2019. Disponível http://www.crm-pb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=22944:2018-12-03-17-21-27&catid=3



INICIO POLÍTICA POLICIAL ESPORTES BRASIL MUNDO MAIS PORTAIS SNN CONTATO

Campina Grande - Romero recebe ministro da Saúde e reivindica nova maternidade para Campina Grande

CAMPINA GRANDE DESTAQUE

Romero recebe ministro da Saúde e reivindica nova maternidade para Campina Grande

By Bruno Herbert - março 25, 2019 474 0

SHARE



Sistema Nordeste de Notícias. Romero recebe ministro da Saúde e reivindica nova maternidade para Campina Grande. Acesso em 23 de setembro de 2019. Disponível <https://snn.com.br/romero-recebe-ministro-da-saude-e-reivindica-nova-maternidade-para-campina-grande/>