



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO – FAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – PPG

**ARQUITETURA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE: uma análise do sistema
normativo para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.**

Flávia Maroja Limeira

Dissertação de Mestrado

Área de concentração: **Paisagem, Ambiente e Sustentabilidade.**

Orientador: **Prof. Dr. Otto Toledo Ribas**

Brasília, 2006.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO – FAU

**ARQUITETURA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE: uma análise do sistema
normativo para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.**

Autora: **Flávia Maroja Limeira**

Dissertação de Mestrado submetida à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília – UnB, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Arquitetura e Urbanismo, área de concentração “Paisagem, Ambiente e Sustentabilidade”.

Aprovado por:

Prof. Dr. Otto Toledo Ribas
(Orientador)

Prof. Dr. Cláudio José Pinheiro Villar de Queiroz
(Examinador interno)

Prof. Dr. Luiz Pedro de Melo Cesar

Brasília, outubro de 2006.

Limeira, Flávia Maroja

Arquitetura e integralidade em saúde: uma análise do sistema normativo para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. / Flávia Maroja Limeira. – Brasília, 2006.

xiv, 177f.

Dissertação de Mestrado – Universidade de Brasília – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo.

1. Normatização em saúde. 2. Arquitetura Hospitalar. 3. Integralidade da atenção à saúde. 4. Conforto ambiental e saúde. I. Título.

I. UnB – FAU

II. Título (série)

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta dissertação e emprestar ou ceder cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação de mestrado pode ser reproduzida sem autorização por escrito do autor.

Flávia Maroja Limeira (autora)

À minha mãe,

Em cuja alma reina a hospitalidade e o
espírito humanitário.

AGRADECIMENTOS

A Cláudio e Diogo, companheiros próximos e contínuos das minhas vivências.

Ao professor Otto Ribas, pela preciosa confiança e atenção dispensada.

Aos colegas do Núcleo de Arquitetura da Secretaria de Saúde do Brasília pela colaboração direta ou indireta a este trabalho.

A todos aqueles que se mantêm firmes na busca de melhores condições de atenção à saúde.

Ao meu filho Ramon, que pacientemente dedicou muitas horas para o aperfeiçoamento deste trabalho.

É instigador saber que não se está só, que
existe um movimento ressonante, reverberante,
de pessoas que lutam por respeito, dignidade,
emancipação, enfim, por vida.

Ramon Arruda

RESUMO

Este trabalho procede a Análise da Resolução da Diretoria Colegiada n.º 50 (RDC-50), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, instrumento normativo vigente, no Brasil, o qual tem o papel de regular a elaboração de projetos físicos para a construção e a reforma de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), com o escopo de avaliar e discutir em que medida as prescrições da norma se prestam a garantir a Integralidade em saúde e outros princípios do Sistema Único de Saúde, estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e pelo sistema de leis do Direito da Saúde ao qual a RDC-50 é subordinada. Partindo do princípio de que o espaço, em suas relações com os seres humanos, tem participação fundamental nos processos de adoecimento e cura, considerando que a Arquitetura tem, portanto, contribuições essenciais ao planejamento em saúde, inerentemente complexo, e inserindo-se nos debates em torno da humanização da assistência à saúde, empreende-se o escrutínio da RDC-50, observando avanços e recuos em comparação com as normas de mesma função que a precederam, além de problematizar parâmetros hospitalares ao longo da história e sua variação de acordo com modelos e concepções de saúde distintos. Atenta-se ainda para os processos de constituição das normas e para seu problema de legitimidade e adequação às necessidades das pessoas, em decorrência das barreiras às práticas de cidadania e por problemas no sistema representativo brasileiro, em que interesses particulares sobrepõem o bem comum. A RDC-50 contém incongruências, lacunas e insuficiências formais que ocasionam confusão e dificuldade de interpretação, deixando uma indesejável margem de manobra a planejadores e executores, de modo que pressões por cortes orçamentários, seja por real contenção de despesas, seja por outros motivos, terminam por suprimir elementos não supérfluos aos EAS. Ademais, ela também tem graves omissões de conteúdo, principalmente nos pontos que se referem ao conforto, ao bem-estar e à subjetividade dos enfermos, o que implica o desprezo por suas necessidades e a formatação de ambientes inóspitos e degradantes.

ABSTRACT

This work deals with the analysis of the **Resolução da Diretoria Colegiada n.º 50 (RDC-50)**, a legal device edited by the National Agency of Sanitary Vigilance, which proposal is the regulation of the building design of Health Assistance Facilities. The aim here is evaluate and discuss how far its prescriptions are able to guarantee the principles of the Brazilian Public Health System (SUS) stated by the Federal Constitution and other laws concerning health rights, to which the RDC-50 is subordinated to. Therefore, taking in account the relationship between of space and human beings and its important influence in the healing process, this study consider that architecture and its complex planning strategies has essential contribution in this process. Also, paying attention to the debates about integrality and humanization in health services, this study points out the progresses and drawbacks of RDC-50 in comparison with its predecessors, and covers hospital patterns in history as well as its dependence on different concepts of health. The low level in political engagement of people, the legitimacy of the representative system and the privilege given to particular interests, are claimed to explain the fails in RDC-50. This legal device has formal errors, which pose misunderstandings and vacuums that allow planners and executors much undesirable room for manoeuvre. Consequently, pressures to budget cuts come to suppress invaluable characters of the facilities. As far as content is concerned, the missing points are related mainly to the comfort, the well-being and the subjectivity of the patients, what implies the despising for their needs and the creation of inhospitable and degrading environments.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. GENEALOGIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	8
1.1 A PROTEÇÃO À VIDA E A HOSPITALIDADE	8
1.2 A DOENÇA E A INTEGRALIDADE	10
1.3 A MEDICALIZAÇÃO DA DOENÇA E A HUMANIZAÇÃO	14
1.4 O HOSPITAL ATÉ O SÉCULO XVIII-BREVE HISTÓRICO	17
1.4 A ARQUITETURA COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO	19
2. PLANEJAMENTO TRANSDISCIPLINAR, ARQUITETURA E TIPOLOGIA HOSPITALAR	21
2.1 O ESCLARECIMENTO TRANSDISCIPLINAR	22
2.2 A ARQUITETURA DE ATENÇÃO À SAÚDE	26
2.3 AS PRIMEIRAS RECOMENDAÇÕES PARA PROJETOS HOSPITALARES	27
2.4 TIPOLOGIA DOS EDIFÍCIOS HOSPITALARES	34
2.5 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA NO BRASIL: ORIGEM, ASSISTÊNCIA E TIPOLOGIAS	36
3. AS POLÍTICAS EM SAÚDE PÚBLICA, AS NORMAS E A (FALTA) DE CIDADANIA	44
3.1 A IMPORTÂNCIA DAS NORMAS E DA CIDADANIA	44
3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	48
3.3 ESTADO E POLÍTICA COMO GARANTIA DE SOCIEDADE IGUALITÁRIA	51
3.4 INSTITUIÇÕES, REPRESENTATIVIDADE E INTEGRALIDADE	53
4. NORMATIZAÇÃO EM SAÚDE	55
4.1 BREVE CRONOLOGIA DA NORMATIZAÇÃO EM SAÚDE	55
4.2 A ANVISA, O DIREITO SANITÁRIO E O DIREITO DA SAÚDE	58
4.3 NOÇÕES DE TEORIA DO ORDENAMENTO JURÍDICO	60
4.4 O SISTEMA NORMATIVO E A RDC-50	62
4.4.1 A Constituição Federal (1988)	64
4.4.2 A Lei Orgânica da Saúde (LOS)	67
4.4.3 Normas Operacionais Básicas (NOB)	70
4.4.4 Lei da Vigilância Sanitária	71
4.4.5 A RDC-50	71
4.4.6 Instrumentos complementares à RDC-50	72
5.0 ATRIBUTOS ARQUITETÔNICOS DE INTEGRALIDADE PARA EAS	77
5.1 ATRIBUTOS DO PROGRAMA	79
5.2 ATRIBUTOS DO PROJETO	82
5.3 ATRIBUTOS DO EDIFÍCIO DE EAS	84
5.3.1 Recomendações da Psicologia Ambiental	84
5.3.2 Condicionantes Ambientais	88
5.3.3 Conforto Térmico	88
5.3.4 Conforto Acústico	90
5.3.5 Efeitos terapêuticos da luz e da cor	91
5.3.6 Implantação	94
5.3.7 Áreas de circulação e espera	94
5.3.8 A vegetação como instrumento de conforto	96
5.3.9 Unidade de Internação	97
5.4 EXEMPLIFICAÇÃO DE ATRIBUTOS DE INTEGRALIDADE EM EAS	103

6. ANÁLISE CRÍTICA DA RDC-50	118
6.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS	118
6.2 PARTE I : PROJETOS DE EAS	120
6.2.1 <i>Conflitos textuais</i>	122
6.2.2 <i>Conflitos de competência</i>	123
6.3 PARTE II: PROGRAMAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DOS EAS	124
6.3.1 <i>Organização físico-funcional</i>	124
6.3.2 <i>Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes</i>	125
6.4 PARTE III: CRITÉRIOS PARA PROJETOS DE EAS	128
6.4.1 <i>Acessos</i>	128
6.4.2 <i>Circulações externas versus estacionamento</i>	130
6.4.3 <i>Circulações internas</i>	131
6.4.4 <i>Circulações verticais</i>	135
6.4.5 <i>Escadas</i>	136
6.4.6 <i>Condições ambientais de conforto</i>	138
7.0 CONCLUSÕES	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
APÊNDICE 1: CRONOLOGIA DAS NORMAS PARA PROJETOS FÍSICOS DE EAS NO BRASIL	152
I. LEI 6.299, DE 17 DE JULHO DE 1975	152
II. PORTARIA 517/BSB, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1975	154
III. DECRETO 76.973, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1975	154
IV. PORTARIA 30/BSB, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1977	155
V. PORTARIA 400/BSB, DE 06 DE DEZEMBRO DE 1977	156
VI. RESOLUÇÃO CIPLAN Nº 3, DE 25 DE MARÇO DE 1981	157
VII. PORTARIA 1884, DE 11 DE NOVEMBRO DE 1994	158
VIII. PORTARIA 674, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1997	159
IX. PORTARIA 554, DE 19 DE MARÇO DE 2002 – RDC-50	159
IX-a Portaria 307, de 14 de novembro de 2002	160
IX-b Portaria 189, de 18 de julho de 2003	160
ANEXO 1: DIREITOS DOS PACIENTES	162
ANEXO 2: MATRIZ DE PEÑA E PARSHALL	168
ANEXO 3: SITES DE CONFORTO AMBIENTAL EM ARQUITETURA	169
ANEXO 4: SUMÁRIO DA RDC-50	170
ANEXO 5: SUMÁRIO DA PORTARIA 1884	171
ANEXO 6: SUMÁRIO DA PORTARIA 400	172
ANEXO 7: SUMÁRIO DA RESOLUÇÃO CIPLAN Nº3	177

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CORREDOR CENTRAL DO AMBULATÓRIO DO HBB-DF.....	3
FIGURA 2 – ESPAÇO EXTERNO DO AMBULATÓRIO DO HUB.....	4
FIGURA 3 – RELAÇÕES INTERPESSOAIS.....	23
FIGURA 4 – ESPAÇOS BÁSICOS DO PACIENTE INTERNADO.....	23
FIGURA 5 – LUGARES ALTERNATIVOS AO LEITO.....	23
FIGURA 6 – FACHADA DO HOSPITAL SANTA CREU E SAN PAUL EM BARCELONA.....	28
FIGURA 7 – ACESSO PRINCIPAL LIVRE.....	29
FIGURA 8 – ACESSO LATERAL DE AMBULÊNCIAS.....	29
FIGURA 9 – HALL DE ACESSO.....	29
FIGURA 10 – SALA DE ESPERA.....	29
FIGURA 11 – RUA INTERNA COM JARDINS.....	29
FIGURA 12 – AVENIDA LATERAL.....	29
FIGURA 13 – PLANTA DE SITUAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS.....	30
FIGURA 14 – PLANTA EM PERSPECTIVA DE FÁCIL VISUALIZAÇÃO.....	30
FIGURA 15- FACHADA DO ANTIGO HOSPITAL DE GRANADA.....	30
FIGURA 16 – A INFLUÊNCIA MOURISCA E AS FONTES NOS PÁTIOS.....	31
FIGURA 17 – ABERTURAS EXTERNAS.....	31
FIGURA 18 – CARACTERÍSTICAS DE UMA ENFERMARIA ANTIGA, HOJE SALA DE EXPOSIÇÃO.....	31
FIGURA 19 – JANELAS DAS CIRCULAÇÕES.....	31
FIGURA 20 – DETALHE DAS PORTAS EXTERNAS.....	32
FIGURA 21 – VISTA INTERNA DA TORRE.....	32
FIGURA 22 – FACHADAS INTERNAS.....	33
FIGURA 23 – VISÃO DO CAMPANÁRIO.....	33
FIGURA 24 – VISTA INTERNA DO PÁTIO, COM PLANTIO DE LARANJEIRAS.....	33
FIGURA 25 – A FAIXA CERÂMICA INDICA O LOCAL DE UM LEITO DA ALA DOS RICOS DO ANTIGO HOSPITAL.....	33
FIGURA 26 – JOSÉ DE ANCHIETA E OS ÍNDIOS.....	38
FIGURA 27 – RUA DA GLÓRIA.....	38
FIGURA 28 – CHÁCARA DOS INGLESES.....	39
FIGURA 29 – PROJETO DO HOSPITAL CENTRAL.....	39
FIGURA 30 – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO.....	40
FIGURA 31 – CÚPULA.....	41
FIGURA 32 – AUDITÓRIO.....	41
FIGURA 33- SALA DE MESA E JUNTA.....	41
FIGURA 34 – DETALHE DO FORRO.....	41
FIGURA 35 – SAGUÃO.....	41
FIGURA 36 – FARMÁCIA.....	41
FIGURA 37 – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RECIFE.....	42
FIGURA 38 – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE.....	42
FIGURA 39 – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BANANAL-MG.....	42
FIGURA 40 – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS-MG.....	42
FIGURA 41 – SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SALVADOR.....	43
FIGURA 42 – EMFERMARIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO GRANDE DO SUL EM 1940.....	43
FIGURA 43 - DADOS BÁSICOS PARA O PROGRAMA DO EAS.....	81
FIGURA 44 – ETAPAS DO PROJETO ARQUITETÔNICO.....	83
FIGURA 45 – ARRANJOS SOCIETAIS.....	101
FIGURA 46 – ARRANJOS SOCIOFUGAIS.....	101
FIGURA 47 – ENFERMARIA COM BANHO EXTERNO.....	102
FIGURA 48 – ENFERMARIA DO BANHEIRO COMPARTILHADO.....	102
FIGURA 49 – VISTA AÉREA.....	104
FIGURA 50 – ÁREA EM FRENTE AO AMBULATÓRIO.....	104
FIGURA 51- FACHADA DO AMBULATÓRIO.....	104
FIGURA 52 – RECEPÇÃO GERAL.....	104
FIGURA 53 – ÁREA EXTERNA (MANHÃ).....	104
FIGURA 54 – ÁREA EXTERNA (TARDE).....	104
FIGURA 55 – RECEPÇÃO.....	105
FIGURA 56 – QUARTO DA ALA NOVA.....	105

FIGURA 57 – BANHEIRO.....	105
FIGURA 58 – CADEIRA DO ACOMPANHANTE.....	105
FIGURA 59 – EQUIPAMENTOS DO BANHEIRO.....	105
FIGURA 60 – MANUTENÇÃO HOSPITALAR.....	105
FIGURA 61 – TERRAÇO DA COBERTURA.....	106
FIGURA 62 – ÁREA DE LAZER.....	106
FIGURA 63 – SINALIZAÇÃO.....	106
FIGURA 64 – HOTELARIA.....	106
FIGURA 65 – REFEITÓRIO.....	106
FIGURA 66 – BRINQUEDOTECA.....	106
FIGURA 67 – IMPLANTAÇÃO TIPO TABA.....	107
FIGURA 68 – ENFERMARIAS COM VARANDAS.....	107
FIGURA 69 – ENFERMARIAS COM VARANDAS.....	107
FIGURA 70 – ENFERMARIA COM REDES.....	107
FIGURA 71 – HOSPITAL SARAH – BRASÍLIA.....	108
FIGURA 72 – VARANDA EM PÉ-DIREITO DUPLO.....	108
FIGURA 73 – RECEPÇÃO EM BELO HORIZONTE.....	108
FIGURA 74 – AMBIENTE DE ESTAR E LEITURA.....	109
FIGURA 75 – AMBIENTES RESERVADOS.....	109
FIGURA 76 – AUDITÓRIO.....	109
FIGURA 77 – REFEITÓRIO.....	109
FIGURA 78 – ÁREA DE RECEPÇÃO E ESPERA.....	109
FIGURA 79 – PÁTIO CENTRAL COBERTO.....	110
FIGURA 80 – JARDIM CIRCULAR.....	110
FIGURA 81 – RECEPÇÃO E ESPERA.....	110
FIGURA 82 – ESQUADRIAS.....	111
FIGURA 83 – AMBIENTES INTEGRADOS VERTICALMENTE.....	111
FIGURA 84 – RECEPÇÃO.....	111
FIGURA 85 – LUZ NATURAL E ARTIFICIAL NA CIRCULAÇÃO.....	111
FIGURA 86 – ESQUADRIAS.....	112
FIGURA 87 – COMPOSIÇÃO DE MATERIAIS.....	112
FIGURA 88 – CORES E COMUNICAÇÃO VISUAL.....	112
FIGURA 89 – ELEMENTOS DIFERENCIADOS.....	112
FIGURA 90 – HOSPITAL INFANTIL À BEIRA-MAR.....	113
FIGURA 91 – PISO EM MADEIRA.....	113
FIGURA 92 – TETO EM RELIÇAS.....	113
FIGURA 93 – ACESSO AOS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO.....	114
FIGURA 94 – CONTRASTES NAS PAREDES.....	114
FIGURA 95 – RECEPÇÃO DA MATERNIDADE.....	115
FIGURA 96 – SALA DE PARTO.....	115
FIGURA 97 – MATERNIDADE GOLDENES KREUS, ÁUSTRIA.....	115
FIGURA 98 – FACHADA PRINCIPAL.....	116
FIGURA 99 – ESTACIONAMENTO.....	116
FIGURA 100 – ACESSOS.....	116
FIGURA 101 – TERRAÇO.....	116
FIGURA 102 – PAISAGEM EXTERNA.....	116
FIGURA 103 – FACHADA FRONTAL.....	117
FIGURA 104 – DETALHE DAS ABERTURAS.....	117
FIGURA 105 – FACHADA POSTERIOR.....	117
FIGURA 106 – ACESSO À CALÇADA.....	117
FIGURA 107 – CORREDOR COM LARGURA MÍNIMA PERMITIDA PELA RDC-50.....	132
FIGURA 108 – ENFERMARIA DE 6 LEITOS CONFORME MEDIDAS MÍNIMAS DA RDC-50.....	133
FIGURA 109 – ENFERMARIA DE 3 LEITOS CONFORME MEDIDAS MÍNIMAS DA RDC-50.....	134
FIGURA 110 – ENFERMARIA DE 3 LEITOS MÍNIMA (PROPOSTA).....	134
FIGURA 111 – VARIAÇÃO DE INCLINAÇÃO ADEQUADA PARA ESCADAS.....	138

LISTA DE QUADROS E TABELA

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DAS TIPOLOGIAS HOSPITALARES.....	34
QUADRO 2 – ESFERAS DE GOVERNO E COMPETÊNCIAS INSTITUCIONAIS.....	68
QUADRO 3 – NÍVEIS DE GESTÃO DE VIGILÂNCIA NO MUNICÍPIO.....	73
QUADRO 4 – ESFERAS DE GOVERNO E COMPETÊNCIAS INSTITUCIONAIS.....	75
QUADRO 5 – DEFINIÇÃO RELACIONAL DA ARQUITETURA.....	78
QUADRO 6 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS CORES.....	93
QUADRO 7 – EFEITOS TERAPÊUTICOS DAS CORES E ADEQUAÇÃO ESPACIAL.....	94
QUADRO 8 – ÁREAS PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO – A PROPOSTA DE GÓES E A RDC-50.....	100
QUADRO 9 – PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DOS EAS.....	125
QUADRO 10 – PARÂMETROS DE ELEMENTOS DA CIRCULAÇÃO.....	131
QUADRO 11 - VARIAÇÕES DE MEDIDAS DE LEITOS HOSPITALARES.....	133
QUADRO 12 – SOLUÇÕES DE CIRCULAÇÃO VERTICAL PARA EAS.....	136
QUADRO 13 - DIMENSIONAMENTO DA NBR-9050 PARA DEGRAUS.....	138
QUADRO 14 – REDUÇÃO DA ÁREA MÍNIMA DE AMBIENTES ENTRE AS NORMAS.....	159
TABELA 1 – MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÃO NO BRASIL.....	98
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS QUE POSSUEM LEGISLAÇÃO E INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO URBANO SEGUNDO AS FAIXAS DE POPULAÇÃO.....	140

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF - Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CONFEA – Conselho Federal de Engenharia e Arquitetura
CONMETRO – Conselho Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade
CREA – Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura
EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ENDEF – Estudo Nacional de Despesa Familiar
EP – Estudo Preliminar
FNS – Fundo Nacional de Saúde
HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS
HBB- Hospital de Base de Brasília
HUB – Hospital Universitário de Brasília
IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NBR – Norma Brasileira
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBA – Projeto Básico de Arquitetura
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PE – Projeto Executivo
PN – Programa de Necessidades
PND – Plano Nacional de Desenvolvimento
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa de Saúde da Família
RDC-50 – Resolução da Diretoria Colegiada n.º 50/ANVISA/MS
SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Cada povo, segundo sua cultura, destina um local para o cuidado de seus enfermos. O zelo com os lugares de cura remonta a séculos e envolve ambientes construídos e naturais. No Ocidente, o edifício de acolhimento aos enfermos teve várias denominações, entre elas, hospital.

Até meados do século XIX, porém, o acolhimento ao enfermo era feito principalmente por instituições religiosas, seguindo as regras de cada ordem, e dependia da caridade. O objetivo era mais a salvação da alma do que a reabilitação do doente. A importância do hospital, como instrumento terapêutico, só desponta a partir da segunda metade do século XIX. No entanto, segundo Foucault (2002), os parâmetros para construção ou funcionamento eram bastante indefinidos, e o ambiente hospitalar, caótico, em consequência das relações sociais e de poderes vigentes.

Em 1859, Florence Nightingale, uma das precursoras da enfermagem moderna, preocupada com as condições de atendimento, já afirmava: “(...) embora pareça estranho, é importante estabelecer que a primeira condição para o funcionamento de um hospital é que ele não cause nenhum mal ao paciente” (*apud* MIQUELIN, 1992:27). A partir daquela época, a ciência ganhou espaço na determinação do modo e do fim da organização hospitalar.

Ao longo do tempo, a assistência à saúde mudou de caráter, e, nessa evolução, transformaram-se as regras necessárias para sua organização, as quais se materializaram em instrumentos normativos variáveis em forma, conteúdo e hierarquia.

Na Constituição Federal (BRASIL, 1988), principal instrumento normativo do país, a saúde (art. 196) e o meio ambiente saudável (art. 225) são direitos fundamentais. Esses dispositivos constitucionais integram as conquistas de dois importantes movimentos político-sociais, que vêm se desenvolvendo quase paralelamente e com influências recíprocas.

O primeiro, o Movimento pela Reforma Sanitária, formou a base do arcabouço legal que originou o Sistema Único de Saúde - SUS. O segundo, o Movimento Ecológico brasileiro, acompanhando as reflexões mundiais pela preservação do planeta, as quais tiveram seu ponto alto na Rio-92, evento de escala mundial, em que o pacto

entre as nações deu origem à Agenda 21 e a sua versão brasileira. O SUS vem se desenvolvendo com percalços e constituindo um dos instrumentos promotores da qualidade de vida no país. Um grande desafio posto é a integração mais aprofundada das políticas de saúde e de meio ambiente acompanhada pela evolução da prática da cidadania.

Cohn e Elias (2003:62) destacam um informe de 1993 do Banco Mundial, cujo tema, *Investir em Saúde*, foi elaborado, após várias reuniões e seminários, com apoio da Organização Mundial de Saúde - OMS. Neste informe, afirmava-se que, apesar dos investimentos despendidos em cada país, perduram vários problemas comuns: “destinação equivocada de recursos, em termos do custo-benefício; desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços; ineficiência nos gastos, na utilização de leitos e na distribuição de pessoas; explosão dos custos, decorrentes da disponibilidade de novas tecnologias combinadas ao advento de certas modalidades de seguro saúde”. Ainda dizia que, no Brasil, podem-se acrescentar outros aspectos a esta lista: “a insuficiência de recursos financeiros para a saúde, as iniquidades das ações e serviços de saúde, e as repercussões sociais decorrentes da ausência dos direitos de cidadania no cotidiano da saúde” (*Ibidem*:63).

Sob esse quadro, em geral, os Equipamentos Assistenciais de Saúde (EAS) públicos e privados têm estruturas físicas dimensionadas e organizadas aquém das necessidades e dos padrões de conforto e segurança desejáveis. Há insuficiência, mesmo quando os equipamentos estão de acordo com os parâmetros estabelecidos na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC-50, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (ANVISA, 2004), como, por exemplo, a área de 0,8m² por aluno na sala de aula da Unidade de Internação, padrão inferior ao recomendado pelo Ministério de Educação¹.

São inúmeras as cenas diárias que refletem o desequilíbrio entre o discurso legal e a realidade (Fig. 1): filas intermináveis; longas horas de espera em áreas com baixas condições de conforto térmico, lumínico e acústico; falta de informações precisas, despersonalização e segmentação do atendimento (Limeira, 2002).

¹ A exemplo do recomendado pelo Ministério da Educação no Manual Operacional do Projeto Nordeste, o padrão médio para salas de aula é de 2,25m²/aluno.

FIGURA 1 - CORREDOR CENTRAL DO AMBULATÓRIO DO HBB-DF



FONTE: Pesquisa *in loco*, 2005

NOTA: Aspecto da circulação de um hospital com forte demanda de serviços.

Obs: Foto cujas faces dos pacientes foram esfumeadas para não permitir identificação.

Como resposta a essa situação, o Ministério da Saúde (MS) iniciou, em 1999, uma avaliação da qualidade dos serviços prestados à população. Para isso, implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2002), em cujos resultados constatou-se que “a experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas no sistema de saúde brasileiro”. Indicaram a urgência de se estabelecer novas práticas de assistência à saúde que organizassem e ampliassem as atividades terapêuticas convencionais dos hospitais públicos brasileiros.

Com os resultados do PNHAH, o MS implantou a Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS – HumanizaSUS (BRASIL, 2004), que tem estimulado ações norteadas pelos princípios básicos do SUS, de universalidade, integralidade, equidade e controle social, cujos resultados podem ser apontados como democratizadores das relações nos serviços de saúde. Essas ações caracterizam-se principalmente pela busca da diversidade, criatividade, transversalidade e pela adequação às realidades e necessidades locais.

É necessário, então, estabelecer uma evolução no planejamento dos espaços destinados ao acolhimento dos serviços de atenção à saúde, a exemplo do que propõe Campos (2002) com a Clínica do Sujeito, em que não só a enfermidade é objeto de

conhecimento e intervenção, mas também o sujeito e seu contexto são objetos de estudo e de práticas da clínica.

A Arquitetura pode ser, portanto, um dos instrumentos de suporte para essa evolução, visto que “tem por núcleo o estudo de ‘códigos’, que presidem a ‘estrutura de conexões entre as necessidades humanas e os artefatos físicos no mundo real’” (Hillier & Leaman² *apud* Holanda, 2002:66).

Sugere-se aqui que esses códigos, no contexto dos serviços de atenção à saúde, tenham como principal foco as práticas sociais entre pacientes, acompanhantes e corpo clínico e de gestão, considerados a natureza e os valores determinantes das suas relações (Holanda, 2002:83). Quanto aos artefatos físicos da Arquitetura, é fundamental que sejam entendidos como aqueles que envolvem espaços construídos e espaços naturais, ambos importantes ao acolhimento humano (Fig. 2).

FIGURA 2 - ESPAÇO EXTERNO DO AMBULATÓRIO DO HUB



FONTE: Pesquisa *in loco*, 2004

NOTA: Este espaço fora do edifício do ambulatório, possui alguns atributos de acolhimento desejáveis. Nele, as pessoas têm opções de caminhar, ler, conversar e desfrutar da paisagem.

Nesse sentido, tem fundamental importância o estudo da RDC-50 (ANVISA, 2004), instrumento normativo específico que regulamenta o planejamento, a programação, a elaboração e a avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

² HILLIER, Bill; LEAMAN, Adrian. *A new approach to architectural research*. RIBA J, Dec. 1972.

O objetivo deste trabalho, portanto, é a **análise da RDC-50, à luz da Constituição Federal, da Lei Orgânica da Saúde (LOS)³ e das demais normas concernentes ao funcionamento do SUS**. Parte-se do pressuposto de que os parâmetros de planejamento físico devem estar em consonância com princípios e diretrizes afirmados na legislação maior do sistema de saúde brasileiro, especialmente o princípio da integralidade. Com isso, visa-se à melhoria na qualidade do ambiente de EAA e, conseqüentemente, uma atenção integral à saúde, além de contribuir para a racionalização de tais normas.

Para efeito da análise, este trabalho primeiramente empreende estudo genealógico dos seguintes temas: o cuidado com a saúde e a doença, as políticas e normas em saúde e as formas de planejamento da Arquitetura como instrumento terapêutico. O objetivo é construir uma fundamentação teórica que permita realizar a análise crítica da RDC-50, a partir da desconstrução de conceitos e idéias tidos equivocadamente como naturais e da constituição de princípios que norteiem o trabalho.

Apresenta-se a hierarquia do sistema normativo brasileiro que constitui o arcabouço legal relativo à elaboração de projetos físicos destinados aos EAS. Isso se faz, para que se possa avaliar, mais adiante, em que medida a RDC-50 está em harmonia com a legislação a que se subordina.

Identificam-se alguns dos principais atributos arquitetônicos para a integralidade, cujas bases são a pesquisa na literatura e a participação da autora como arquiteta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e nas oficinas multidisciplinares de humanização. Em complemento a descrição dos atributos, é feita a exemplificação com fotografias selecionadas em levantamentos *in loco* e na bibliografia.

Por fim, analisa-se, de forma crítica, a RDC-50, considerando as bases teóricas, o sistema normativo e os atributos arquitetônicos apresentados.

A abordagem ambiental permeia o estudo com relação à qualificação do ambiente onde ocorrem as práticas necessárias ao acolhimento do ser humano e de suas relações no cuidado com a vida. No entanto, o enfoque prioritário da análise normativa será o da saúde como “defesa da vida”, no contexto do campo da Saúde Pública, no Brasil.

No primeiro capítulo, comenta-se a respeito da proteção à vida, dos conceitos de saúde e doença e de sua relativização, de acordo com a percepção do indivíduo, a partir

³ LOS- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

dos seus valores socioeconômicos, religiosos e culturais. Procura-se esclarecer o conceito de atenção integral a saúde, partindo desses valores, e explicar brevemente a evolução do cuidado com os enfermos e a importância da Arquitetura como instrumento terapêutico.

No segundo capítulo, aborda-se a complexidade do planejamento no campo da saúde e o modo como a Arquitetura pode colaborar na tarefa transdisciplinar de acolher os pacientes nos Equipamentos Assistenciais de Saúde (EAS). Faz-se um resgate histórico das primeiras recomendações para construção de edifícios voltados para o atendimento a necessitados, apresentando tipologia com as principais formas hospitalares no mundo e sua evolução no Brasil, a partir do Descobrimento, tendo a rede da Santa Casa da Misericórdia como destaque.

No terceiro capítulo, ressalta-se a importância de se formular políticas públicas e estabelecer normas que garantam uma sociedade igualitária. Salienta-se a cidadania como um valor a ser conquistado de forma mais ampla na sociedade brasileira, para que se garanta o acesso aos serviços de saúde, conforme os princípios do SUS, de equidade, universalidade, integralidade, controle social e descentralização. Comenta-se também sobre a representatividade das instituições na produção de normas e as disparidades que são produzidas na sociedade brasileira, em que o poder é controlado por uma minoria privilegiada, de forma que se compromete a democracia plena, com consequências negativas na prestação de serviços de saúde.

No quarto capítulo, faz-se uma breve cronologia da normatização em saúde, cujo motivo de raiz era o controle de risco epidemiológico, fazendo emergir o sanitarismo e, com ele, o Direito Sanitário. Evidencia-se que o Direito da Saúde é mais abrangente que o Direito Sanitário, pois tem como foco a proteção à vida, sob a égide do bem-estar social. Apontam-se algumas noções da teoria do ordenamento jurídico, para a melhor compreensão das características das normas e da necessidade de se constituir um conjunto sistêmico, cuja linha mestra seja a Constituição. Apresenta-se ainda a hierarquia das normas que formam, a partir da Constituição Brasileira (CF-1988), a principal estrutura da qual a RDC-50 faz parte, com seus instrumentos complementares.

No quinto capítulo, discorre-se sobre os principais atributos da Arquitetura e do fazer arquitetônico. Primeiro, apresentam-se algumas peculiaridades do planejamento arquitetônico para EAS, com destaque para uma programação bem elaborada, principalmente pelas complexidades inerentes a esse edifício. Complementa-se, em seguida, com atributos arquitetônicos necessários à atenção integral, sendo fundamental

agregar vários conhecimentos que perpassam a Psicologia Ambiental, o controle dos elementos que propiciam o conforto (higro-térmico, lumínico, acústico e olfativo) e a integração com elementos da natureza (vegetação, água, luz natural e abóbada celeste). Por fim, exemplificam-se os atributos da integralidade com fotos de EAS em vários países, com tipologias diferentes e para pacientes diversos.

No sexto capítulo, com base nos conceitos apresentados nos capítulos 1, 2 e 3, no conteúdo dos principais elementos do sistema normativo da RDC-50 e no processo de evolução das normas anteriores a ela, faz-se uma análise crítica dessa norma. Procura-se mostrar falhas, incongruências e vacâncias, nos capítulos concernentes aos aspectos arquitetônicos, nas três partes do documento. Exemplificam-se essas falhas, comparando a norma em questão com outros documentos normativos, com referências da prática de profissionais da Arquitetura de EAS e com os atributos apresentados.

1. GENEALOGIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E A ARQUITETURA

Neste capítulo, realizando um resgate histórico de elementos fundamentais da assistência à saúde, procura-se evidenciar os elos existentes entre a Arquitetura e o cuidado com os indivíduos. Ao mostrar as mudanças ocorridas no modo de lidar com os problemas de saúde, pretende-se esclarecer que a situação atual do setor, embora apresente entraves aparentemente naturais e incontornáveis, pode ser aprimorada, inclusive recuperando princípios outrora vigentes. Isso também vale para a Arquitetura Hospitalar, e tal perspectiva deve estar presente, nos capítulos em que se tratar diretamente da análise das normas para elaboração de EAS, objetivo primordial deste trabalho.

1.1 A PROTEÇÃO À VIDA E A HOSPITALIDADE

A assistência à saúde é um ato de proteção à vida. De um modo geral, faz parte da essência do ser humano, em estado normal, proteger sua vida, a de seus semelhantes e de tudo que entende que possa preservá-la.

Várias são as formas de proteção à vida. Chama-se *hospitalidade* o ato humano de acolher, em suas mais diversas formas, mediante práticas de “tratamento afável, cortês, amabilidade, gentileza” (Houaiss, 2001). Enquanto ato de acolhimento humano, ela tem raízes anteriores a qualquer construção arquitetônica. Adveio de tentativas de sobrevivência em que foram se sistematizando procedimentos de proteção para a preservação da espécie.

Segundo Mumford (1998:11), a alternância entre movimento e repouso humanos determina, desde os primórdios, uma relação entre aventura e segurança, porém, quando a vida predatória cedeu lugar à simbiose, e ocorreu a *domesticação do homem*⁴, houve uma mudança no caráter de seus agrupamentos, o qual evoluiu, desde o compartilhamento com diversas outras espécies, para o esconderijo, a caverna, o

⁴Processo inicial da estruturação, fixação e formação dos agrupamentos humanos.

acampamento, a aldeia, o santuário, a pequena povoação e a cidade. Assim, *segurança, receptividade, proteção e nutrição*, reconhecidos hoje como princípios da hospitalidade, e funções tradicionalmente pertencentes à mulher (*Ibidem*:18), desenvolvem-se em todas as partes da aldeia. Tanto que, por mais que pareça uma conjectura psicanalítica extremada, os hieróglifos egípcios a atestam, atribuindo o mesmo símbolo à casa, à cidade e à mãe.

Derrida (2003:15) trata da questão da hospitalidade pelo enfoque do estrangeiro: “devemos pedir ao estrangeiro que nos compreenda, que fale nossa língua, em todos os sentidos do termo, em todas as extensões possíveis, antes e a fim de poder acolhê-lo entre nós?”. Afirma que “o homem só pode oferecer hospitalidade a um homem” (2003:120), que a “hospitalidade é mesmo uma marca do humano” (2003:122), que é necessário “pensar também a hospitalidade em torno da morte” (2003:126) e, ainda, “sob a ameaça da finitude e do amor” (2003:130).

Se a hospitalidade é uma marca do humano, devendo envolvê-lo desde o nascimento até a morte, na doença, sua necessidade se faz mais premente. O indivíduo enfermo se assemelha ao estrangeiro, no sentido de estar estranho para si e para os outros. Nesse estado, fora da normalidade, pode perder sua autonomia e passar a precisar de cuidados.

No ambiente hospitalar, as relações de hospitalidade estão muito diluídas pela prioridade que pode ser dada aos demais procedimentos de manutenção da vida, porque se tem a idéia equivocada de que as ações de acolhimento não podem nem precisam coexistir com as medidas biomédicas.

Ali, a vida das pessoas é controlada em várias dimensões. Suas ações e seus pensamentos são direcionados e condicionados para a recuperação da saúde. Sob esse pretexto, tem-se gradativamente feito do enfermo um refém. A doença, na sociedade moderna, também escraviza.

Para controlar essas relações entre pacientes e o contexto hospitalar, têm-se feito esforços no sentido de estabelecer critérios de assistência, consolidados em normatização, para a garantia de condições dignas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

1.2 A DOENÇA E A INTEGRALIDADE

Segundo Campos (2002:4), o hospital é “um espaço em que as pessoas investem afetos e esperanças, onde ainda se produzem valores de uso e, inevitável, disputa-se poder, e muitas vezes, transmutam-se valores de uso em puros valores de troca, interesse econômico, realização de mais-valia dos outros, quase nunca dos enfermos”. Este texto indica expectativas contraditórias das “pessoas do hospital”. Envolve questões éticas, pela falta de correspondência entre o sentimento do usuário, respaldado pelo discurso das normas de saúde que garantem o direito à atenção integral, e as práticas dos atores envolvidos direta ou indiretamente na prestação de serviços.

Tem-se como resultado que, em geral, os EAS atuais, principalmente os de grande porte, em nome da ciência e dos avanços tecnológicos, esqueceram-se das raízes da assistência ao enfermo, cujas práticas se davam pela forte ligação a fundamentos humanitários, que hoje se procura resgatar pela prática da cidadania.

Houve tempos em que a saúde e a doença estavam associadas aos conceitos de pureza e pecado evocados pelas religiões, que tinham como foco a cura da alma, e não do corpo. A doença e a morte eram encaradas com naturalidade, como acontecimentos sobre os quais somente Deus tinha poder, não havendo possibilidade de intervenção direta do homem sobre o processo de recuperação da saúde humana (Silva, 2004; Foucault, 2002).

Antigamente, quando as epidemias eram mais freqüentes e de difícil controle, era comum famílias, aldeias ou grandes contingentes humanos morrerem. “Adoecer era estar ameaçado de morte provável num curto espaço de tempo, após um período mais ou menos longo de grandes padecimentos e de deterioração visível do corpo” (Silva, 2004:10).

Os vários estados de mal-estar que hoje são denominados *doença* não constituíam uma unidade. Males como a fome, a guerra e os acidentes mobilizavam pessoas que sofriam, preocupavam-se, mas não tinham a visão unificada ou “uma imagem estruturada de ‘a doença’, algo que representa uma forma de estar diferente do estado habitual: ‘está doente!’, situação a que corresponde um estatuto social reconhecido e dependente da medicina” (*Ibidem*:17).

Os conceitos de saúde e doença são tão variados quanto as possibilidades de percepção e o foco empregado para abordá-los.

Ribeiro (1993:53) fala da intangibilidade da saúde, um bem abstrato que só se materializa na ocasião da doença, estado em que a saúde está ausente e se torna necessidade:

A saúde é um bem real, ao mesmo tempo abstrato, que só se pretende obter quando se a perde e ela se torna necessidade, materializada no seu contrário, a doença. Assim, a necessidade sentida em saúde é determinada pelo seu oposto, ou seja, por sua perda. A posse desse bem, saúde, pode envolver para esse outro estado, de necessidade, abruptamente por acidente ou insidiosamente, quando ela se faz (quando se faz) doença percebida. Nesse caso, não se sabe onde acaba o bem (saúde) e começa a doença (necessidade), onde finda o normal e inicia o patológico.

Cada indivíduo enfermo experimenta uma história diferente na evolução do estado de saúde ao de necessidade. Trata-se de sua *anamnese*, isto é, da história de seu adoecimento a partir do relato construído pelas próprias reminiscências. Essa necessidade, a depender de como é percebida, causa reações proporcionais ou compatíveis com o grau de dependência ou capacidade de reação de cada um. Assim, um indivíduo com uma simples gripe pode se prostrar no leito e exigir cuidados de terceiros, ao passo que outro, com uma doença clinicamente mais grave, aproveita todas as suas potencialidades ou bens de saúde para manter sua vida em curso normal, ou desfrutar do máximo de sua autonomia.

Em todos os casos, as necessidades dos enfermos exigem conformações específicas dos ambientes em que estes estiverem, para melhor atendê-las. Em outras palavras, à doença corresponde uma configuração ideal do ambiente, de acordo com as necessidades diferenciadas de cada indivíduo, de modo que estas sejam tangibilizadas espacialmente. A Arquitetura deve, portanto, atentar para isso.

Carvalho (apud Ávila-Pires, 2000:208), refletindo sobre as contribuições de Carlos Chagas, lembra que, “se, no nível individual, a aquisição e o curso de uma doença é um fato eminentemente biológico, o mesmo deixa de valer no plano coletivo. A distribuição da doença numa comunidade é um fato social, devendo ser buscados instrumentais explicativos adequados a essa natureza não biológica”.

Silva, para além do aspecto da causa biofisiológica, destaca a dimensão simbólica da saúde e da doença, “reflexo de um sistema integrado de compreensão da existência humana – a cultura – e de um funcionamento organizado da vida coletiva – a sociedade” (2004:10) Assim, “as diferentes condições e contextos de vida dos grupos no interior de uma mesma sociedade têm expressão na própria saúde desigual dos grupos sociais” (*Ibidem*:11).

A relação de saúde ou doença é, portanto, estabelecida de acordo com o contexto cultural em que os indivíduos vivem. “Perceber os sintomas, interpretá-los, atribuir-lhes causas e reagir-lhes por cuidados específicos são ações informadas/modeladas pelo ambiente cultural, seus valores, seus símbolos, suas crenças, em suma, a sua forma de entender/explicar o que é o humano” (*Ibidem*:12).

Ao contrário do que profissionais médicos, em algumas comunidades, pensam, “o estudo dos comportamentos na doença demonstra uma considerável autonomia dos atores sociais que comandam a resposta à doença. ‘Por trás’ da doença que a medicina pode tratar está uma vivência de sofrimento que é social (interfere nas relações do doente com o mundo) e a que só o saber cultural pode dar resposta” (*Ibidem*:14).

A medicina, na sua especialização e crescente tecnologia, tende a desvalorizar a visão leiga do doente, ignorando a sua necessidade tal como ele a percebe; nesse confronto entre as duas visões da doença, a do médico, na maior parte das vezes, impõe-se, sem consideração pela visão profana do doente (Mechanic⁵ *apud* Silva, 2004:161).

São vários os termos utilizados para tipificar as doenças: sintomáticas e assintomáticas, agudas e crônicas, epidemiológicas, de carência, assim como são inúmeros os comportamentos de seus portadores em relação a elas e os tipos de tratamento de que, quando a doença é percebida, lançam mão para auxiliá-los.

“Para além do saber médico, científico, as pessoas recorrem ao saber popular, ou saber leigo (por oposição a saber profissional, especializado), na sua relação com a saúde e a doença” (Silva, 2004:14). A diversidade e a escolha pessoal do tipo de assistência se justificam pela complexidade das necessidades sentidas pelo enfermo.

Aristóteles, uma vez doente, disse ao seu médico: “mostra as razões de teu fazer, e, se as achar razoáveis, então as haverei de seguir” (Jaspers⁶ *apud* Caponi, 2000:40). A postura do filósofo mostra a necessidade de compreensão da prescrição médica, como condição para aderir a ela. Muitos indivíduos, ainda que não se sintam à vontade para pedir tais esclarecimentos ao médico, às vezes, não seguem sua orientação, por não se acharem convencidos de suas razões, conforme a postura de Aristóteles.

⁵ MECHANIC, David. *Illness and cure*. In: KOSA, John; ANTONOVSKY, Aaron; ZOLA, Irving Kenneth. *Poverty and health: a sociological analysis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1969.

⁶ JASPERS, Karl. *La práctica médica em la era tecnológica*. Barcelona: Gedisa, 1988.

Hoje, dentro do campo da atenção à saúde, a Acupuntura, a Fitoterapia, a Naturopatia e a Homeopatia, com profissionais de formação especializada, fazem parte do leque de opções para o atendimento em que se diminui a quantidade de medicamentos e de **tecnologias duras**⁷.

Com forte influência da medicina oriental, essas modalidades têm-se fortalecido pelo foco na atenção de caráter preventivo e por uma abordagem holística, isto é, por encarar o indivíduo na sua globalidade física e mental situada em contextos sociais. Com isso, as terapias de **tecnologias leves** têm-se diversificado e expandido, nas sociedades ocidentais, desde a segunda metade do século XX.

A essa abordagem holística, tem-se associado o conceito de integralidade, que está em construção. Mas, tomando como base o ser humano como “um *todo* composto de corpo e alma formando uma unidade”, a saúde integral pode ser considerada um estado em que as várias funções corporais se desenvolvem em conjunto, de uma forma harmoniosa, seguindo um padrão de informação cuja origem é a consciência. Em contrapartida, o estado em que uma das funções falha, comprometendo a harmonia do todo, pode-se chamar doença. (Dethlefsen; Dahlke, 2001:14).

O processo de cuidado com a doença não é linear, como geralmente o médico espera e considera. O indivíduo enfermo, depois de se perceber doente, pode se comportar de formas variadas, a depender de sua vida socioeconômica e cultural. Sua disponibilidade de tempo e a acessibilidade aos serviços de saúde dependem da sua condição econômica, por exemplo. A duração de um tratamento pode requerer um suporte familiar, algumas vezes indisponível, outras, não desejado pelo enfermo, por causa do constrangimento de afetar outrem, o que interfere na sua continuidade.

O processo de recuperação da saúde, assim, é dinâmico, e tanto a percepção quanto a expectativa dos profissionais de saúde e do enfermo são diferentes. Na língua inglesa, esse hiato é evidenciado pelo vocabulário: a doença (*illness*) diagnosticada pelo médico é diferente daquela que se traduz no mal-estar do indivíduo (*sickness*).

Desse modo, compreende-se que o processo de adoecimento não deve ser encarado somente pelo prisma anatomofisiológico, porque envolve o ser humano em

⁷ Mehry *et al.* (2002:120-121) utilizam o conceito de tecnologia como um determinado modo através do qual o trabalho, como ação intencional, apropria-se de insumos no intuito de produzir “coisas”, que podem ser materiais ou simbólicas. Assim, diferencia-se a tecnologia-equipamento da tecnologia-saber. No campo da saúde, classificam-se as tecnologias em leves (tecnologias de relações do tipo produção de vínculos, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (saberes bem estruturados, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (máquinas, normas, estruturas organizacionais).

sua plena complexidade, dependendo inclusive de fatores pouco ponderáveis. Para cada concepção de saúde e de doença que houver, corresponderá um conceito diferenciado de integralidade. Julga-se que, quanto mais amplo ele for, melhor será a atenção aos indivíduos, porque estes serão respeitados em sua autonomia e integridade. Esse pressuposto permeará a análise que o presente estudo se propõe.

1.3 A MEDICALIZAÇÃO⁸ DA DOENÇA E A HUMANIZAÇÃO

Em análise a partir do século XVIII, Caponi divide as motivações do compromisso com a pessoa que sofre. Primeiro, em uma ética compassiva⁹ ou da compaixão, defendida por Rousseau e criticada por Nietzsche e Hannah Arendt, por ser uma relação desigual. Segundo, por uma ética utilitarista, própria das políticas filantrópicas do século XIX em que emerge a clínica, o hospital medicalizado e a medicina social, estudada por Foucault e Rosen, com “estratégias de organização dos espaços e de controle do tempo próprias da sociedade disciplinar e das intervenções políticas fundamentadas no utilitarismo” (Caponi, 2000:10-11).

O processo de medicalização da doença é um fenômeno recente. O advento do hospital medicalizado coincide com a adoção da ciência como orientadora das práticas de assistência. Ao médico cabe “juntar os signos de uma doença”, a fim de chegar “a um sentido unívoco preciso, o diagnóstico. Espera-se que um médico a respeito das doenças que afligem os humanos seja o mais objetivo possível” (Tavares, 2002:2).

Essa objetividade fez com que fosse posto de lado o caráter subjetivo do relacionamento da assistência hospitalar, agora gerenciada pelo médico. Este, como gestor hospitalar, rebate seu discurso no espaço, dando prioridade às ações objetivas cujo foco é o combate à doença. A supervalorização de procedimentos é concebida como sendo “a razão de ser dos profissionais, confundindo os meios com os fins” (Rollo, 2002:324).

⁸ Medicalização – segundo Caponi (2000), é a assistência à saúde sob a responsabilidade do profissional médico.

⁹ Caponi (2000) classifica a ética do cuidado à saúde em compassiva (praticada como forma de compaixão), utilitarista (praticada como forma de controle sanitário pelas classes dominantes), e de justiça (prestada sob os princípios de liberdade, igualdade e diferença).

A cientificidade da Medicina e a ampliação da possibilidade de superar a morte fazem da doença e da ciência os instrumentos de triunfo do médico. A relação médico-paciente perde espaço, e ao médico é atribuída uma posição divina.

Um dos reflexos espaciais dessas relações é, por exemplo, o leito hospitalar. O indivíduo é posto ali, sob a tutela de um médico ou de uma equipe, e estará disponível para ser submetido aos procedimentos determinados por eles. Como é regra nos processos de produção em série, estarão, na maioria das vezes, enfileirados, numerados e ordenados, de forma a facilitar todos os serviços para a equipe cuidadora.

Em geral, são agrupados de acordo com sua enfermidade, de modo a ser o mais uniformemente tratados. Desta maneira, a individualidade dos enfermos é posta de lado, pois a personalização de serviços demanda, entre outros elementos, tempo, diálogo, recursos humanos e diversidade de espaços para vivências pessoais.

O resgate da percepção subjetiva do paciente tem sido considerado relevante para uma evolução da assistência. Esse processo é denominado *humanização*. No entanto, tem-se percebido que, nos trabalhos de humanização dos serviços de saúde, a menor participação é da classe médica, que comumente faz parte das equipes gestoras. Uns alegam falta de tempo, outros, uma responsabilidade profissional além da dos demais.

Tavares (2002) não atribui esse distanciamento a uma desumanidade, pois o médico, dentro de sua subjetividade, experimenta angústias, medos e anseios, e sim, à resistência em se envolverem com atividades alheias à *categoria médica* e ao receio de pôr à prova os ideais do discurso médico, em que não há espaço para a subjetividade, predominando a objetividade e a cientificidade.

Segundo Betts (2002:1), a falta de diálogo adequado às relações entre pacientes e profissionais da saúde tem sido considerada uma das barreiras ao processo de conquista da integralidade na atenção à saúde. Em suas palavras: “Sem comunicação não há humanização”. A linguagem faz parte da construção de uma rede de sentidos que compõem nossa identidade cultural. Dentro dessa dinâmica, a palavra é considerada capaz de transformar e produzir, ou de destruir, então, “humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética”.

A ética utilitarista e a compassiva são consideradas desumanizantes, visto que põem os princípios de utilidade ou religiosidade acima do sujeito, sem que haja possibilidade de participação ou diálogo coletivo para a tomada de decisão. Também é desumanizante a falta de condições técnicas, de capacitação ou de materiais que

importam em má qualidade de atendimento e baixa resolução. Tais situações geram conflito entre profissionais e usuários.

Um processo de humanização é a solidariedade, desde que “vista como preocupação de universalizar a dignidade humana, que precisa da mediação das palavras faladas e trocadas no diálogo com o outro para poder generalizar-se (Caponi *apud* Betts, 2002:1)”.

Humanizar a assistência, exercendo a cidadania, requer a capacidade de diálogo entre os usuários do EAS, sejam eles profissionais direta ou indiretamente envolvidos, pacientes, acompanhantes e comunidade, representada geralmente por grupos voluntários.

A conquista da humanização depende da implantação de práticas da hospitalidade no ambiente de assistência à saúde, o que muito contribuiria para a qualidade de vida de todos os atores do processo.

É interessante fazer algumas ressalvas em relação às práticas não humanizadas e à responsabilidade da categoria médica. Deve-se ressaltar que a busca de cientificidade e de uma suposta objetividade é compartilhada pela grande maioria dos profissionais de saúde, como um todo, desde a formação até sua atuação.

Embora isso seja mais evidente em relação ao médico, porque ele ainda concentra boa parte do poder de decisão e do controle, conseqüentemente, da responsabilidade pelas ações, nenhuma das categorias de saúde está isenta desta desumanização, porque a referência do saber em saúde é comum a todas elas, e a Medicina continua sendo o parâmetro de conduta para a grande maioria.

É relevante ponderar isso, para evitar que se confundam estas críticas com um posicionamento semelhante ao daqueles profissionais que se aproveitam da possibilidade de responsabilizar uma categoria, para conquistar espaço em uma luta por poder, sem se importar, de fato, com o usuário dos serviços.

Não se trata de atenuar a situação dos médicos ou de enfermeiros, e sim, de não isentar qualquer das outras categorias que tratam do que é “medicalizável” ou o “conjunto de *experts* em assistência” (Caponi, 2000:12) da necessidade de refletirem sobre suas condutas e suas referências, que podem não ser tão melhores, a não ser por não terem a responsabilidade de decisão, o que as torna menos visíveis.

O que está em jogo é a possibilidade de dar autonomia ao paciente, de poder resgatar sua dignidade, de torná-lo cúmplice no processo de cura, sem excluir-lhe a palavra, os movimentos, as vivências.

Sabe-se que não há uma ruptura entre as políticas fundadas na ética compassiva e aquelas do utilitarismo clássico. Existe ainda continuidade e complementaridade, mas se espera que se busquem alternativas para as “estratégias de ‘biopoder’¹⁰ que interferem em nossa existência, na medida em que cuidam de nossa saúde, vigiam nossos movimentos, discutem nossa sexualidade, administram nossa força de trabalho e assistem nossas necessidades mais elementares”. Isso só é possível, porque as tecnologias médicas, quando lidam com o corpo dos indivíduos, faz deles algo próximo a coisas manipuláveis (*Ibidem*:10-12).

Se a prioridade da assistência à saúde é o bem-estar dos enfermos e sua recuperação, é necessário que o planejamento arquitetônico dos EAS tenha, como objetivo, criar não só as condições necessárias à realização dos procedimentos médico-cirúrgicos, mas também proporcionar às pessoas ambientes humanizados. Isso será considerado mais à frente, ao se proceder à análise aqui proposta.

1.4 O HOSPITAL ATÉ O SÉCULO XVIII – BREVE HISTÓRICO

A palavra hospital, com o radical *hosp*, tem origem no latim. Deste radical, na língua original, derivam várias palavras com a atribuição de acolhimento, cujas variações envolvem o sentido de hospedaria, asilo, hotel ou hospital. Assim, por exemplo, os termos significam:

- *hospitalis, e.* - o que dá hospedagem ou pertence à hospedagem; benigno para os hóspedes;
- *hospitolum, i* - pequeno hospício ou hospedaria (Cretela & Cintra, 1953).

Estas variações estão presentes na análise feita por Miquelin (1992:28-40) sobre o processo de transformações das anatomias hospitalares. Das referências históricas, podemos perceber a sobreposição das funções de abrigo e atenção à saúde até o século XVIII, a qual se pode sintetizar da seguinte forma:

Na Antigüidade, eram utilizados, para o atendimento à saúde, os pórticos e os templos. Em geral, não havia local específico.

Na Grécia, a hospitalidade era uma obrigação da sociedade, não só do cidadão. Havia três tipos de locais voltados ao atendimento à saúde e ao abrigo: os públicos,

¹⁰ Conceito criado pelo filósofo francês Michel Foucault para designar um tipo de poder que se exerce sobre a vida dos corpos individuais e coletivos (*Biopouvoir*, 2006)

laicos e geridos pelo Estado; os privados - casas estabelecidas pelos médicos para atendimento a sua clientela (Iatréia); os religiosos - templos de Asclepiade, localizados em bosques e próximos à água corrente.

Em Roma, a influência dos templos gregos deu origem às Valetudinárias, dedicadas aos legionários e escravos, e às Termas, grandes estruturas em que havia saguão, vestiários, piscinas descobertas, salas de banhos frios e quentes e sauna, com áreas para relaxamento dos cidadãos mais importantes e outras para terapia e cura.

No Oriente, desde o século III a.C., havia hospedagens para os peregrinos, as quais foram gradativamente se tornando também abrigos para os necessitados e doentes.

No mundo islâmico, a caridade e o auxílio foram princípios de moral e religião herdados do budismo e do cristianismo, cujos modelos de edifícios foram copiados.

Na Europa, durante o Concílio de Nice, em 325, a Igreja recomenda que “cada vila reserve um local separado para o abrigo dos viajantes enfermos ou pobres” (*Ibidem*:33). Em atendimento a essa determinação, vários hospitais foram construídos.

Durante a Idade Média, os hospitais eram, em geral, anexos às igrejas ou aos templos. Começam a ser separadas as funções de alojamento e logística, e os pacientes, por doença e sexo.

Porém, estes hospitais que, até o século XVIII, eram instituições de assistência aos pobres, eram também de separação e exclusão. O corpo assistencial hospitalar era composto por pessoas que não precisavam estar capacitadas para realizar a cura, mas sim, a conseguir a própria salvação. Ali se misturavam doentes, loucos, devassos e prostitutas (Foucault, 2002:102).

No fim do século XVIII, os hospitais e os asilos eram gigantescos e possuíam alto índice de insalubridade e mortalidade. O ponto inicial de mudança é atribuído aos estudos que foram realizados, nos hospitais europeus, no final daquele século, visando a obter subsídios para a reconstrução do Hôtel-Dieu de Paris, o mais importante hospital da França, destruído por um incêndio.

1.5 A ARQUITETURA COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

As transformações do hospital religioso, ao final do século XVIII, em hospital terapêutico, local da prática médica e científica, é um dos principais temas de Foucault (2002:100-111).

Naquele período, já se reconhecia que nem a teoria médica era capaz de estabelecer um programa hospitalar, nem um plano arquitetônico abstrato poderia forjar um bom hospital. Considerava-se o hospital um “objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as conseqüências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las” (*Ibidem*:100). Os resultados desses estudos indicaram a necessidade de mudança, que deveria se pautar pela anulação dos efeitos negativos do hospital. Para isso, era necessário estabelecer técnicas de intervenção disciplinares e médicas sobre o meio, as quais envolviam:

- o reconhecimento de quão importantes são a escolha do local de implantação do hospital, a garantia das boas condições sanitárias do seu sítio e o estudo detalhado da sua distribuição interna em função de critérios que individualizassem ao máximo o espaço.
- a mudança do sistema hierárquico no hospital, pois, quando este é concebido como espaço de cura, o poder passa para o médico, cuja atuação aumenta em todos os procedimentos, inclusive, no controle econômico da instituição, ocasião em que surge a figura do grande médico de hospital, aquele cuja sabedoria é medida pela experiência hospitalar;
- a organização de um campo documental hospitalar como forma de registro, acúmulo e formação do saber médico, momento em que aparece a clínica, como dimensão essencial do hospital, visto agora como lugar de transmissão de saber, disciplinamento do espaço hospitalar que permite curar; o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica individual e coletiva, uma vez que o seu registro será associado a outros, que darão subsídios aos confrontos para a explicação de fenômenos coletivos.

No contexto dos estudos para a reconstrução do Hôtel-Dieu, ocasião em que se reconheciam as possíveis repercussões insalubres ou terapêuticas do espaço hospitalar sobre os enfermos, o médico era o principal responsável por sua organização. Constatou-se o valor do planejamento do espaço físico no processo terapêutico, que

envolvia a organização desde a implantação do edifício até a individualização espacial para o paciente, apontando para a necessidade de estabelecer normas arquitetônicas. Essas normas visavam a garantir não só a salubridade e o melhor efeito do ambiente na recuperação da saúde, mas também, a gerar uma reflexão para a gestão e um saber a respeito de tal questão.

É possível entender que a existência de uma norma, como a RDC-50, para ordenar projetos de EAS, é fruto desse reconhecimento. A ambição desse trabalho é participar da construção da referida reflexão, com o intuito de recomendar mais aperfeiçoamentos para a norma.

2. PLANEJAMENTO TRANSDISCIPLINAR, ARQUITETURA E TIPOLOGIA HOSPITALAR.

No Brasil, a RDC-50 é um instrumento normativo para o planejamento de EAS, porém é comum que os planejadores no campo da saúde, inclusive os arquitetos, não consigam vislumbrar todas as dimensões inerentes a ele. Planejar em saúde é ter um olhar para cada dimensão que pode afetar o ser humano.

“Os problemas relacionados à saúde têm concentrado a atenção crescente de organizações internacionais, nacionais, dos governantes das diferentes esferas, dos especialistas e principalmente dos usuários dos serviços de saúde” (Cohn e Elias 2003:60). A Conferência de Alma-Ata, realizada há quase três décadas, em 1978, e patrocinada pela OMS, foi um dos marcos para a difusão do ideário da saúde como um bem universal e desejável a ser atingido. Há grande mobilização de segmentos sociais para análise e busca de soluções, a fim de melhorar o nível de saúde, existindo diversidade de enfoques e alternativas de como organizar, produzir, administrar e financiar as ações dos serviços. O objetivo é influenciar o Estado na formulação e na implementação de políticas, sobretudo, as da área de saúde que melhor atendam às demandas e necessidades da população (*Ibidem*: 62).

Segundo Mendes (2001), há consenso de que os sistemas de serviços de saúde vivem crise em escala planetária, a qual se manifesta em quatro dimensões principais: a iniquidade, a ineficiência, a ineficácia e a insatisfação dos cidadãos. No entanto, há profundas divergências sobre como explicá-la e sobre o que fazer, para superá-la.

Para isso, há que seguir-se uma vontade de ordenar o futuro, de se determinar uma técnica ou *technê*, saber prévio aplicável a toda e qualquer situação no campo da saúde. Campos (2003:20) sugere que se repense a forma de planejar em saúde, que se crie uma “pausa, um espaço-tempo para a pergunta”. É necessário o Planejamento em Saúde? De onde vem essa vontade de ter uma receita pronta? Considera-se que o futuro possa ser visto com esperança e que, apesar de incontrolável, é plástico, passível de ser influenciado pela ação deliberada e racional.

No entanto, Campos (*Ibidem*:25-26) também compara o planejamento em saúde com um labirinto sem saída, como uma aporia¹¹. Ainda assim, propõe uma busca do sentido das práticas, do fio que as guie no labirinto sem saída, com ouvidos bem abertos às vozes da tradição e o cuidado na investigação. Isso significa que cabe ao planejador em saúde buscar caminhos, no labirinto, movido pelo desejo ou mesmo pela paixão, que, no presente caso, seria o de organizar os serviços de saúde para o atendimento aos princípios do SUS. Esse caminhar deve ser considerado um processo em construção, sempre mutante.

O planejamento pressupõe o esclarecimento, que, só “quando é pensamento crítico, pode nos salvar, mas, quando tratado como ontologia, adquire valor ‘em si’ e acarreta o perigo da destruição” (Adorno & Horkheimer *apud* Campos, 2003:23). Assim, é necessário que haja reflexões sobre as atividades e sobre o sentido da ciência como formuladora desse esclarecimento.

Questiona-se a possibilidade de o planejamento constituir uma práxis libertadora, subsidiar um *saber-cómo* atingir objetivos, sem esmagar os sujeitos e suas singularidades, ou procurar novas fontes em outras disciplinas.

2.1 O ESCLARECIMENTO TRANSDISCIPLINAR

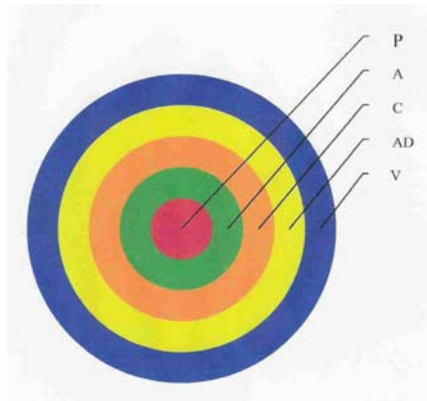
Não são poucos os autores, os estudiosos e os profissionais de saúde que procuram contribuir com críticas e reflexões sobre as relações no serviço de saúde, cujo teor pode ser de grande valia para o planejamento físico do EAS. É importante estar atento aos “ruídos” que possam contribuir para o esclarecimento do vasto e complexo campo da saúde, em que se insere a Arquitetura Hospitalar.

É preciso estabelecer novas práticas de assistência à saúde as quais ampliem as ações além das atividades terapêuticas tradicionais. Para isso, é importante transferir o foco do atendimento, hoje na doença, para o indivíduo, dentro de uma visão salutogênica, ampliando o raio de utilização do espaço hospitalar pelo paciente, cujo ponto central é o leito (Fig. 3 a 5).

¹¹ Aporia – embaraço, incerteza em uma discussão ou pesquisa. Fil. em Aristóteles, problema lógico, contradição, paradoxo nascido da existência de raciocínios igualmente coerentes e plausíveis que alcançam conclusões contrárias. (Houaiss, 2001).

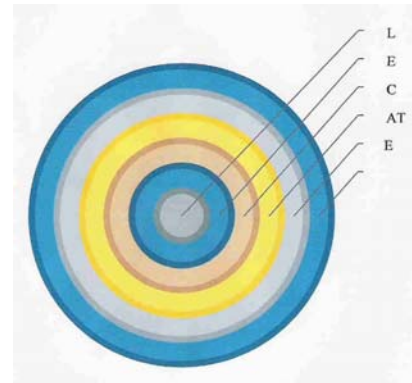
NECESSIDADES DOS PACIENTES:

FIGURA 3 - RELAÇÕES INTERPESSOAIS



P – Paciente
A – Acompanhante
C – Cuidadores
AD – Administração
V - Visitantes

FIGURA 4 - ESPAÇOS BÁSICOS DO PACIENTE INTERNADO.



L – Leito
E – Enfermaria
C – Circulação
AT – Ambientes de terapias
E – Exterior

FONTE: Elaborado pela autora.

FIGURA 5 - LUGARES ALTERNATIVOS AO LEITO.



FONTE: Elaborado pela autora.

NOTA: * Passeios programados para cinemas, parques, teatros.

Com enfoque na interseção entre saúde e meio ambiente, Dubos (*apud* Ávila-Pires, 2000:187) alerta para o excesso de cuidados com diagnóstico e patogênese das doenças, em detrimento do controle do ambiente exterior, que a Medicina negligencia, apesar de já ter sido provado ser o seu recurso mais poderoso.

Essa inserção do ser humano no debate ambiental é importante para que se estabeleça uma troca de conhecimentos que garantam dois direitos fundamentais: a saúde (art. 196-CF/1988) e o meio ambiente saudável (art. 225-CF/1988). Não são frequentes políticas que tenham o alcance de fazer a interseção necessária entre estes saberes.

Para a composição do edifício de EAS, o enfoque ambiental torna-se relevante, visto que se busca criar ambientes onde usuários, pacientes e corpo clínico possam desenvolver atividades voltadas para a convivência e a humanização, as quais favoreçam a saúde integral. Com isso, tanto o espaço construído interno quanto o externo devem permitir o contato com a natureza, principal ponto de referência do ser humano.

Vale considerar o conceito de Hundertwasser, em que o homem teria cinco peles: epiderme, roupa, casa, identidade e natureza (Restany, 2002). Essa visão representa a necessidade de integração do homem com todas as dimensões dos seus invólucros de forma harmoniosa e feliz.

Se essa proposta é válida, pode-se refletir que o paciente, quando interno, é obrigado a abrir mão de várias de suas dimensões ou cinco peles: tem sua **epiderme** e corpo disponíveis aos procedimentos clínicos, usa **roupas** do hospital, está fora de sua **casa** e em ambiente estranho, tem sua **identidade** comprometida pelo afastamento de suas atividades, sua família e sua comunidade e geralmente perde a mobilidade, o contato com a **natureza** e a noção do tempo.

Essa situação de vulnerabilidade em que se encontra o paciente, semelhante à de um estrangeiro, conforme evocado na seção 1.1 deste trabalho, demanda uma abordagem transdisciplinar, além dos procedimentos tradicionais, caso se queira amenizar o sofrimento, facilitar a restituição do bem-estar e proporcionar um atendimento condizente com o princípio da integralidade.

A Arquitetura tem papel decisivo nessa tarefa, mas a maioria dos edifícios de assistência à saúde ainda são planejados, projetados e construídos, a partir de demandas por espaços para equipamentos médico-hospitalares e de procedimentos médicos que focam as doenças dos indivíduos, isto é, há hegemonia de tecnologias duras e leve-

duras. As tecnologias leves, relacionadas ao acolhimento e ao bem-estar, embora sejam tão relevantes quanto as anteriores para o processo terapêutico, são comumente consideradas supérfluas à concepção do ambiente hospitalar.

O HumanizaSUS tem articulado vários níveis de atenção à saúde no país, com a tarefa de produzir debates e promover ações para saúde e cidadania. Espera-se, com isso, mudar a cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho.

Um dos grandes entraves são os vícios da gestão arcaica, que dificultam a convivência e o diálogo necessários às práticas de humanização, impedindo a aproximação e o comprometimento entre os diversos atores necessários à renovação e evolução da assistência.

Problemas de gestão em saúde têm como principais conseqüências desvios no que deveria ser o foco da sua atenção. Os serviços de saúde, pela riqueza de suas relações, exigem cautela, para que não se desvie da premissa de que “o propósito do planejamento em saúde é a saúde” (Malik: 2003).

Tal propósito, segundo Hsiao¹² (*apud* Mendes, 2001:18), é traduzido em três: “proporcionar um ótimo nível de saúde, distribuído eqüitativamente; prover um grau adequado de proteção em relação aos riscos de adoecer, para todos, e satisfazer as expectativas de todos os cidadãos”. Há dificuldade em alcançar esses propósitos, e é possível que apareçam problemas decisoriais graves, pelas características dos serviços de saúde, que envolvem o conjunto dos cidadãos por toda a vida e lidam com o corpo humano, a um tempo seu sujeito e objeto.

É claro que, para vislumbrar a possibilidade de cumprir esses propósitos, teremos que trabalhar no campo da utopia¹³, compreendendo-a como instrumento do planejamento. A proposta de Bartholo Jr. e Burstyn (2001:184) é de que o redesenho da utopia é necessário, devendo ser buscados modelos de renovação, em que a ética destina-se à ordenação e à regulação do poder de agir, mesmo sob as ameaças do poder científico-tecnológico, fazendo valer o princípio da responsabilidade sob o mandamento de “que exista humanidade”.

Nesse sentido, o SUS tem procurado resgatar a humanidade como valor, através de vários programas. No entanto é necessário “acelerar a evolução científica no campo da saúde, renovar critérios, mudar estruturas e técnicas operacionais, racionalizar a

¹² HSIAO, W. *What should macroeconomists know about health care policy? a primer*. International Monetary Fund, IMF Working Paper n.º 0/136, 2000.

¹³ Qualquer descrição imaginativa de uma sociedade ideal, fundamentada em leis justas e em instituições político-econômicas verdadeiramente comprometidas com o bem estar da coletividade. (Houaiss, 2001)

utilização de recursos, melhorar as condições de saúde coletiva e do ambiente”, como imperativos indeclináveis de uma moderna estratégia social (Dias, 2004:279).

2.2 A ARQUITETURA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Atualmente, existem movimentos que indicam uma tendência de que o espaço de EAS possa ser gerido, de forma participativa, por todos os profissionais da saúde, como maneira de aperfeiçoamento da qualidade, de modo a incorporar ao planejamento percepções mais completas das práticas assistenciais.

Cabe, portanto, refletir sobre o perfil do EAS contemporâneo e do EAS ideal. Sabe-se que tanto a gestão quanto as tipologias de EAS padronizadas são indesejáveis, se não atendem às necessidades socioculturais de seus usuários. A reflexão, então, recai sobre a essência do serviço de atenção à saúde, como acolhedor das vivências dos enfermos, para além de suas limitações físicas ou biológicas.

É preciso corrigir as reduções cometidas nos hospitais destinados a tratar apenas o corpo biológico. “Ainda que nos hospitais prime uma ênfase nos processos curativos que operam sobre o corpo (biológico), eles mantêm sua condição de produto social, e de espaço de trocas intersubjetivas, que acontecem sobre os corpos, nos corpos e além dos corpos biológicos” (Campos, 2006:1).

Se é necessário mudar as práticas de saúde, para que sejam obedecidos os princípios do SUS, os espaços dos EAS deverão acompanhar essas mudanças.

Isso significa que a regulação e a normatização da Arquitetura de EAS feita pela ANVISA precisa extrapolar a visão sanitária e de vigilância e ampliar seu foco para além do controle de risco, a exemplo do que ocorre com a RDC-50, seu principal instrumento normativo.

A RDC-50 parece não ter o necessário conteúdo que oriente os gestores para o planejamento, a programação, a elaboração e a avaliação de projetos físicos, de modo que atendam aos princípios do SUS, o que se pretende demonstrar especialmente no capítulo 6 deste estudo. Essa regulamentação é relativamente recente, sendo a construção da rede hospitalar brasileira anterior a ela.

Pode-se constatar que a maioria dos serviços públicos de saúde brasileiros possui estrutura física obsoleta e modelos antigos de gestão e atendimento terapêutico, em que

o foco da atenção ainda é o risco ou a doença. Tal situação produz, via de regra, confinamento e degradação da qualidade de vida dos usuários, pacientes e profissionais de saúde.

Nesse contexto, a Arquitetura Hospitalar precisa evoluir *pari passu* com as tendências do sistema e transformar-se em Arquitetura de Atenção à Saúde, cujo objeto deve ser ampliado, visando à integralidade dos sujeitos e ao acolhimento espacial das relações que se estabelecem nos serviços de saúde.

2.3 AS PRIMEIRAS RECOMENDAÇÕES PARA PROJETOS HOSPITALARES.

Um dos célebres conjuntos de recomendações para projetos hospitalares foi elaborado por uma comissão da Academia de Ciências de Paris, em que participavam Lavoisier, Laplace e Tennon, entre outros, os quais estabeleceram diretrizes que nortearam, por mais de um século, a construção hospitalar (Góes, 2004:10).

Essas recomendações foram feitas em resposta a um projeto de hospital, com 5000 leitos, o qual substituiria o Hôtel-Dieu em Paris, que possuía 1700 leitos, quando incendiado em 1772. As recomendações foram as seguintes:

1. O número de leitos nunca excederia 1.200;
2. Reduzir-se-ia o número de leitos por enfermaria;
3. Haveria maior isolamento entre as enfermarias;
4. Não haveria salas contínuas;
5. As salas seriam dispostas, de modo a permitir a circulação do ar com abertura de todos os lados; os pavilhões ficariam em ordem paralela;
6. As fachadas seriam uma ao norte e outra ao sul;
7. Seria construído um só pavilhão destinado aos enfermos ou dois pavilhões em caso de escassez de terrenos;
8. Haveria permissão para três andares em certos casos, os mais elevados para os empregados, o térreo e o intermediário para os enfermos;
9. Seriam implantados e tratados jardins entre os pavilhões.

O teor dessas recomendações tem um caráter sanitário e, ao mesmo tempo, humanitário, se é que se pode estabelecer tal separação. Quando se fala “humanitário”, o

objetivo é que se observe que ali estão inseridos critérios que extrapolam o cuidado com a contaminação e proporcionam o bem-estar do indivíduo.

Primeiramente, o que pode chamar a atenção é a questão de se estabelecer limites, que, no caso, diminuindo-se a quantidade, privilegiam a qualidade do ambiente hospitalar, numa clara acepção de que as relações humanas estão sendo privilegiadas.

Na listagem, foi garantido o contato com o ar, a luz e os jardins, o que determinou uma necessária ligação com o espaço externo e com os elementos naturais.

Os limites de altura, que tanto condicionam a mobilidade do homem, foram impostos, de forma cuidadosa, priorizando os enfermos.

Por fim, há uma flexibilização condicionada a critérios que podem, em certos casos, servir para viabilizar uma tolerância, também claramente limitada. Como exemplo, observem-se os itens 7 e 8, com a especificação sobre o número de pavilhões ou de andares que podem ser acrescentados. No entanto, com apenas uma unidade a mais em cada caso, que, mesmo significando o dobro, estabelecia um limite.

Em poucas linhas, foram listados os pontos mais relevantes de uma construção hospitalar, numa demonstração de conhecimento essencial das necessidades espaciais humanas.

Exemplares de hospitais desse período permanecem, até hoje, com características de uma boa arquitetura. Alguns continuam com o uso dedicado à atenção à saúde e constituem-se patrimônios históricos e culturais reconhecidos, constando inclusive de roteiros turísticos de cidades.

Um deles é o Hospital de Santa Creu e Sant Pau, em Barcelona, projetado pelo arquiteto Domènech i Montaner, um dos representantes do Movimento Catalão, com a colaboração de Antonio Gaudí. Caracteriza-se pelo acesso através de um grande adro, com bela fachada. Logo à esquerda da entrada, em um *hall* circular, a acolhida aos visitantes é feita em uma grande sala de estar. Estes podem ter alguém hospitalizado ou não, e seu acesso é livre. Após o *hall*, existe um formoso jardim, circundado de passeios que dão acesso aos diversos blocos. Nele, somente carros de serviços internos circulam, e, não fossem eles, não se teria a sensação de que ali era um hospital, mas uma vila, em que qualquer pessoa sentiria prazer de estar (Fig. 6 a 14).

FIGURA 6 - FACHADA DO HOSPITAL SANTA CREU E SAN PAUL EM BARCELONA



FIGURA 7 - ACESSO PRINCIPAL LIVRE



FIGURA 8 - ACESSO LATERAL DE AMBULÂNCIAS



FIGURA 9 - HALL DE ACESSO



FIGURA 10 - SALA DE ESPERA



FIGURA 11 - RUA INTERNA COM JARDINS



FIGURA 12 - AVENIDA LATERAL.



FIGURA 13 - PLANTA DE SITUAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS



FIGURA 14 - PLANTA EM PERSPECTIVA DE FÁCIL VISUALIZAÇÃO



FONTE: Pesquisa *in loco*.

Outros hospitais foram desativados por causa do desenvolvimento de novas tecnologias e necessidades de infra-estrutura especiais para atendimento à complexidade de serviços hospitalares, não obstante os prédios abriguem hoje serviços públicos de grande relevância. Por exemplo, a Reitoria da Universidade de Granada e a Escola Massana em Barcelona.

A Universidade de Granada destaca-se pelo seu parque frontal e por seu edifício, ambos de beleza monumental. Nele, funcionam, além da Reitoria, a biblioteca e o museu. O edifício possui vários pátios internos. O local das enfermarias, o qual funcionava no térreo e tem aberturas para os pátios, é hoje uma grande galeria de exposições (Fig. 15 a 21).

FIGURA 15 - FACHADA DO ANTIGO HOSPITAL DE GRANADA



Nota: A grande praça em frente ao edifício mostra a importância da integração com o espaço público exterior e sua qualidade.

FIGURA 16 - A INFLUÊNCIA MOURISCA E AS FONTES NOS PÁTIOS



FONTE: Pesquisa *in loco*.

FIGURA 18 - CARACTERÍSTICAS DE UMA ENFERMARIA ANTIGA, HOJE SALA DE EXPOSIÇÕES



FIGURA 19 - JANELAS DAS CIRCULAÇÕES



FIGURA 20 - DETALHE DAS PORTAS EXTERNAS



FIGURA 21 - VISTA INTERNA DA TORRE



NOTA: Pesquisa *in loco*.

A Escola Massana (antigo hospital Santa Creu), em Barcelona, abriga uma grande escola técnica de artes. Os pátios internos separam duas alas. Uma delas, na época em que funcionava o hospital, era destinada aos indigentes, a outra, às pessoas de posse. Do lado dos ricos, ainda é possível ver paredes cobertas com delicadas cerâmicas

decoradas. Um fato curioso¹⁴ é que, neste hospital, um grande artista catalão, Gaudí, que fora atropelado e recolhido como indigente, morreu no lado dos pobres. No entanto, sua morte foi registrada como tendo ocorrido no dos ricos (Ver figuras 22-25).

FIGURA 22 - FACHADAS INTERNAS



FIGURA 23 – VISÃO DO CAMPANÁRIO



FIGURA 24 - VISTA INTERNA DO PÁTIO, COM PLANTIO DE LARANJEIRAS



FIGURA 25 - A FAIXA CERÂMICA INDICA O LOCAL DE UM LEITO DA ALA DOS RICOS DO ANTIGO HOSPITAL





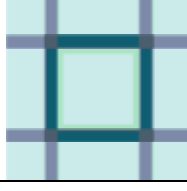

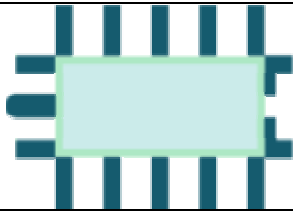
NOTA: Pesquisa *in loco*.




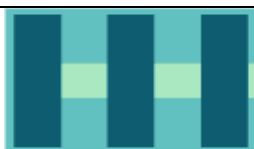
¹⁴ Fato contado à autora, em visita ao local, pelo professor Chavarria, em outubro de 2005.

2.4 TIPOLOGIA DOS EDIFÍCIOS HOSPITALARES

Como herança da evolução dos edifícios hospitalares, temos hoje um grande acervo arquitetônico formado por milhares de hospitais no mundo, cujas características, apesar de variarem, podem ser enquadradas nos seguintes tipos (PAPHE, 2006):

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS DAS TIPOLOGIAS HOSPITALARES

TIPO	CARACTERÍSTICAS GERAIS
SALA 	Hospitais-igrejas agregavam geralmente uma ou mais salas retangulares, dispostas perpendicularmente aos edifícios religiosos, caracterizadas por magnífica arquitetura. O imenso salão, às vezes, era dotado de um altar em um dos lados, de modo que os pacientes assistissem aos serviços religiosos a partir de seus leitos.
CASA 	A casa-hospital ou casa de hospitalidade reúne qualidades de acolhimento. Geralmente instaladas nos centros das cidades, ocupavam, às vezes, um quarteirão inteiro (pequena ilha), com um grande edifício em torno de um pátio central.
CLÁSSICO (XADREZ) 	Por justaposição de ambientes iguais em torno de uma capela, o hospital convencional adotou nova forma com as seguintes características: presença de pátio, prédios em forma de cruz, simetria e ortogonalidade. A forma usual, no entanto, pode variar: um simples quadrado ou um pátio oblongo, asas ao final da cruz, capela ao centro, tabuleiro com muitos pátios internos, com muitas variações possíveis.
PALÁCIO 	Freqüentemente financiado por patronos ricos ou filantropos, o hospital palácio, pela referência de “palácio social”, pode ser um pequeno castelo ou a casa de uma pessoa rica. É, em geral, um edifício de aspecto acolhedor, com ou sem asas invertidas. Acompanhados de jardins e pequenos edifícios que complementam a composição, é construído freqüentemente na periferia das cidades.
FILEIRA 	Neste modelo, os espaços comuns eram sobrepostos, formando pavilhões conectados por uma galeria. O último geralmente cerca um pátio central e forma uma ligação ente todos os edifícios, dispostos perpendicular ou paralelamente. Esta forma é o resultado direto de medidas de higiene, de desejo de boa ventilação e de divisão de patologias. O hospital é usualmente organizado simetricamente em relação à entrada-capela central.

TIPO	CARACTERÍSTICAS GERAIS
PAVILHONAR 	<p>O hospital tipo pavilhão é influência direta do tipo em fileira (<i>rack-like</i>), buscando a separação de patologias e a prevenção dos efeitos de contágio. O complexo hospitalar, que é descrito como fragmentado, consiste em pavilhões completamente separados. O movimento entre os pavilhões é possível por galerias subterrâneas, permitindo fluxos de serviços técnicos. A composição de jardins é tão importante quanto os edifícios e contribui com os cuidados de saúde.</p>
HOSPITAL UNIDADE SOLTEIRA 	<p>O hospital é concentrado em um único edifício, caracterizado por superposição de pavilhões e serviços. O fluxo converge para um único pólo vertical. O sistema facilita o movimento de equipes e reduz as distâncias percorridas, bem como permite boa iluminação e aeração nos quartos e áreas comuns pela orientação apropriada e elevação dos edifícios.</p>
BASE E TORRE 	<p>Baseado no modelo de unidade-solteira ou singular, este tipo cria um novo modo de separação de atividades. A área técnica (as salas de cirurgia, de diagnóstico e de tratamento) está concentrada na base do hospital, na plataforma, enquanto as alas de internação são dispostas na torre. As técnicas arquitetônicas possibilitaram construir níveis cada vez mais altos.</p>
POLIBLOCO OU UNIDADES MÚLTIPLAS 	<p>Os blocos de internação constituídos, a partir de então, por ambientes menores (de 1 a 6 leitos) estão presentes na maioria. O hospital é organizado em torno de uma rua interna que conecta vários centros médicos. Essa concentração horizontal cria uma implantação densa, compacta, homogênea e aberta para a cidade. O hospital horizontal ou hospital-rua corresponde ao desejo de um hospital humanizado, pela integração com o sítio e pela certeza de estar física e cientificamente aberto ao entorno e à cidade.</p>

FONTE: PAPHE (2006)

NOTA: Tradução livre da autora.

Podem-se encontrar, no Brasil, exemplares de todas as tipologias apresentadas no quadro acima. A Arquitetura Hospitalar brasileira absorveu, ao longo da sua história, influências não só dos modelos e políticas de assistência à saúde europeus e americanos, mas também das tecnologias de equipamentos e sistemas construtivos. Tais influências repercutem, muitas vezes, de modo negativo na qualidade do atendimento, pois as soluções adotadas podem não ser adequadas às condições climáticas, sociais e culturais do povo brasileiro.

2.5 A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA NO BRASIL: ORIGEM, ASSISTÊNCIA E TIPOLOGIAS

No Brasil, a construção dos primeiros EAS se deram por iniciativa da Santa Casa de Misericórdia de Portugal. A função principal das Santas Casas era a prática de obras de caridade, dividindo-se entre tratamento dos doentes, auxílio aos presos, socorro aos necessitados e amparo aos órfãos.

Curiosamente, essas atividades eram feitas não somente para o atendimento à saúde *stricto sensu*, estando, portanto, mais próximas do que hoje procuramos resgatar para a integralidade. Essa multiplicidade de atendimentos era feita em ambientes muito diversificados, a depender das iniciativas caritativas e das tecnologias disponíveis em cada lugar. Para o atendimento, eram reservadas, por exemplo, palhoças indígenas ou casas de família, quando não era possível construir um edifício específico, de caráter assistencial.

O primeiro hospital foi construído, em Santos, por Brás Cubas, em 1543. Não há precisão nos registros das datas de fundações dos demais, mas se pode considerar que os seis primeiros foram construídos nas seguintes cidades: Santos, Vitória, Olinda, Ilhéus, Salvador e Rio de Janeiro.

Todos os hospitais seguiam o modelo da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, fundada, em 1498, por D. Leonor, viúva de D. João II, e obedeciam ao compromisso de Lisboa, fixado nas Ordenações de Portugal.

As casas de Misericórdia, nos moldes do que se fez praticar, na Europa, nos século XIV, foram um dos instrumentos de transferência de poder. A assistência aos pobres e aos enfermos, que, durante a Idade Média, cabia ao Clero, passa a ser atribuição “de todos os Cristãos – práxis assistencial com o objetivo de salvação eterna e individual” (Instituto de Hospitalidade, 2006). Ou seja, o que era entendido como uma prática de direito religioso tornou-se uma preocupação do poder secular, centralizando a assistência e, para alguns, acarretando enfraquecimento da influência da Igreja. Entretanto, no Brasil, religiosos jesuítas passaram a colaborar com a instituição em 1553, e muitos hospitais da Santa Casa estavam atrelados a ordens religiosas.

As Santas Casas dedicavam-se a atividades de caráter sociocaritativo, que abrangia a ajuda tanto material quanto espiritual aos mais pobres e doentes. As 14 Obras da Misericórdia, que formavam as bases dessas atividades, eram assim divididas:

- Obras Corporais: 1ª Dar de comer a quem tem fome; 2ª Dar de beber a quem tem sede; 3ª Vestir os nus; 4ª Dar pousada aos peregrinos; 5ª Assistir os enfermos; 6ª Visitar os presos; 7ª Enterrar os mortos.
- Obras Espirituais: 1ª Dar bons conselhos; 2ª Ensinar os ignorantes 3ª Corrigir os que erram; 4ª Consolar os tristes; 5ª Perdoar as injúrias; 6ª Sofrer com paciência as fraquezas do nosso próximo; 7ª Rogar a Deus por vivos e defuntos (Jornal da Praia, 1999).

A importância das atividades de assistência social da Santa Casa era tamanha, que, por muito tempo, assumiu responsabilidades que caberiam à Coroa ou à Câmara Municipal. Seus membros formavam a elite da sociedade, e seus cargos executivos eram disputados pelo prestígio que traziam aos ocupantes (Teixeira, 2006).

Os serviços prestados pela Santa Casa eram muito diversificados: serviços hospitalares a que qualquer pessoa tinha acesso; serviços funerários; atendimento a presos, injustiçados, desde alimentação ao vestuário; visitas regulares a pobres, viúvas, velhos e indigentes, incluindo distribuição de esmolas; acolhimento de enjeitados pela Roda dos Expostos¹⁵; recolhimento de jovens órfãs, educação e dote para casamento às merecedoras; distribuição de medicamentos.

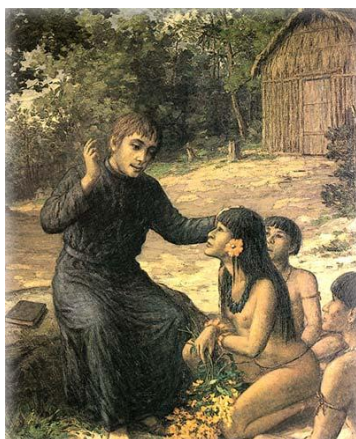
Os serviços sociais da Misericórdia eram garantidos por recursos privados. Eram inúmeras as formas de angariar fundos para as suas obras. Além dos pagamentos de serviços por quem podia e das contribuições regulares dos associados, obtinha a maior parte de sua renda de legados, de forma direta ou sob certas condições, ditadas pelo doador, que geralmente se referia à salvação de sua alma. Assim, era comum se fazer legados condicionados à obrigação de a Misericórdia celebrar um determinado número de missas.

Com o patrimônio imobiliário dos legados, as Santas Casas também investiam em terras e imóveis na cidade, administrando aluguéis. Com as rendas herdadas, obtinham lucros financeiros pelo empréstimo de dinheiro.

¹⁵ Este engenho consistia em um dispositivo giratório, instalado no muro da Misericórdia, o qual permitia que crianças enjeitadas fossem entregues à ordem religiosa, sem que o anonimato do depositante fosse ameaçado (Instituto de Hospitalidade, 2006:3).

Em 1985, existiam, cadastradas no Brasil, 455 Santas Casas, em praticamente todos os Estados (Brener, 2006), porém nem todas possuíam hospitais. Antes da construção dos quase 300 hospitais da Santa Casa no Brasil, precederam-se inúmeras formas de implantação de serviços de saúde, como os primeiros prestados pelo Padre Anchieta, chegado ao Brasil na Esquadra do 2º Governador Geral, D. Duarte da Costa, em 1553, e fundador da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Tais serviços eram realizados em uma palhoça (Fig. 26), assim descrita por ele:

FIGURA 26 - JOSÉ DE ANCHIETA E OS ÍNDIOS



FONTE: Brener, 2006.

Desde janeiro até o presente, estivemos às vezes mais de 20 em uma casa pobrezinha feita de barro e paus e coberta de palha, de 14 passos de comprimento e 10 de largura, que é no mesmo tempo escola, enfermaria, dormitório, refeitório, cozinha e despensa... Esta casa, construíram-na os próprios índios para nosso uso, mas agora preparamo-nos para fazer outra um pouco maior, de que nós seremos operários com o suor do nosso rosto e o auxílio dos índios (Brener, 2006).

Não havia uniformidade na distribuição dos hospitais da Santa Casa no território brasileiro. Somente as cidades que dispunham de benfeitores abastados eram contempladas com sua implantação. No entanto, ao que parece, não havia critérios para sua construção, pois podiam se instalar em casas doadas e adaptadas para as obras sociocaritativas, que, com o tempo, eram ampliadas ou transferidas para prédios novos e construídos para tal fim (Fig. 27 a 29).

FIGURA 27 - RUA DA GLÓRIA



FONTE: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2006).

NOTA: A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo esteve alojada na Rua da Glória até a inauguração do Hospital do Arouche.

FIGURA 28 - CHÁCARA DOS INGLESES



FONTE: Ibidem.

NOTA: Utilizada pela Santa Casa de São Paulo.

FIGURA 29 - PROJETO DO HOSPITAL CENTRAL



FONTE: Ibidem.

NOTA: Em artigo escrito em 1910, Oliveira Fausto aponta esta fachada como sendo a do projeto original de Luiz Pucci para o prédio do Arouche (mas foi modificado).

Às vezes, o Hospital era criado oficialmente, como é o caso do Hospital de Passos, em Minas Gerais, a 16 de outubro de 1861, mas só seria inaugurado tempos depois, no caso referido, em abril de 1865, em uma casa doada e equipada por um benfeitor. Ou seja, só depois da epidemia que assolou a cidade entre 1859 e 1862, mesmo a Câmara tendo decretado “estado de calamidade pública” em 1861 (Grilo, 2006).

Durante os quase quatro anos que passaram desde a criação oficial do hospital até sua implantação, a população atingida pela varíola, geralmente pobre, foi transferida, à força, para “um galpão isolado, fora da cidade, para abrigar os doentes e ministrar-lhes tratamento. Pelos senhores da iniciativa foi chamado de ‘casa de caridade’, pelos doentes e pela população pobre em geral prevaleceu o apelido que dizia tudo - ‘curral das bexigas’” (Grilo, 2006).

No Brasil Colônia, não havia médicos. Isso se deu, porque, apesar de o “Conselho Ultramarino, organismo do Estado português que controlava as colônias, ter criado ainda no século XVI os cargos de físico-mor e cirurgião-mor, que deveriam ser os responsáveis pela saúde no Brasil, a vida difícil nos trópicos não entusiasmou os

médicos lusitanos e os dois cargos permaneceram desocupados por muito tempo” (Brener, 2006).

Por esse motivo, as Santas Casas respondiam por todo o atendimento de saúde com os recursos humanos de que dispunham e nem sempre usavam os métodos mais adequados para garantir a saúde da população, a exemplo das defumações que faziam nas casas dos enfermos de bexiga na cidade de Passos, procedimento que não era usado desde a Idade Média (Grilo, 2006).

Em 1746, o Brasil contava apenas com seis médicos, formados na Europa. As consultas com médicos e boticários eram caras, portanto foram se popularizando os remédios indígenas e africanos (Brener, 2006).

Somente a partir de 1808, foram criados os cursos de Medicina no Rio de Janeiro e em Salvador, quando o Brasil tornava-se a sede provisória do Império Português e recebia uma Corte de dez mil pessoas. D. João VI tomou providências também para implantar, no Rio de Janeiro, as instituições necessárias ao funcionamento do Governo, com modificações profundas no atendimento de saúde (*Idem*). A Santa Casa do Rio de Janeiro é um dos testemunhos do apogeu que a cidade viveu, pela riqueza das suas instalações ((Fig. 30 a 36).

FIGURA 30 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO



FONTE: Brener, 2006

DETALHES CONSTRUTIVOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO

FIGURA 31 - CÚPULA



FIGURA 32 - AUDITÓRIO



FIGURA 33 - SALA DE MESA E JUNTA



FIGURA 34 - DETALHE DO FORRO



FIGURA 35 - SAGUÃO



FIGURA 36 - FARMÁCIA



FONTE: Brener, 2006

Com o Brasil independente, o Rio de Janeiro alojava, desde 1828, a Inspeção de Saúde dos Portos. Os barcos com passageiros suspeitos eram levados, para quarentena, a uma ilha na Baía da Guanabara. Em 1829, nascia a Imperial Academia de Medicina, órgão consultivo do Imperador Pedro I, logo seguida pela Junta de Saúde

Pública. Eram as primeiras instituições destinadas a pensar a Saúde Pública no país e a aplicar soluções coletivas (*Idem*).

A Santa Casa de Misericórdia foi implantada no Brasil, de norte a sul, desde a época da colonização, usando várias tipologias, como as que vemos nas figuras 37 a 40.

FIGURA 37 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RECIFE



FIGURA 38 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE



FIGURA 39 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BANANAL-MG



FIGURA 40 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS-MG



O acervo histórico e artístico da instituição é considerável, a ponto de algumas Santas Casas organizarem museus, a exemplo da de Salvador (Fig.41), que abriu ao público o Museu da Misericórdia, um palácio renascentista concluído em 1697, que tem exposição permanente com obras do século XVII ao XX, entre pinturas, esculturas, mobiliário, alfaías e imaginária (SALVADOR, 2006).

FIGURA 41 - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SALVADOR



FONTE: SALVADOR (2006)

Este acervo representa todo o poder que envolve as relações das atividades caritativas, tendo como tema e foco a saúde, garantida pela assistência e pelo controle das populações de baixa renda. Em torno dessas relações, havia, sem dúvida, interesses pessoais, que variavam: reconhecimento de *status* social, salvação da alma, segurança de patrimônio e até mecanismos escusos de apropriação indevida de bens.

Por outro lado, grandes escolas de serviços de saúde utilizaram esta avantajada estrutura, por onde passou, ao longo dos séculos, grande parte dos profissionais de saúde brasileiros (Fig. 42). Ademais, o patrimônio arquitetônico da Santa Casa de Misericórdia pode ser considerado a maior contribuição à Arquitetura Hospitalar do Brasil. Durante quatro séculos, foi a força motriz na construção de equipamentos de assistência à saúde.

FIGURA 42 - ENFERMARIA DA SANTA CASA DO RIO GRANDE DO SUL EM 1940

3. AS POLÍTICAS EM SAÚDE PÚBLICA, AS NORMAS E A (FALTA DE) CIDADANIA

Este capítulo tem o intuito de discorrer sobre alguns conceitos que são tratados pelos estudiosos da saúde pública. Mais precisamente, abordá-los, de modo que possam constituir uma tessitura, algo capaz de ajudar o entendimento de como a evolução desse debate se relaciona com a análise e a crítica do sistema normativo, partindo dos conceitos gerais aos mais específicos.

Os conceitos aqui tratados, longe de apresentar a completude necessária à complexidade das questões que envolvem as políticas de saúde e sua normatização, são apenas fios condutores necessários a este estudo, que se pretende inserir no “labirinto”, modo como Campos (2003) designa o campo da saúde.

Pretende-se criar um pequeno arcabouço para as seguintes questões: qual é a origem das normas, por que são instituídas, como fazê-las instrumento do ordenamento necessário ao bem-estar dos cidadãos, por quem são feitas e como ampliá-las e aperfeiçoá-las a serviço do interesse público, mais especificamente, do usuário de serviços de saúde?

Resgatam-se alguns conceitos de filósofos gregos, para que seja possível exemplificar que o pensamento crítico a respeito da assistência à saúde vem percorrendo a história de forma constante. Outros, de autores contemporâneos, procuram viabilizar o aperfeiçoamento da assistência à saúde de forma humana e justa.

Esses conceitos perpassam a questão da importância das leis, da necessidade de políticas públicas equânimes e justas, da representatividade das instituições e das principais características do sistema de saúde brasileiro.

Neste caminho, procurar-se-á, principalmente, entremear o campo da saúde e o da política, apenas para o esclarecimento necessário ao desenvolvimento do texto, tendo em vista uma posterior inserção do campo arquitetônico na análise proposta.

3.1 A IMPORTÂNCIA DAS NORMAS E DA CIDADANIA

Inicie-se por estabelecer que, neste estudo, entende-se por política pública o conjunto de princípios que organizam e norteiam as ações do Estado, tendo como base

uma orientação ou método político, através de medidas para obtenção de um determinado fim, que, no presente caso, é a saúde, considerada como bem público ou bem comum.

Para efeito da organização dessas ações, tais medidas precisam ser normatizadas, tornando-se instrumentos das políticas públicas em saúde. Deve-se garantir dinamicidade ao processo de normatização institucional, para que as normas possam ser consideradas legítimas e representativas das necessidades de saúde da população, nos contextos históricos e sociais.

“É notória a preocupação dos Governos em disciplinar, através de normas jurídicas próprias, lastreadas em conhecimentos científicos atuais, as ações respeitantes à saúde que exijam certo comportamento” (Dias, 2002:17).

Por norma, entende-se “aquilo que regula procedimentos ou atos; regra, princípio, padrão” (Houaiss, 2001). As normas devem representar o desempenho usual, ou seja, o costume de um dado grupo. Para isso, devem ser mantidas sob avaliação constante do grupo, como um conjunto dos preceitos estabelecidos na seleção do que deve ou não ser usado. As normas são consuetudinárias, quando baseadas nos costumes, passando a ser norma jurídica ou legal, quando são escritas e transformadas em lei.

Para Platão, as leis escritas eram importantes pelo seu conteúdo educativo: “o espírito de uma lei deve envolver a alma do cidadão como verdadeiro *ethos*, isto é, deve fazer com que o respeito seja dado em função do papel que a lei cumpre no aprimoramento da coesão social e não em função do temor com relação às punições que prescreve” (Oliveira, 2006:1).

No entanto, as leis escritas não garantem a compreensão desse espírito, do seu valor ético, podendo estar longe de ser apreendido pelo cidadão comum, o que não tem acesso à formação adequada, para perceber melhor os direitos e deveres da cidadania. Por outro lado, os que têm contato com o mundo das leis, do sistema normativo ou do ordenamento jurídico podem – e é comum acontecer – criar formas de dominação e obtenção de benefícios particulares, em detrimento da sociedade.

DaMatta (1997:65) considera que o “conceito de cidadania implica, de um lado, a idéia fundamental de indivíduo (e a ideologia do individualismo), e, de outro, regras universais (um sistema de leis que vale para todos em todo e qualquer espaço social)”. E ainda, que “o papel social de indivíduo (e de cidadão) é uma identidade social e de caráter nivelador e igualitário. Essa seria sua característica ideal e normativa, de modo

que, como cidadão, eu só clamo direitos iguais aos de todos os outros ‘homens’” (*Ibidem*:69).

Acontece que o Brasil tem sido historicamente palco de leis particulares ou privilégios, típicos da colonização ibérica, os quais davam à nobreza direito a normas especiais, prática que ainda hoje se perpetua e impede a sedimentação de uma sociedade de credo igualitário, que tem o cidadão como unidade social básica.

Por outro lado, DaMatta (*Ibidem*:24) define que a sociedade brasileira é relacional, ou seja, as relações é que são importantes nos processos sociais. Possui dois códigos sociais complementares: o código da casa, dos microprocessos e da tradição – fundado na família, na amizade, na lealdade, na pessoa e no compadrio –, e o código da rua ou dos macroprocessos, da modernidade – baseado em leis universais, em uma burocracia antiga e em um absurdo formalismo jurídico-legal.

Assim, em casa ou na vida privada, os brasileiros são todos supercidadãos: exigem atenção para a própria presença e opinião, lugar determinado na hierarquia familiar e espaço como direito inalienável e perpétuo. Na rua ou na vida pública, são subcidadãos, o que torna negativo seu comportamento em relação à coisa pública, sob o argumento de que tudo que fica fora de nossa casa é um problema do Governo, e a vergonha da desordem é do Estado (*Ibidem*:20).

O cidadão brasileiro é, portanto, o sujeito das leis impessoais, que freqüentemente o tornam um igual para baixo. Está inserido em um sistema social cujo conjunto legal não parte da prática social, mas é feito visando justamente a corrigi-la, ou até a instaurar novos hábitos sociais.

Com a ausência da participação cidadã na instituição de políticas e em sua normatização, as leis são feitas a sua revelia, como se usa dizer no Brasil, de cima para baixo. Elaboradas por tecnocratas que se revezam na estrutura de poder decidindo as prioridades das políticas públicas.

Como consequência, tem-se um sistema social “que relaciona de modo intrigante a igualdade superficial e dada em códigos jurídicos de inspiração externa e geralmente divorciados da nossa prática social; com um esqueleto hierárquico, recusando-se a tomar um desses códigos como exclusivo e dominante, e preferindo sempre a relação entre os dois” (DaMatta, 1997:50).

Isso pode significar, por exemplo, que o acesso aos serviços públicos, tais como os hospitalares, sob o pretexto da escassez de recursos, garante-se, muitas vezes, não

pelos trâmites normais do SUS, por onde poderia se dar a prática cidadã do cuidado à saúde, mas, por meio de favores políticos ou relações pessoais.

Em pesquisa recente de Castro (2002:103), 70% dos entrevistados reconhecem a interferência por parte da administração pública municipal na agilização de internação para algum paciente ou na viabilização de algum encaminhamento, tornando-se fato cotidiano.

Essas ações mobilizam políticos, profissionais de saúde e familiares: “está em jogo um universo relacional em que a troca de favores não se limita a votos em período eleitoral, mas envolve uma série de favorecimentos das mais diferentes ordens” (*Idem*) e, na visão da maioria, “o conhecimento pessoal pode constituir para um determinado paciente a única possibilidade de acesso a determinado recurso em tempo hábil” (*Ibidem*:104).

Nos resultados da pesquisa, foram encontrados vários depoimentos de profissionais, como os seguintes:

“Quem tem maior recurso e influência, tem maior facilidade para conseguir vaga”;

“Nas transferências para unidades fechadas, é comum se ouvir ‘conheço alguém’ ou ‘tenho carta de um deputado’”;

“São recebidos pedidos de políticos, deputados e prefeitos de outros municípios para conseguir internação” (*Idem*).

Provavelmente, o fato de tantas pessoas se sentirem favorecidas ou em débito com alguém, pelos serviços que lhes são prestados, pode contribuir para que a qualidade desses serviços e seu ambiente físico não sejam questionados. O mau atendimento e a inadequação ou degradação do espaço público hospitalar são, na maioria das vezes, desconsiderados pelos usuários. Fora dos limites de sua casa e sob a condição desigual de serem favorecidos, não se percebem com direitos ou deveres. Acham que tudo que for oferecido para garantir o seu atendimento é bom. Daí o serviço de ouvidoria hospitalar não representar o papel de controle necessário à melhoria dos serviços.

Nesse contexto, cabe ainda considerar o conceito de Bobbio (1999:58), segundo o qual “norma significa imposição de obrigações (imperativo, comando, prescrição, etc.)”. Ele alerta: “onde há obrigação, (...) há poder”.

Assim, pode haver clara contradição no que é normatizado, caso essa obrigação represente interesses parciais, em detrimento do bem-estar social, pois, sendo as normas estabelecidas pelo Estado, “em que o ser humano se socializa plenamente através de um

pacto que instaura as regras e instituições de ordem política” (Houaiss, 2001), deveriam ser compatíveis com o ordenamento necessário ao comportamento dos indivíduos em relação igualitária.

3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Aristóteles (1999:18) considerava que o bem é o objeto da ciência política, que, por sua vez, determina quais as demais ciências a serem estudadas em uma cidade. Uma vez que a ciência política usa as ciências restantes e, mais ainda, legisla sobre o que se deve fazer e sobre aquilo de que se deve abster, sua finalidade inclui necessariamente a finalidade das outras, então, esta finalidade deve ser o bem do homem.

E, ainda que o objetivo seja o mesmo para um homem isoladamente e para uma cidade, a finalidade da cidade parece, de qualquer modo, algo maior e mais completo, quer para ser atingida, quer para perseguirmos; embora seja desejável atingir a finalidade apenas para um único homem, é mais nobilitante e mais divino atingi-la para uma nação ou para as cidades. Sendo este o objetivo desta investigação, ela é, de certo modo, o estudo da ciência política de Aristóteles (*Idem*).

Desde a Ágora, onde os cidadãos se reuniam, para discutir seus problemas, vem-se construindo uma história para a saúde como espaço público. Em “Ares, Águas e Lugares”, uma das primeiras formulações sobre o tema atribuída a Hipócrates, há descrição sobre quais seriam os cuidados necessários à investigação da saúde (*apud* Testa¹⁶, 2002:31):

Quem deseje estudar corretamente a ciência da medicina deverá proceder da seguinte maneira: primeiro, deverá considerar que efeito pode produzir cada estação do ano, posto que as estações não são todas iguais, diferindo tanto em si mesmas como em suas mudanças. O ponto seguinte se refere aos ventos quentes e aos frios, especialmente aos universais, mas também àqueles que são peculiares a cada região. Deverá considerar também as propriedades das águas, pois como estas diferem em sabor e peso, também as propriedades de cada uma diferem grandemente das de qualquer outra. Portanto, ao chegar a um povoado desconhecido, o médico deverá examinar a posição do mesmo com respeito aos ventos e ao movimento do sol, pois as posições norte, sul, leste e oeste têm, cada uma seu próprio caráter individual. Deverá considerar com maior cuidado todas estas coisas e, também, aonde os nativos têm que buscar água, se usam águas pantanosas, suaves ou duras e vêm de lugares altos e rochosos, ou são salobras e ásperas. Também, se o solo é plano e seco, ou boscoso e

¹⁶ As citações referentes a esta obra foram traduzidas livremente do espanhol para o português neste trabalho.

de águas abundantes. O modo de vida de seus habitantes, se gostam de beber e comem em excesso e se são inativos ou atléticos, industriosos e se alimentam-se bem, bebendo pouco.

Essa visão hipocrática, considerada a primeira sobre ciência médica, a qual Testa considera como nascendo de forma privilegiada, é bastante ampla. Pelas recomendações que são feitas, envolve hoje várias disciplinas: arquitetura, engenharia, geografia, sociologia, e não só as investigações restritas aos cuidados da Medicina. Porém, tem a saúde como foco comum a todas as recomendações.

Platão (Caponi, 2000:40) foi o primeiro a diferenciar uma Medicina empírica, que dispensa a argumentação, a persuasão e o diálogo, de uma Medicina sábia, em que há um diálogo simétrico entre os sujeitos: o enfermo e o médico. Já se preocupava com as desigualdades entre o atendimento médico prestado aos senhores e aos escravos. Suas observações nos fazem constatar que a iniquidade é tão antiga quanto a existência de classes e se perpetua, até nossos dias, com novas facetas.

Na história do cuidado médico, não só a questão da equidade, como também a da liberdade, é tratada por muitos autores, entre eles, Arendt e Foucault. Eles analisam e discutem sobre as formas pelas quais os indivíduos, em nome da segurança, do bem-estar e da assistência aos necessitados, perderam a liberdade.

Para eles, os saberes médicos e de assistência social constituem estratégias de poder e controle, de forma institucionalizada, baseada em padrões estabelecidos de acordo com necessidades nem sempre dos enfermos, e sim, para proteger as classes mais ricas dos perigos sanitários. “Para manipular aqueles sujeitos que fogem à categoria médico-jurídica de ‘normalidade’ e moldar sua vontade para fins precisos e socialmente eficazes, estes saberes sustentam-se em mecanismos coercivos, porém socialmente admitidos” (*apud* Caponi, 2000:43).

Assim, com o surgimento da clínica, a partir do final do século XIX, os controles do olhar médico exercidos antes sobre os servos são estendidos aos homens livres. Para isso, foram compostos três modos diferentes de medicalização: a assistência médica do pobre, o controle da saúde da força de trabalho e a indagação geral da saúde pública.

Como consequência, emergiram “três sistemas médicos superpostos e coexistentes”, que subsistem (Foucault *apud* Caponi, 2004:42): “uma medicina assistencial voltada aos mais pobres, uma medicina administrativa, encarregada de problemas gerais como vacinas, epidemias etc. e uma medicina privada, que visava beneficiar a quem tinha os recursos para pagar” (*Idem*).

Para abrigar esses sistemas, foram criadas, sob a ética utilitarista ou seu programa político de ação, instituições controladoras e regulamentadoras das condutas dos indivíduos: hospitais, reformatórios, presídios, asilos, casas de correção, entre outras. Esses controles ou regulamentos se baseavam em um conjunto de normas já estabelecidas ou instituídas pelo costume, provavelmente adquiridas a partir da ética compassiva.

Hoje, considera-se grande parte da atual assistência à saúde de cunho utilitarista. O utilitarismo, mesmo constituindo uma evolução em relação ao modelo da ética compassiva, tendo sido considerado mais eficaz, peca por utilizar métodos múltiplos de controle e restrição das liberdades.

Na consulta médica, por exemplo, um dos principais instrumentos da clínica, as pessoas “são intimidadas pelo tipo de discurso ‘consulta’ e por aqueles que representam o poder médico, (...) com suas convenções determinadas pela instituição médica que impõe o controle dos médicos sobre todos os outros participantes” (Magalhães, 2000: 124).

“Como parte desse consenso, naturaliza-se a idéia de que compete aos médicos examinar, medicar, explicar, solicitar exames, prescrever; e aos pacientes aceitar serem examinados e medicados, ouvir as explicações, realizar os exames solicitados e seguir a prescrição médica. Existe, portanto, uma relação de poder entre médicos e pacientes/acompanhantes” (*Ibidem*:19).

Em reação a esse modelo de assistência, é pertinente a crítica de Rawls (*apud* Caponi, 2000:69), que recomenda “substituir a suposta eficácia da ética utilitarista por uma ética fundada em uma clara concepção de justiça”.

Para isso, formula perguntas sobre como atuar de modo justo, o que se entende por justiça e “como estabelecer parâmetros capazes de fazer com que uma prática, seja ela qual for, possa ser considerada justa” (*Ibidem*:70). Sugere, então, a adoção do princípio de igualdade, com três desdobramentos: de liberdade, de igualdade de oportunidades e de diferença. O último refere-se ao benefício, de forma diferenciada, aos membros com menos condições, de modo a haver o que denomina “imparcialidade equitativa” (*Ibidem*:71).

Considera-se, pois, que é preciso manter esforços, com o intuito de gerar políticas públicas menos pautadas pelas éticas compassiva e utilitarista, de modo que se garantam a equidade e a justiça esperadas, em um espaço cidadão, conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Anexo 1).

No campo da saúde pública, atender às necessidades individuais e, ao mesmo tempo, garantir o bem-estar social tem envolvido esforços de múltiplos saberes: tanto aqueles desenvolvidos de forma empírica, ou sabedoria popular, como os que hoje fazem parte do campo científico, a ciência normal ou adquirida predominantemente por meios acadêmicos.

Estes saberes se fundem em determinados pontos e, de alguma forma, fazem-se representar nas políticas públicas de saúde. No entanto, é a participação cidadã que precisa se firmar como principal fonte na dinâmica das políticas públicas em saúde. Garantir essa participação não é uma tarefa fácil, mas tem evoluído pelo reconhecido aumento da capilaridade dos serviços de saúde e pelo valioso trabalho iniciado com a reforma sanitária.

A transformação da saúde em saúde pública é também, ao mesmo tempo, a consolidação do espaço público: o lugar da política, do diálogo, da discussão, da criação do consenso, do fortalecimento da sociedade civil, da solidariedade possível. Esse movimento ocupa todo o período em que se configura a medicina social e está relacionada com as lutas populares que se manifestam – de maneira distinta – em todos os países do mundo (Testa, 2002:32).

3.3 ESTADO E POLÍTICA COMO GARANTIA DE SOCIEDADE IGUALITÁRIA

A busca pela liberdade individual ou coletiva pode ter caminhos tortuosos. Em nome da liberdade ou do grau de independência de um povo, tem-se testemunhado muita opressão. Por isso, a liberdade, considerada como valor supremo, há que ser formada por um conjunto de direitos reconhecidos ao indivíduo, considerado isoladamente ou em grupo, em face da autoridade política e perante o Estado. Ao cidadão, no Estado de Direito, é concedido o poder de exercer a sua vontade dentro dos limites que lhe faculta a lei (Houaiss, 2001).

Testa (2002:19) ressalva que se deve tratar a liberdade em nível particular, pois, de “forma aberta” ou “de todo”, é conservadora ou de “extrema direita”. De modo cuidadoso, interroga: como explicar que estar a favor de certas restrições à liberdade é mais democrático que propor liberdade absoluta? Ao que explica: “a liberdade, como

política de Estado, requer igualdade, do contrário produz mais desigualdade”. O que difere, no entanto, da questão de atos de liberdade como problema individual. Sendo assim, cabe ao Estado “não renunciar a sua função como sociedade política antes de conquistar o estabelecimento de uma sociedade mais igualitária, do contrário, renuncia a seu papel fundamental”.

O estudo da prática da assistência à saúde requer o cuidado como garantia de liberdade e igualdade. Assim, deve-se buscar, nas políticas e na normatização, o compromisso em atender às necessidades individuais e coletivas, tornando-as viáveis.

O que é social deve ser construído com a noção de viabilidade, articulando o *logos* e a *práxis*, ou seja, partindo da reflexão teórica, da razão ou senso comum para a ação concreta, por meio de atividades humanas, cuja manifestação mais representativa é a política. Qualquer ação que se constrói como viável começa como um projeto do presente para o futuro, “o motivo para”¹⁷, e por razões históricas ou raízes motivadoras, as quais dão sustento e definem um projeto particular, “o motivo por que”¹⁸ (Habermas *apud* Testa, 2002:21).

Apresenta-se, portanto, a idéia da política como construção de um mundo melhor ou de “um mundo de liberdade que nos permita escapar do mundo de necessidades”, a partir de um projeto social.

No entanto, atualmente, nos países capitalistas como o Brasil, as circunstâncias em que se realizam as atividades políticas ou o seu sustento institucional concentram-se nos partidos políticos ou nas organizações formais ou informais, os quais se constituem atores do Estado. Isso se deve ao fato de ter havido um declínio dos organismos representativos da força de trabalho. Há ainda uma tênue contribuição de outras formas de representação de interesses – movimentos sociais, ONG, etc. (Testa, 2002:54-55).

É importante que se faça aqui um parêntese, para tratar do conceito de instituição, das formas como são instituídas as políticas, entre elas, as de saúde, e de como se procede a sua normatização, visto que estão relacionadas com processos de trabalho que combinam características de estrutura e de função.

¹⁷ Schütz assim denomina a proposta de algum tempo futuro (*apud* Testa, p.22).

¹⁸ Schütz (*apud* Testa, p.22).

3.4 INSTITUIÇÕES, REPRESENTATIVIDADE E INTEGRALIDADE

As instituições¹⁹, como o matrimônio, a empresa e a legislatura, são formalizações das organizações – o casal, o processo de trabalho, a discussão pública –, as quais são, por sua vez, os núcleos sólidos da atividade social. Pode-se dizer, então, que a instituição se define mediante uma **maneira de comportar-se** segundo as normas institucionais, a ausência ou o desconhecimento delas, enquanto a organização é a **forma de relacionar-se** – a estrutura dessas relações – entre pessoas, para a realização de uma tarefa ou o cumprimento de uma função (Testa, 2002:57).

O instituído deve ser acompanhado pelo corpo social de forma crítica e dinâmica. As instituições só se validam, à medida que são questionadas e se reconstróem a partir de processos instituintes, representativos da sociedade. Para Foucault, uma instituição deve ser considerada mais como uma forma de comportamento – ‘tradicional’ no instituído e ‘crítico’ no instituinte – que como um ordenamento organizativo (*apud* Testa, 2002:57). Sua proposta reflete o cuidado que se deve dispensar às instituições que estabelecem, de maneira permanente, normas de comportamento coletivo em múltiplos espaços da vida social – do cotidiano, profissional, cultural, de ócio, das sociedades civil e política.

Assim, por exemplo, “o hospital medicalizado nasce como uma instituição responsável pela assistência aos doentes necessitados” (Caponi, 2000:59), e “a necessidade instituída pressupõe que não haja singularidade, mas modos coletivos de instituir, que massificam sentidos de necessidades” (Merhy, 2002:111). Dessa forma, é possível que a integralidade dos cuidados à saúde, por exemplo, não seja formalizada ou normatizada na medida adequada às singularidades dos indivíduos.

Massificar necessidades pode ser uma forma de organizar processos e democratizar serviços, porém, quando o que está posto em questão é a saúde, todas as dimensões do indivíduo devem ser consideradas e instituídas, traduzindo-se em atenção integral.

Dois grandes desafios da atenção à saúde aqui se apresentam: primeiro, fazer com que as instituições cumpram o instituído; segundo, que os instituintes sejam representativos para as formalizações necessárias ao que deve ser instituído.

¹⁹ *Instituição* é cada um dos costumes ou estruturas sociais, estabelecidas por lei ou consuetudinariamente, que vigoram num determinado estado ou povo (Houaiss, 2001).

Para Pedrosa (2006:3) “a promoção da saúde significa intervenções sustentadas pela articulação intersetorial e da participação social voltada para a consecução do direito à saúde, operando ações que visem à melhoria das condições de vida. Ações que podem ocorrer no espaço dos serviços de saúde, no espaço do parlamento e no espaço das comunidades”.

As normas brasileiras são, muitas vezes, elaboradas sem legitimidade, pois representam apenas uma parte, e algumas, a minoria dos interesses dos cidadãos. Isso acontece, porque, apesar de o Brasil ser atualmente um país cujo modelo de governo é democrático, teve a maior parte da sua história sob o jugo de governos totalitários, cujas leis vêm representando os interesses das classes dominantes.

É claro que tem havido uma evolução democrática das normas desde a última Constituição Federal, o que desencadeou grandes progressos na área de assistência à saúde. No entanto, ainda não foram criados mecanismos necessários nem houve tempo suficiente para que o povo brasileiro assumisse, de forma significativa, sua cidadania na elaboração do sistema normativo instituído, do qual faz parte a RDC-50.

4. NORMATIZAÇÃO EM SAÚDE

Este capítulo descreve alguns dos fatores que contribuíram para a evolução das normas que envolvem o edifício e a saúde e trata de como elas convergem visando a atender às necessidades de controle sanitário. Busca-se mostrar como as questões da saúde e do ambiente arquitetônico ou natural estão *pari passu* na história das normas, como uma necessidade de garantir ao homem segurança, bem-estar e perpetuidade.

Trata também da inserção de vários conceitos adotados, tais como controle sanitário, polícia médica, salubridade e integralidade, os quais vêm se somando aos movimentos de organização da gestão na saúde até a formação da OMS.

Comenta-se ainda sobre a criação da ANVISA, órgão regulador e fiscalizador dos EAS no Brasil, a qual é regida pelo Direito Sanitário, mais restrito do que o Direito da Saúde, interferindo, desta forma, para que as normas para planejamento de EAS sejam feitas sob a égide do controle de risco, em detrimento da integralidade.

Apresenta, enfim, dados básicos sobre teoria das normas, visando à compreensão da hierarquia do sistema normativo do campo da saúde e a posterior análise crítica da RDC-50.

4.1 BREVE CRONOLOGIA DA NORMATIZAÇÃO EM SAÚDE

Um estudo cronológico das principais iniciativas de normatização dos serviços de vigilância sanitária demonstra que o cuidado com a saúde acompanha a história das civilizações e que “ações de controle sobre o exercício da medicina, o meio ambiente, os medicamentos e os alimentos existiram desde longínquas eras” (Costa & Rozenfeld, 2000:19).

Na Antigüidade, por exemplo, os babilônios já estabeleciam importantes regulações de caráter sanitário, fixados nos códigos de Ur-Namu (2050 a.C.) e de Hamurábi (por volta de 1700 a.C.).

No Código de Hamurábi, o primeiro escrito e um dos mais antigos conjuntos de leis, numeradas de 1 a 282 (embora as correspondentes aos números 13, 66–99, 110 e

111 já não existam) e gravadas em um monolito de 2,5 m de altura, podem-se encontrar tais determinações:

- os preços: os honorários dos médicos variam de acordo com a classe do enfermo;
- a responsabilidade profissional: um arquiteto que construir uma casa que desmorone, causando a morte de seus ocupantes, é condenado à pena de morte;
- o funcionamento judiciário: a justiça é estabelecida pelos tribunais, as decisões devem ser escritas, e é possível apelar ao Rei (Código de Hamurábi, 2006);

Portanto, já na Antigüidade, “a solução de problemas sanitários cabia à administração das cidades, sinal de ser a proteção da saúde da coletividade uma função do poder público. Leis e normas disciplinavam a vida em sociedade, a despeito do desconhecimento do modo como os agentes causadores das doenças se relacionavam com as mesmas” (Costa & Rozenfeld, 2000:20).

Na Idade Média, foram intensificadas ações de saneamento do meio ambiente (controle de água e esgoto, limpeza das ruas e dos mercados); a normatização da prática profissional dos médicos, dos cirurgiões e dos farmacêuticos; a determinação de observância de cuidados com os medicamentos, as boticas e os alimentos.

Em 1348, a partir das medidas estabelecidas em Veneza, teve início a vigilância dos portos, como prevenção às epidemias, com a criação de ambientes para quarentenas e indicações de exposição ao ar e à luz solar.

Em meados do século XVI, com a ascensão da burguesia e do mercantilismo, com os processos de acumulação de capital e a formação do Estado moderno e do absolutismo, foram introduzidos o sistema fiscal nacional, a codificação do direito e os princípios do mercado unificado. As regulamentações econômicas tornaram-se mais exigentes. O trabalho tornou-se fonte de riqueza, e o controle das doenças, ponto fundamental para a lucratividade dos meios de produção.

Nesse contexto, surgiram, no século XVIII, as estatísticas populacionais e o conceito de polícia médica²⁰, adotado por Peter Frank. O sistema proposto por Frank (*Ibidem*:21) sugeria a organização da higiene pública e privada, atribuindo ao Estado o papel de “conformar e aplicar um código de leis de promoção e manutenção da saúde.

²⁰ O termo *Medizinichepolizei*, polícia médica, foi utilizado pela primeira vez na Alemanha, em 1764, por Wolfong Thomas Rau, em seu livro *Reflexões sobre a utilidade e a necessidade de um regulamento de polícia médica para um Estado*. Nesse período, surge o médico como administrador da saúde, e o conceito de polícia médica alcança seu ápice com a obra de Johann Peter Frank, *System einer vollständigen medicinischen Polizey*, "Sistema de uma polícia médica geral" (Miranda:2006).

Assim, regulamentavam-se as profissões, o partejo, a pureza da água e dos alimentos, a higiene do meio, a responsabilidade pelos acidentes, etc”.

Outro conceito, o de salubridade, surgiu no final do século XVIII, na França, e diz respeito ao estado das coisas, do meio e de seus elementos constitutivos, o qual deu origem, no século XIX, à noção de higiene pública, “como controle político-científico do meio”.

A crescente industrialização e força produtiva, a consolidação do Estado moderno e o desenvolvimento da ciência e da tecnologia nas últimas décadas do século XIX deram origem aos institutos de pesquisa e aos laboratórios de saúde pública. A publicação de resultados de pesquisas também criou movimentos populares de defesa da saúde, pelo controle de alimentos, fármacos, serviços e intervenções ambientais. Um dos episódios, na história mundial, que contribuiu para a responsabilização dos fabricantes pela qualidade dos produtos foi o da talidomida, na década de 1960.

O grande marco para o aperfeiçoamento da legislação sanitária e da atenção à saúde foi a constituição da OMS, após a Segunda Guerra Mundial, acompanhada pela proclamação da saúde como um dos direitos humanos fundamentais, nos seguintes termos: “*estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade*” (OMS, 2006).

Esta proclamação descreve, de forma breve, os principais atributos da integralidade em saúde. Portanto, cabe, a partir daqui, distinguir aspectos da vigilância sanitária e da atenção em saúde. Pode-se dizer que os aspectos da vigilância são de controle no sentido epidemiológico, e os da atenção à saúde devem ser formadores de uma consciência universal preservacionista, que protege o homem e sua integridade, devendo ambos refletir-se na normatização.

Com o advento da OMS, houve um salto considerável na abrangência e na produção de legislação concernente às questões que envolvem a saúde. Já na segunda metade do século XX, a normatização sanitária evoluiu, e foram incluídos paulatinamente aspectos relativos aos edifícios de assistência. Seguindo os movimentos mundiais de organização de saúde pública, o Brasil começa a elaborar, na década de 1970, suas primeiras normas para EAS.

4.2 A ANVISA, O DIREITO SANITÁRIO E O DIREITO DA SAÚDE

As primeiras normas para construção de EAS no Brasil, anteriores à RDC-50, foram elaboradas pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde na década de 1970. Essas normas apenas esboçavam um discurso segundo o qual o paciente deveria ter um papel primordial no leque de preocupações do planejamento de ambientes assistenciais, dando mais ênfase ao controle sanitário.

Com a implantação do SUS e a criação, no Brasil, de agências reguladoras, foi instalada, em 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Com base no Direito Sanitário, este órgão exerce o controle estatal e o poder de polícia sobre as atividades que digam respeito, de forma direta ou indireta, à saúde pública, entendida não no sentido de serviço público, mas no da saúde da coletividade. Tem, ainda, como competência regulamentar e fiscalizar as atividades concernentes à saúde pública, cabendo-lhe também instituir taxas sanitárias e tributos específicos do exercício de poder de polícia inerente ao Direito Sanitário.

Com isso, a normatização para elaboração de projetos arquitetônicos e a rede física de assistência à saúde estão sob sua regulação e fiscalização.

Acontece que as dimensões necessárias à atenção integral à saúde extrapolam os (parâmetros, preceitos, princípios) do Direito Sanitário, pois envolvem também (dimensões questões) do direito da Saúde.

Cabe aqui esclarecer que o Direito Sanitário difere do Direito da Saúde. O segundo é mais amplo e complexo, “é uma intersecção entre o direito positivo e a saúde, entendida esta como todos os aspectos concernentes à vida, bem-estar físico e mental do indivíduo e da coletividade, serviços públicos e privados relativos à saúde, controle de doenças, de epidemias, e as relações jurídicas não apenas entre cidadão e Estado, mas também dos cidadãos entre si” (Carvalho *et al*, 2004:12).

O Direito da Saúde atinge o Estado como prestador de serviço público, legislador e fiscalizador das relações de direitos individuais e econômicos, envolvendo os direitos subjetivos do cidadão nos serviços públicos e privados de saúde. Como são quase infinitos os fatores que podem ter efeito na saúde humana, de forma efetiva ou potencial, esse direito lida com um sistema extremamente complexo.

“O direito sanitário é um ramo didaticamente autônomo do direito positivo, integrado pelas normas que versam, direta ou indiretamente, sobre a relação triádica entre Estado, Sociedade e Saúde Pública” (*Ibidem*:11). Tem objeto mais restrito. Sua função, enquanto segmento do ordenamento jurídico, é um controle, via exercício do poder de polícia, de todas as atividades públicas e privadas que tenham qualquer potencial repercussão na Saúde Pública.

Segundo Gostin (*apud* Carvalho, 2004:13), as cinco características fundamentais do Direito Sanitário são:

1. “A responsabilidade do Estado em promover a saúde pública;
2. A atuação da Administração Pública;
3. A perspectiva do interesse coletivo da sociedade;
4. As relações entre o Estado e a Sociedade, incluindo a tensão entre o interesse público e o do particular e;
5. O caráter coercitivo”.

Esse caráter sanitarista da agência reguladora reforçou o teor de controle de risco das normas anteriores que, historicamente, tratavam as questões relativas à normatização dos espaços públicos de atenção à saúde *pari passu* com as questões epidemiológicas. Assim, no Brasil foi feita a normatização dos controles da atividade do profissional de saúde, da produção de fármacos, do risco de contaminação e da evolução de novas tecnologias. Portanto, estas normas, apesar de fazerem parte de um conjunto necessário ao controle da saúde pública, têm características independentes, complexas e díspares. Em conseqüência, a normatização vigente não consegue atender, muitas vezes, ao seu objeto por falta de complementaridade.

Há dificuldade de promoção de debates e atualizações constantes para a evolução das normas segundo as necessidades apresentadas pelos serviços, as quais não param de crescer em razão da meta do SUS de proporcionar à população atendimento com qualidade. A desatualização e a descontinuidade fazem parte da rotina institucional. Cada tema é submetido a um grau de demanda e pressão diferenciado. Por exemplo, o controle de fármacos ou de equipamentos sofre pressões mais diretas e constantes do que a qualidade dos edifícios hospitalares.

Segundo Barreto, (2002:70) “ainda vivemos numa época em que aquilo que deveria ser ‘normal’ na administração pública e na vida das instituições – a continuidade das experiências positivas, o desenvolvimento e o fortalecimento dessas

experiências e a sua oferta sob contínua auditoria administrativa, acadêmica, profissional, entre outros princípios – torna-se simplesmente ‘extraordinário’.”

A produção acadêmica de Arquitetura Hospitalar, no Brasil, precisa ter mais visibilidade e aproveitamento, apesar de ter evoluído bastante em consequência de cursos de especialização realizados com o apoio do SUS, com destaque para a Universidade de Brasília, pioneira em cursos de especialização de arquitetura hospitalar, a Universidade Federal da Bahia e Faculdade São Camilo, em São Paulo. As duas últimas atualmente mantêm cursos regulares anualmente.

Estes cursos, “na universidade pública ou em outras instituições, podem ser pensados como uma das partes desse enorme sistema em que haveria uma incisiva crítica – como contribuição à reavaliação/realimentação do próprio sistema” (*Idem*).

Todo o aparato normativo relativo às questões dos espaços físicos destinados à saúde requer atenção contínua, e o que se põe agora em questão é: se todos os parâmetros relevantes para a elaboração de projetos arquitetônicos na área de saúde devem ser normatizados, como integrar a estes os atributos do conforto e do bem-estar do paciente? Como garantir espaços hospitalares em que os pacientes possam praticar atividades para as quais a doença não os tenha limitado? Quais são os parâmetros que garantem que as pessoas hospitalizadas não estão submetidas a condições subumanas, sob o pretexto de estar sendo garantida a atenção à doença?

Sabe-se que o que se perdeu, com o tempo, e o que se quer resgatar atualmente nada mais é do que o acolhimento humano, o foco no seu bem-estar ou o valor atual do termo *hospitalidade*, ou seja, humanização, para os ambientes de assistência à saúde.

4.3 NOÇÕES DE TEORIA DO ORDENAMENTO JURÍDICO

Como a RDC-50 integra um sistema mais amplo de leis e normas relacionadas à saúde, para proceder a sua análise, é importante compreender a posição que ela ocupa na hierarquia desse quadro e a que tipo de princípios e regras se subordina. Nesta seção, portanto, serão introduzidas algumas noções doutrinárias de Teoria do Ordenamento Jurídico consideradas relevantes para a análise empreendida nos capítulos subseqüentes.

A norma jurídica e o sistema normativo são, há muito tempo, objeto de debates entre doutrinadores como Norberto Bobbio, Hans Kelsen, Pontes de Miranda, José Afonso da Silva, dentre outros. Embora existam variações entre correntes doutrinárias,

não cabe a este trabalho discuti-las, e o tema está suficientemente consolidado para as questões que aqui importam.

Considera-se *norma jurídica*²¹ aquela que gera direitos e obrigações para os *sujeitos de direito*²² a que ela se destina. Será jurídica, quando editada por um órgão que tenha competência legal ou regulamentar para gerá-la²³. Será legal, quando sua origem for o Poder Legislativo (leis) ou o Executivo (decretos e medidas provisórias) e, regulamentar, quando editada por órgãos ou empresas (estatutos, regulamentos, resoluções, etc.)²⁴.

Como a RDC-50, nosso principal foco, é editada pela ANVISA, uma autarquia da União, ela é uma norma jurídica regulamentar. As demais normas jurídicas que serão relacionadas, e que fazem parte sistema de saúde brasileiro, poderão ter outros tipos de classificação, como por exemplo a CF de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, que, dentro da hierarquia são superiores e se constituem normas jurídicas legais,.

As normas podem ainda ser classificadas como *mandamentais*, quando contêm um comando objetivo; *declarativas*, quando declaram um estado de fato ou de direito; *programáticas*, quando estabelecem uma meta futura possível ou desejada; *condicionais*, quando estabelecem condições para a sua eficácia (Bobbio, 1958:227). Dentro dessa classificação, a RDC-50 seria uma norma predominantemente do tipo mandamental.

É importante assinalar que uma norma jurídica é elemento constitutivo do direito positivo, isto é, do direito já codificado e escrito. Esse caráter confere objetividade à norma, porém ela está sujeita à interpretação subjetiva dos executores, função esta que a hermenêutica jurídica denomina de exegese. Dessa forma, o grau de precisão e de objetividade da norma é relativizado por sua interpretação e execução. Esse fenômeno é

²¹ “As normas jurídicas são esquemas que fornecem modelos de conduta, tendo em vista os valores do autor da ação e os valores da coletividade, onde se situa aquele agente” (POLETTI, 1993:183).

²² “Ser sujeito de direito é ser destinatário de direitos e obrigações em um plano de igualdade, tendo desdobramentos na exigibilidade de tais direitos ou na responsabilidade de tais obrigações” (Jardim, 2006).

O Código Civil Brasileiro no Art 1º “regula os direitos e obrigações de ordem privada concernentes às pessoas, aos bens e às suas relações” e no Art. 2º determina “Todo o homem é capaz de direitos e obrigações na ordem civil” (Código Civil, 2006).

²³ “Quanto ao procedimento na sua elaboração, o processo pelo qual surge a lei é bem determinado e previamente estabelecido. Os trâmites do processo legislativo estão nas leis e, no caso brasileiro, vêm expressos na própria Constituição” (Polleti, Idem: 206).

²⁴ No Brasil, entre a lei e o regulamento não existe diferença apenas quanto à origem. Não é tão-só o fato de uma provir do Legislativo e outra do Executivo o que as aparta. Também não é apenas a posição de supremacia da lei sobre o regulamento o que os discrimina. A distinção deles, segundo o citado Mestre (Prof. O. A. Bandeira de Mello) está em que a lei inova originariamente na ordem jurídica, enquanto o regulamento não a altera” (Mello, 1992:311).

fonte permanente de conflitos jurídicos que podem se transformar em feitos judiciais, se submetidos ao Poder Judiciário.²⁵

Assim, a norma deve ser, o mais possível, clara, concisa, objetiva, definindo com precisão os sujeitos de direito a que se destina e seu objeto, conteúdo mandamental, declarativo ou programático - condicional ou não, de modo que seus propósitos se sujeitem minimamente às subjetividades, evitando dúvidas e conflitos.

Cada norma, “mesmo podendo ser considerada também em si mesma, na sua abstratividade, tende naturalmente a se constituir em sistema. A necessidade da coerência lógica leva a aproximar aquelas que são compatíveis ou respectivamente complementares entre si, e a eliminar as contraditórias ou incompatíveis” (Del Vecchio *apud* Bobbio, 1999:75). Nesse sistema, “certos princípios agem como ligações, pelas quais as normas são mantidas juntas de maneira a constituir um bloco sistemático” (Perassi *apud* Bobbio, 1999:75).

Ou seja, cada norma é um desdobramento do texto constitucional, que, com leis complementares, leis ordinárias, decretos e demais normas de natureza administrativa, forma um sistema. Ao longo da análise que se segue, procura-se mostrar em que medida a RDC-50 está ou não de acordo com os princípios e regras estabelecidos pela legislação que lhe tem precedência hierárquica. Será dada atenção especial às possíveis incongruências entre a RDC-50 e os princípios fundamentais do SUS, estabelecidos na CF de 1988.

4.4 O SISTEMA NORMATIVO E A RDC-50

Conforme expresso anteriormente, em 5.3, para a compreensão de uma norma e de seus significados, é importante conhecer o sistema à qual ela pertence. É recomendável descrever a hierarquia das normas desse sistema, para facilitar a sua análise.

A relação das principais normas, a seguir (Quadro 1), pretende representar hierarquicamente o sistema normativo em que se insere a RDC-50, portanto se evidenciará a posição dela em relação ao conjunto de leis e normas as quais tratam da

²⁵ “A aplicação do Direito consiste no enquadrar um caso corrente em a norma jurídica adequada. Submete às prescrições da lei uma relação da vida real; procura e indica o dispositivo adaptável a um fato determinado. Por outras palavras, tem por objeto descobrir o modo e os meios de amparar juridicamente um interesse humano” (Maximiliano, 1981:8).

formulação política e organizacional do SUS e ordenam serviços e ações de saúde no Brasil.

QUADRO 1: NORMAS, DISPONIBILIDADE E TIPO DE ACESSO

ITEM	NORMA	DISPONÍVEL EM:	ACESSO
1	CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988)	Sítios públicos	Gratuito
2	LEI ORGÂNICA DA SAÚDE	Sítios públicos	Gratuito
3	LEI DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Sítios públicos	Gratuito
4	RDC-50-ANVISA	Sítios públicos	Gratuito
5	PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR)	Sítios públicos	Gratuito
6	PLANO DIRETOR LOCAL	Instituição pública (estadual)	Restrito/pago
7	CÓDIGO DE OBRAS	Sítios públicos	Gratuito
8	NORMAS BRASILEIRAS (NBR)	Instituição privada (ABNT)	Restrito/pago
9	PLANO DO EAS – PROJETO ARQUITETÔNICO	EAS (público ou privado)	Restrito

As normas nem sempre têm encadeamento ou dimensão compatível com o atendimento de determinadas necessidades sociais. No caso das relações entre a integralidade em saúde e sua correspondente área física nos estabelecimentos assistenciais de saúde, pode-se dizer que o sistema normativo brasileiro atende ainda precariamente às necessidades essenciais.

Esse sistema tem evoluído bastante, em grau de completude, desde a década de 1970, quando foram promulgadas as primeiras normas referentes aos edifícios de EAS. No entanto, há muito que ser feito em relação ao aperfeiçoamento das normas que regulam o planejamento dos EAS.

Assim, é necessário que os profissionais envolvidos com serviços de saúde, inclusive, o arquiteto, relacionem-se em atividades inter-, multi- e transdisciplinares, para avançar no conhecimento da complexidade inerente à Arquitetura Hospitalar e, além disso, compreender que planejar EAS é planejar saúde integral, o que envolve o

arquiteto obrigatoriamente no grande sistema que é o SUS, não somente na fase final de definição dos espaços e ambientes, mas, durante todo seu planejamento.

Segundo Carvalho (2002:15), “o planejamento de saúde, em determinada região, envolve não somente aspectos geográficos, mas um conjunto de diretrizes ideológicas, filosóficas, econômicas, históricas, políticas e epidemiológicas, que constituem a raiz de toda intervenção”, seja ela de iniciativa pública ou privada. A programação arquitetônica, portanto, deve ser fundamentada nesse planejamento, tornando-se “mais que uma relação de espaços ou atividades, mas um complexo estudo que torna claras as condicionantes funcionais e estéticas entre esses espaços e funções”.

Dentre os aspectos políticos citados por Carvalho, atua uma gama de normas que, como já foi dito, precisam ser conhecidas, analisadas, criticadas e utilizadas para a melhoria do planejamento em saúde. Assim, não é suficiente conhecer sua hierarquia, mas deve-se compará-las com a realidade, com o respectivo contexto social, pois, ao utilizá-las como gestores, profissionais ou usuários de saúde, deve-se contribuir, como cidadãos, para aperfeiçoá-las.

Com essa visão, serão feitos os comentários a seguir, procurando mostrar que o sistema normativo do qual a RDC-50 faz parte, apesar de ser um avanço nas conquistas sociais brasileiras, pode ser considerado ainda utópico pela distância entre o que é determinado por lei e o que é a prática social. A ordem dos comentários segue a hierarquia apresentada, ou seja, a partir da CF, e eles servirão apenas para contextualizar a análise posterior que será feita sobre a RDC-50, portanto cada norma mencionada adiante está acompanhada dos itens de maior relevância no que diz respeito à RDC-50.

4.4.1 A Constituição Federal (1988)

As menções mais importantes do sistema normativo para este trabalho são extraídas do texto constitucional brasileiro, que estabelece a qualidade de vida como ponto comum nos artigos:

- **art. 6º**, que determina a saúde pública como direito social;
- **art. 196**, que garante o direito universal à saúde;
- **art. 198**, que estabelece as diretrizes do Sistema Único de Saúde, de descentralização, integralidade e participação da comunidade;

- **art. 225**, que garante meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida.

A CF/88 dispõe também, no art. 24, XII, sobre a competência da União, dos estados e do Distrito Federal para legislarem concorrentemente sobre proteção e defesa da saúde. Cabe à União expedir normas gerais, ou seja, os principais parâmetros de atuação, e aos demais entes, estaduais e municipais, estabelecer as normas específicas.

Os direitos fundamentais estabelecidos nos art. 196 e 225 da CF/88 ainda não são completamente atendidos nas ações de assistência à saúde. Isso se reflete na rede hospitalar pública, de uma maneira geral.

A garantia de “**acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, para a promoção, proteção e recuperação da saúde**” (art. 196), é comprometida, entre outros motivos:

- pela falta de completude da estrutura de atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, a qual atenda toda a população e lhe facilite o acesso aos serviços de acordo com o grau de complexidade, de modo a evitar a atual sobrecarga, via de regra, nos níveis mais altos;
- pela diferenciação existente entre a qualidade dos serviços nos hospitais públicos e privados;
- pelas condições de desconforto e insalubridade a que grande parte dos usuários dos serviços é submetida nos hospitais públicos.

Se “**todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida**” (art. 225), a pessoa enferma carrega consigo esse direito. No entanto, isso não ocorre de fato, pois os hospitais públicos geralmente:

- estão localizados em áreas centrais da malha urbana, o que, apesar de facilitar o acesso pelos sistemas de transportes urbanos, sujeita seus usuários a congestionamentos de tráfego, e, por conseqüência, à baixa qualidade do ar;
- não possuem áreas livres suficientes, arborizadas, destinadas a usuários, pacientes, acompanhantes e corpo clínico, compatíveis com suas necessidades de atividades extraleito;

- utilizam as áreas não construídas, quase integralmente, com estacionamentos, circulações pavimentadas para pedestres, veículos e serviços de carga e descarga;
- ao utilizarem formas com um alto grau de compactação do edifício, exigidas para a maximização da utilização dos equipamentos e de recursos humanos, desfavorecem a integração visual dos espaços internos com o ambiente exterior e a paisagem.

Assim, o espaço hospitalar, ao mesmo tempo que se propõe cuidar do paciente, acarreta um preocupante grau de confinamento e ociosidade aos usuários. Esse quadro gera alto nível de desconforto e afeta o equilíbrio do ser humano.

Tal desequilíbrio é agravado pela falta de efetividade de ações públicas, estabelecidas nos art. 194, 197, 198 e 200, para os serviços de saúde. Elas não conseguem:

- atender às tarefas de regulamentação, fiscalização e controle do seu sistema na área hospitalar;
- ultrapassar os procedimentos terapêuticos em direção às ações que garantam a saúde integral dos usuários;
- garantir a participação da comunidade, permitindo ao indivíduo acesso às informações sobre os serviços disponíveis e aos processos de avaliação da sua saúde.

Isso se deve, em grande parte, a uma estrutura hospitalar superada, em que há falta:

- de suprimento, valorização e capacitação de recursos humanos;
- de orientação aos usuários sobre os seus direitos;
- de uma gestão que busque a qualidade dos serviços de saúde, com foco no bem-estar do paciente, como cliente e pagador desses serviços.

4.4.2 A Lei Orgânica da Saúde (LOS)

Como lei complementar ao texto constitucional, há a LOS, formada pelas leis 8080/90 e 8142/90. A primeira criou o SUS, ou seja, “o conjunto de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, e, no seu art. 4º, trata dos princípios do SUS e de sua organização; a segunda regulamentou a participação da comunidade, através do controle social, no planejamento do sistema.

Dallari (2000:127) informa que “(...) todas ‘as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por essas pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado’ (Lei n.º 8080, art. 1.º) são reguladas pela LOS”.

Os três níveis de Governo são responsáveis pela gestão e pelo financiamento do SUS, de forma articulada e solidária.

A Lei Orgânica de Saúde estabelece: promoção, proteção e recuperação **da saúde** e funcionamento do SUS.

Os princípios do SUS são:

- **universalidade** de acesso, ou seja, a saúde é um direito de todos, cabendo ao SUS a tarefa de provê-la à população brasileira;
- **equidade** na distribuição dos recursos, de modo que se priorize o que é mais urgente e essencial;
- **integralidade** da assistência: o atendimento deve contemplar as necessidades dos indivíduos como um todo, em suas múltiplas dimensões;
- **controle social**, isto é, a população tem o direito de regular o sistema, participando de suas decisões;
- **descentralização** político-administrativa, de forma que as necessidades regionais e locais sejam contempladas, respeitando o perfil cultural e epidemiológico de cada lugar.

As três esferas de Governo formulam, financiam, executam, controlam e avaliam as ações de saúde com as seguintes características:

QUADRO 2 - ESFERAS DE GOVERNO E COMPETÊNCIAS INSTITUCIONAIS

ESFERAS	INSTITUIÇÕES	RESPONSABILIDADES
Federal	Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Comissão Intergestores Tripartite.	<ul style="list-style-type: none"> • Formular, coordenar e controlar a política nacional de saúde; • promover, junto aos estados, o desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; • corrigir as distorções existentes.
Estadual	Secretarias de Estado da Saúde; Conselhos Estaduais de Saúde; Comissões Intergestores Bipartite;	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar, planejar e avaliar as ações de saúde em nível estadual; • executar apenas as ações que os municípios não forem capazes de desenvolver e/ou que não lhes couberem; • promover junto aos municípios o desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; • corrigir as distorções existentes.
Municipal	Secretarias Municipais de Saúde; Conselhos Municipais de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar, planejar e avaliar as ações de saúde em nível municipal; • executar as ações de atenção básica; • co-responsabilidade de assistência e de atenção à saúde de média e alta complexidade; • promover o desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde; • responsabilidade pelos Sistemas de Informações, entre outras.

FONTE: Elaborado pela autora.

Os Conselhos de Saúde possuem as seguintes características:

- têm caráter permanente e deliberativo;
- são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde (50%) e dos usuários (50%);
- atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- São formas de participação social:
 - a elaboração das diretrizes gerais da política de saúde;
 - a formulação de estratégias de implementação dessa política;
 - o controle sobre a utilização de recursos;
 - o controle sobre a execução;
 - a mobilização da população.

A Comissão Intergestores Bipartite - CIB tem o objetivo de assegurar a gestão compartilhada (municípios e estados) da execução da política de saúde, para evitar a duplicidade ou a omissão na execução de ações e criar um espaço onde os gestores do SUS possam permanentemente negociar, decidir e firmar pactos.

A última versão da NOAS-SUS 01/2002 teve como objetivo promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção. A NOAS recuperou e redefiniu o conceito de descentralização, associando-o ao de regionalização da assistência.

Os fundamentos da regionalização determinam integração entre sistemas municipais, ficando o Estado com o papel de coordenador e mediador. As três estratégias articuladas são:

- I. Regionalização e organização da assistência;
- II. Fortalecimento da capacidade de gestão do SUS;
- III. Revisão de critérios de habilitação de municípios e Estados.

As inovações propostas são:

- elaboração do Plano Diretor de Regionalização;
- ampliação da Atenção Básica;
- qualificação das Microrregiões na Assistência à Saúde;
- organização da Média Complexidade;
- política para a Alta Complexidade.

Para a habilitação do estado ou do município, é necessário o cumprimento de um planejamento de ações. Há uma evidente dificuldade de operacionalizar um sistema de saúde cuja legislação não é suficiente para fazer com que os serviços se concretizem a contento. Em geral, a operacionalização se dá de maneira muito diversificada, de acordo com os esforços aplicados pelas esferas de poder e da iniciativa privada.

As dificuldades se sobrepõem em quaisquer que sejam as esferas governamentais e os órgãos competentes que devem caminhar, para fazer valer uma legislação que, de acordo com o IBAM (2006):

- nos aspectos institucionais, é complexa e ambígua;
- nos aspectos técnicos, é abundante e dinâmica, concorrente quanto à fonte expedidora (União, Estados, Municípios) e nem sempre articulada entre si.

Assim, é possível que, enquanto a aplicação de normas avance em alguns pontos do país, em outros, não haja implantação das ações necessárias a seu cumprimento, por falta de estrutura ou mobilização adequadas.

4.4.3 Normas Operacionais Básicas (NOB)

As Normas Operacionais Básicas (NOB) incluem as orientações operacionais propriamente ditas e dão conseqüência prática aos princípios e diretrizes consubstanciados na CF e na LOS. Foram criadas, com a função de definir aspectos operacionais da implementação do SUS. Promoveram a integração entre as três esferas de governo e propiciaram a descentralização, transferindo para estados e municípios responsabilidades até então concentradas no nível federal. Houve três:

- NOB 01/91
- NOB 01/93
- NOB 01/96

As inovações:

- Implantação de valor *per capita* para financiamento das ações de Atenção Básica - PAB;
- PACS e PSF: mudança do modelo assistencial da atenção à saúde;
- Programação Pactuada e Integrada – PPI, como instrumento de organização do sistema.

Os avanços:

- Fortalecimento da responsabilidade dos municípios pela gestão do SUS; mais de 70 % de recursos do FNS repassados, fundo a fundo, para estados e municípios;
- Desconcentração de serviços e ampliação de acesso;
- Percentual de recursos federais para o custeio da Assistência;
- Pagamento de serviços por transferência fundo a fundo – Brasil 1994 – 2004

4.4.4 Lei da Vigilância Sanitária

A Lei 8.080/90, que criou o Sistema Único de Saúde, estabeleceu, no art. 6º, I, ações de vigilância sanitária, dispostas na alínea “a”, e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, na alínea “d”.

A Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, criou a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária –, bem como as taxas sanitárias, tributos específicos desse exercício de poder de polícia inerente ao direito sanitário.

§1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
- II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Na mesma lei, os artigos 15 a 18 dispõem sobre as competências dos entes federativos na vigilância sanitária concorrente, cabendo, no que se refere às questões de serviços de saúde, em que se incluem os EAS:

- à direção nacional do SUS estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária (...);
- à direção estadual do SUS estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde;
- à direção municipal normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

4.4.5 A RDC-50

A ANVISA publicou a Portaria GM/MS nº 554, de 19 de março de 2002, com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC-50, de 21 de fevereiro de 2002. Trata-se de normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A RDC-50 dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e é o foco desta análise.

O estudo dessa resolução foi promovido pela Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde que faz parte da estrutura organizacional da ANVISA, de acordo com o Art. 4º do Regimento Interno aprovado pela portaria n.º 593, de 25 de agosto de 2000 (Dias, 2004:56).

A ela, compete fazer a gestão em tecnologia referente aos EAS em ações de:

- investigação e prevenção de infecções e dos eventos adversos;
- organização em serviços de saúde;
- infra-estrutura em serviços de saúde;
- vigilância em serviços de saúde.

A análise desta norma, que é objeto do presente estudo, será feita a partir do capítulo 7. No Apêndice 1, é feito o resgate dos principais documentos que precederam a RDC-50, com comentários sobre a contribuição que cada um deu para a melhoria da normatização no planejamento arquitetônico e na qualidade dos edifícios de EAS. Discutem-se os interesses de grupos econômicos para a produção de EAS e do papel das normas na ampliação da rede de assistência brasileira, a partir da década de 1970. Apontam-se também, as principais distorções causadas por excessos e omissões na elaboração e a falta de representatividade, tendo como destaque os aspectos de conforto e bem-estar do paciente, esquecidos desde a Portaria 400. Mostra-se, assim, como essa falha vem se perpetuando nas demais portarias, agravando-se pela aplicação de normas elaboradas sob a égide do controle de risco, tendo como principais critérios a função e os aspectos quantitativos de área, cujo principal instrumento é o controle de área mínima.

4.4.6 Instrumentos complementares à RDC-50

Além dos instrumentos normativos hierarquicamente superiores à RDC-50, é necessário que sejam observadas normas complementares, de acordo com o tipo de projeto, cuja origem e competência são variáveis, a saber: os Planos Diretores Regionais e Municipais, o Código de Urbanismo, as Normas Técnicas e os Planos Diretores do EAS.

Os Planos Diretores Regionais de Saúde

A NOAS-SUS 01/2002 determina um processo de regionalização dos serviços de atenção à saúde nos Estados, através de **Planos Diretores de Regionalização – PDR**, elaborados pelos Estados e aprovados pela CIB (Estado-Municípios) e pelos Conselhos Estaduais de Saúde – CES. Tais Planos visam à conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.

Além disso, a NOAS-SUS 01/2002 define os conceitos-chaves para estes sistemas regionalizados, como região de saúde e módulo assistencial, e caracteriza seus elementos integrantes e respectivos papéis. Assim, delinea uma ampla mudança na divisão de trabalho e no funcionamento do SUS, incluindo a parte de vigilância.

Quanto à vigilância sanitária, a NOAS-SUS estabelece, como responsabilidade e requisitos de habilitação de cada nível dos Municípios:

QUADRO 3 - NÍVEIS DE GESTÃO DE VIGILÂNCIA NO MUNICÍPIO

NÍVEL DE GESTÃO	RESPONSABILIDADE	REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO
Gestão plena da atenção básica ampliada	Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e com a normatização da ANVISA;	Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;
Gestão plena do sistema municipal		Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a ANVISA.

FONTE: Elaborado pela autora.

Os estados, antes habilitados na condição Gestão Plena do Sistema Estadual pela NOB/96, passaram a apresentar à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), conforme PT n.º 129, de 18/01/02 – DOU n.º 15 de 22/01/02, os seguintes documentos, para manter sua habilitação:

- Plano Diretor de Regionalização (PDR);

- Plano Diretor de Investimentos (PDI);
- Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI da Assistência).

Estes planos são fundamentais para a definição da área de abrangência, para a gestão e para sua viabilidade. Condicionam o repasse de recursos do sistema de saúde para as unidades gestoras, estados e municípios.

Paralelos aos Planos Diretores exigidos pelo SUS para o planejamento em saúde, outros planos, em nível regional, fazem parte da cadeia de informações que podem interferir no planejamento do EAS: planos econômicos, de desenvolvimento social ou urbano. A depender da estrutura administrativa de cada estado ou município, as diretrizes que podem contribuir para a organização e o dimensionamento espacial dos EAS variam e podem advir de uma ou de várias instituições, por exemplo: Secretaria de Urbanismo, Secretaria de Bem-Estar Social etc.

Os Planos Diretores Municipais

Em nível local, é necessário observar, conforme o artigo 41 do Estatuto das Cidades²⁶, que o Plano diretor é obrigatório para municípios:

- I. com mais de vinte mil habitantes;
- II. integrantes de regiões metropolitanas e aglomerações urbanas;
- III. onde o Poder Público Municipal pretenda utilizar os instrumentos previstos no § 4º do art. 182 da Constituição Federal;
- IV. integrantes de áreas de especial interesse turístico;
- V. inseridos na área de influência de empreendimentos ou atividades com significativo impacto ambiental de âmbito regional ou nacional.

O Código de Obras

Outros instrumentos mais específicos para o planejamento do EAS são os códigos de urbanismo e/ou de obras/edificações, os quais definem mais detalhadamente os aspectos físicos relativos às diretrizes estabelecidas em níveis superiores. Dispõem parâmetros como:

²⁶ Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001, que regulamenta os art. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências.

- zoneamento urbano (tipo de uso do solo);
- taxas de ocupação, índices de aproveitamento;
- recuos laterais, cota de soleira, altura máxima da edificação.

Esses parâmetros físicos fazem variar a solução arquitetônica e urbanística de acordo com o código.

As Normas Técnicas

A Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT –, fundada em 1940, é o órgão responsável pela normalização técnica no país, fornecendo a base necessária ao desenvolvimento tecnológico brasileiro.

É uma entidade privada, sem fins lucrativos, reconhecida como Fórum Nacional de Normalização – único – através da Resolução n.º 07 do CONMETRO, de 24 de agosto de 1992.

Essas normas podem ser elaboradas em quatro níveis: internacional, regional (entre países), nacional ou empresarial. Segundo a ABNT (2006), o processo de elaboração de normas brasileiras consiste no seguinte:

QUADRO 4 - ETAPAS PARA ELABORAÇÃO DE UMA NBR

ETAPAS	DISCRIMINAÇÃO
1.	A sociedade brasileira manifesta a necessidade de se ter uma norma; [Deve ser apresentada solicitação formal à ABNT, descrevendo a necessidade da existência da Norma Brasileira, listando as empresas, entidades e indivíduos que possam ter interesse na sua elaboração e aplicação]
2.	O Comitê Brasileiro (ABNT/CB) ou Organismo de Normalização Setorial (ABNT/ONS) analisa o tema e inclui no seu Programa de Normalização Setorial (PNS);
3.	É criada uma Comissão de Estudo (SCE), com a participação voluntária de diversos segmentos da Sociedade, ou incorporada esta demanda no plano de trabalho da Comissão de Estudos já existente e compatível com o escopo do tema solicitado;
4.	A Comissão de Estudo (CE) elabora um Projeto de Norma, com base no consenso de seus participantes;
5.	O Projeto de Norma é submetido à Consulta Pública;
6.	As sugestões obtidas na Consulta Pública são analisadas pela Comissão de Estudo (CE), e o Projeto de Norma é aprovado e encaminhado à Gerência do Processo de Normalização da ABNT para homologação e publicação como Norma Brasileira;
7.	A Norma Brasileira poderá ser adquirida nos Escritórios Regionais da ABNT e nos diversos Postos de Venda espalhados pelo Brasil.

Fonte: ABNT, 2006.

São inúmeras as normas técnicas elaboradas pela ABNT necessárias ao planejamento físico de EAS. Porém, existe, principalmente na rede de serviços públicos, grave dificuldade de aquisição delas, por questões orçamentárias. Apesar de se reconhecer o valor de sua produção, o custo, para muitos profissionais, é um obstáculo ao acesso a e ao conhecimento dela.

Um exemplo de que essa dificuldade existe foi a edição, em caráter de exceção, da NBR-9050, que trata da acessibilidade de portadores de necessidades especiais na Internet. O argumento de muitos planejadores é de que, se é obrigatório o atendimento dessas normas, o Governo deveria disponibilizá-las gratuitamente.

O Plano do EAS

O Plano Diretor para o planejamento físico de cada EAS é recomendável, mas não, obrigatório. Os gestores, a depender dos serviços a serem prestados, devem elaborá-lo, de modo a possibilitar as ações de atenção à saúde, bem como a garantir qualidade às características físicas do EAS, facilitando sua construção, ampliação ou reforma.

Cada Unidade do EAS deve estar sujeita a normas específicas para seu funcionamento, o que, muitas vezes, faz variar suas características físicas em relação a outras.

Assim, por exemplo, a Unidade de Hemodiálise estará sujeita a normas específicas distintas de uma Unidade de Banco de Leite Humano. Todas têm determinações na RDC-50, mas possuem normas complementares que devem ser atendidas.

Para estas definições, deve haver um processo participativo entre os profissionais e representantes da comunidade, seja de âmbito hospitalar, seja de usuários afetados pelos serviços oferecidos.

5.0 ATRIBUTOS ARQUITETÔNICOS DE INTEGRALIDADE PARA EAS

Neste capítulo, faz-se uma revisão simplificada de alguns conceitos que definem arquitetura e programação arquitetônica, com o intuito de embasar o leitor multiprofissional a respeito dos processos necessários à definição do projeto, que deve atingir seus objetivos pela representação gráfica dos elementos físicos de acolhimento às necessidades humanas, neste caso, os voltados para atenção integral à saúde.

Primeiramente cabe o alerta de que a palavra *arquitetura* carrega mais de um sentido: pode representar tanto o objeto quanto o fazer arquitetônico. Assim, por exemplo, um determinado hospital pode ser considerado uma boa arquitetura (edifício), e o seu autor executou uma boa arquitetura (projeto).

Todo edifício é composto por elementos e atributos arquitetônicos específicos que o caracterizam. Em geral, o edifício de atenção à saúde requer uma composição física e qualitativa complexa, cujas qualidades devem atender adequadamente à gama de suas atribuições. Os ambientes de EAS devem obedecer a determinados atributos arquitetônicos, a fim de que sejam viabilizadas as condições físicas necessárias aos cuidados de saúde integral. Pretende-se aqui apresentar tais atributos, a partir da compreensão geral do campo da Arquitetura.

A “definição relacional de arquitetura” proposta por Holanda (2002:83) permite entender as principais dimensões do campo da Arquitetura, portanto ela pode ser um dos roteiros relevantes de pesquisa e planejamento arquitetônico na área de saúde.

No Quadro 5, o autor sugere que a Arquitetura pode ser vista como resultado das relações que as pessoas estabelecem com o espaço (construído ou natural), com o objetivo de satisfazer suas expectativas, de diversas naturezas, em função de valores determinantes.

QUADRO 5 - DEFINIÇÃO RELACIONAL DA ARQUITETURA

TERMOS DA RELAÇÃO	ARQUITETURA/ PESSOAS/ ESPAÇO (CONSTRUÍDO OU NATURAL).
NATUREZA	APROPRIAÇÃO/TRANSFORMAÇÃO com objetivo de satisfazer expectativas: <ul style="list-style-type: none"> • funcionais (uso) • de co-presença (interação com as pessoas, convívio) • bio-climáticas (térmico, lumínico, acústico) • econômicas (custos implantação ou manutenção) • topoceptivas (identidade e orientabilidade) • emocionais (afetividades) • simbólicas (representação de valores)
VALORES DETERMINANTES	Em função de VALORES: <ul style="list-style-type: none"> • ecológicos (homem com a natureza-sustentabilidade) • éticos (relacionamento com o semelhante) • estéticos (beleza segundo a ativação autônoma dos sentidos da visão, audição e imaginação) historicamente determinados.

Fonte: Holanda (2002), editado pela autora.

É necessário que a Arquitetura voltada aos serviços de atenção à saúde considere a riqueza das relações estabelecidas nos seus espaços e os compatibilize. A prática atual da Arquitetura Hospitalar, no Brasil, tem fortes preocupações com os aspectos funcionais e econômicos, o que é apropriado, porém considera pouco os bioclimáticos e, de maneira impertinente, os que envolvem as outras relações.

É fácil constatar, pela RDC-50, o principal instrumento para planejamento em Arquitetura Hospitalar, que seu conteúdo foca, quase exclusivamente, aspectos funcionais, e suas principais informações são essencialmente de descrever os ambientes das unidades de atendimento e relacioná-los a dados quantitativos (quantidade e área mínima em m²), para cada espaço, segundo as atividades consideradas relevantes.

Esse documento pode induzir o arquiteto ou planejador a considerar apenas os espaços descritos na norma como obrigatórios, além de tender a subdimensioná-los. Note-se que os espaços obrigatórios são os que têm função terapêutica, dentro da visão da Clínica Médica, sem considerar as necessidades subjetivas dos usuários.

Um projeto arquitetônico requer uma programação complexa, para que essas necessidades sejam atendidas. Algumas etapas dessa programação são semelhantes às de outras áreas, mas, na Arquitetura, é “fundamental entender a diferença entre conceitos programáticos e conceitos de desenho, o que é muito difícil para algumas pessoas” (Peña & Parshall, 2001:72). Os primeiros referem-se a idéias abstratas, destinadas principalmente aos problemas funcionais, sem atenção aos aspectos físicos. Os conceitos de desenho referem-se a idéias concretas, cujas soluções devem atender a problemas com respostas físicas.

Conceitos programáticos referem-se a problemas de performance ou funcionamento, e *conceitos de desenho* referem-se a problemas arquitetônicos. Por exemplo:

Conceitos programáticos:

- conversibilidade ⇒
- proteção ⇒
- controle de ar ⇒

Conceitos de desenhos:

- vedação escamoteável
- cobertura
- esquadria

Para organizar esses conceitos, faz-se necessário haver um tempo no planejamento dedicado às diversas etapas da programação, que deve ser o mais participativo possível. Esgotar o que deve ser feito para um bom programa arquitetônico e relacionar os atributos da Arquitetura que melhor atendem à integralidade em saúde é uma tarefa de muitos. Toma-se aqui como cabível apenas sugerir alguns pré-requisitos do que deve ser considerado na ampliação do debate e aperfeiçoamento da RDC-50.

5.1 ATRIBUTOS DO PROGRAMA

Peña e Parshall (2001:12-33) recomendam, como em vários tipos de programação, que as etapas de planejamento arquitetônico podem ser distribuídas em cinco, correspondentes às seguintes perguntas:

1. Estabelecer **metas** ⇒ **O que o cliente quer e por quê?**;
2. Coletar e analisar **fatos** ⇒ **O que se sabe ou se tem agora?**;
3. Descobrir e testar **concepções** ⇒ **Como o cliente quer atingir as metas?**;
4. Determinar **necessidades** ⇒ **De quanto se dispõe em espaço e finanças e qual é o nível de qualidade que se quer?**;
5. Expor o **problema** ⇒ **Quais são as condições significativas que afetam o desenho do edifício e quais as direções gerais que o devem considerar?**

Observe-se que essas etapas, com exceção da última, envolvem aspectos quantitativos e qualitativos e podem ter flexibilidade na seqüência, segundo a importância e a prioridade. Há também de considerar-se uma distinta separação entre a programação (análise) e o desenho (síntese). Programar envolve considerações, limites e as possibilidades para o desenho.

Para Pedrosa (2006:10) de um programa de promoção à saúde, que pode ser definido “como artefatos humanos compostos de recursos articulados (disponíveis) para criar serviços e atividades direcionadas a um problema em dado contexto, a uma determinada população, que se espera produza efeitos na situação, emergem posições que priorizam a avaliação do processo, focalizando recursos, atividades e posições...”

Porém, mesmo uma boa programação pode não garantir uma solução perfeita, apenas reduzir as incertezas. “O método utilizado é tão bom quanto o julgamento das pessoas envolvidas” (Peña e Parshall, 2001:26). É necessário que haja um pensamento crítico em relação aos dados obtidos, para que sejam direcionados às metas propostas, que, no caso do EAS, tem como principal desafio o cuidado com a saúde das pessoas.

A cada etapa desse planejamento arquitetônico, devem-se agregar as seguintes considerações, procurando fazê-las interagir:

1. Função: pessoas, atividades, relações;
2. Forma: sítio, entorno, qualidade;
3. Economia: orçamento inicial, custo operacional, custos de ciclo de vida;
4. Tempo: passado, presente, futuro.

Um quadro completo (Anexo 2) das inter-relações entre as etapas de planejamento e o roteiro das considerações sugeridas por Peña e Parshall (2001:36-37) é bom exemplo de como pode ser complexo o planejamento arquitetônico. Mostra também a riqueza de relações que podem interferir em um projeto.

A programação arquitetônica de EAS exige definições quantitativas e qualitativas preliminares sobre saúde pública, que tem como instrumentos o planejamento em saúde, a Epidemiologia e as Ciências Sociais (Ver figura 43).

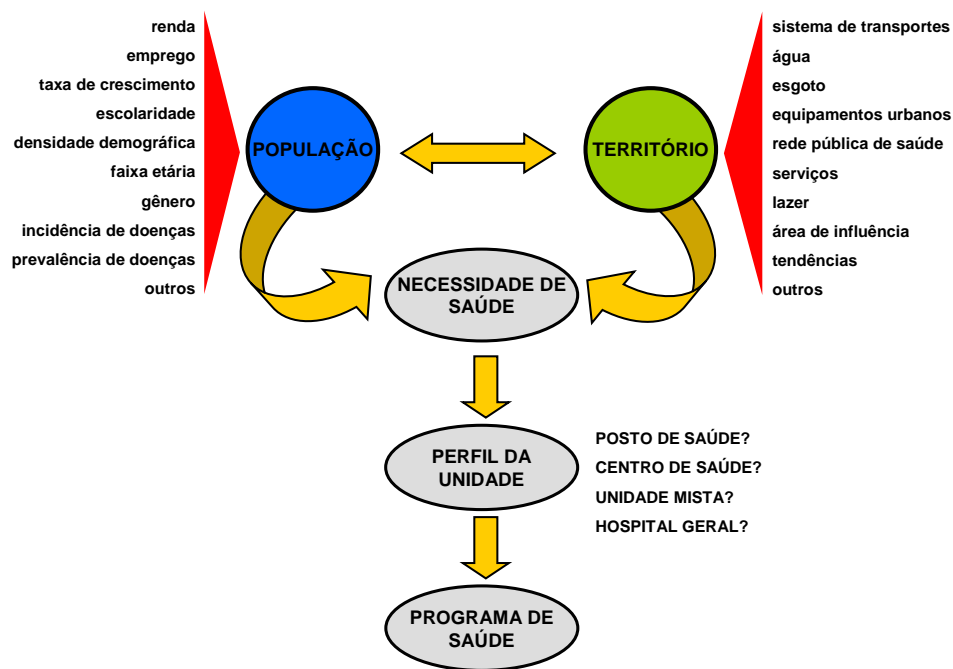
Segundo o IBAM (1996:13), os conceitos de rede de serviços, descentralização, regionalização e hierarquização também são muito importantes para determinar as características necessárias a um EAS ou unidade de saúde:

- Rede de Saúde: cada unidade pública de saúde compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), devendo funcionar de forma integrada e complementar, ou seja, para entender o funcionamento de uma unidade é preciso conhecer a rede na qual ela se insere, para onde ela manda e de onde recebe pacientes.
- Descentralização: a gestão dos recursos necessários à prestação de serviços de saúde, a qual envolve as discussões e decisões quanto ao planejamento, à

execução e ao acompanhamento da rede de saúde, deve ser feita pelo nível local onde a rede de serviços se insere.

- Regionalização: para os serviços de Saúde Pública, a divisão da cidade em agrupamentos ou áreas que guardam semelhanças, considerando que pessoas adoecem de forma diferente, dependendo de onde moram, de onde trabalham e de suas condições econômicas.
- Hierarquização: cada unidade tem atribuições diferenciadas no atendimento à população, de acordo com o tipo de tecnologia requerido para cumprir sua função de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

FIGURA 43 - DADOS BÁSICOS PARA O PROGRAMA DO EAS



FONTE: IBAM (1996:15). Editado pela autora.

NOTA: Nesta fase, devem-se consultar também o Código de Obras, normas e portarias do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, normas da ABNT e outras específicas do setor saúde.

O Programa de Necessidades e o (RDC-50) Programa Arquitetônico requerem um estudo minucioso das atividades e dos recursos envolvidos na sua operacionalização: recursos humanos, equipamentos e mobiliário os quais configurarão uma necessidade ideal de espaço. Deve também quantificar e qualificar os ambientes onde acontecem as atividades de assistência à saúde (IBAM, 1996:15).

5.2 ATRIBUTOS DO PROJETO

A elaboração do Projeto Arquitetônico de EAS pressupõe a harmonia entre as necessidades apontadas pelos profissionais de saúde, com as características das atividades e suas especificidades, e a percepção dos arquitetos para a correta interpretação dos programas de saúde.

Como resultado, deve-se ter a identificação mais clara e precisa possível das características do espaço a ser projetado, de modo a contemplar principalmente:

- acessibilidade, segurança e conforto dos pacientes, em primeiro lugar, e dos demais usuários;
- a eficiência dos profissionais;
- a adequação espacial dos equipamentos.

No processo de elaboração do Projeto Arquitetônico, as informações devem ser agregadas e revisadas pelos profissionais envolvidos, o que será determinante para nortear o arquiteto na definição:

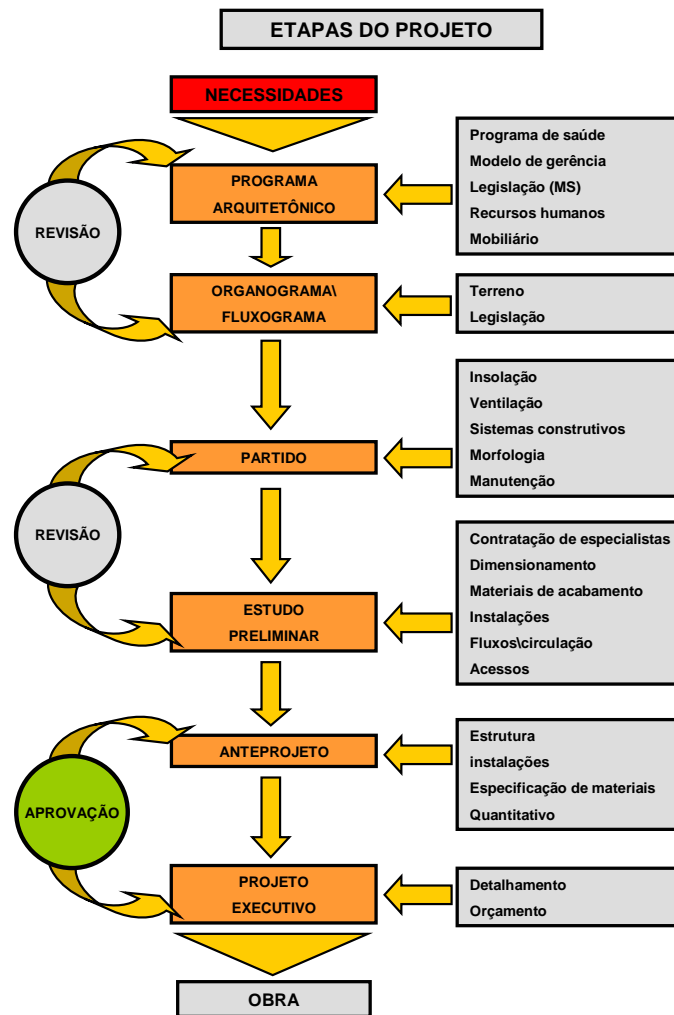
- do partido arquitetônico;
- do sistema construtivo;
- da especificação dos materiais.

“Na sua dimensão física, o hospital é um sistema espacial complexo que tem que atender às diferentes competências técnico-científicas, à evolução da tecnologia médica, à organização, à acessibilidade, à funcionalidade, à flexibilidade, em função dos utilizadores e objetivos terapêuticos propostos” (Figueiredo, 2005:303).

O projeto deve atender não só a aspectos funcionais e de produtividade organizacionais, mas também às necessidades dos doentes, devendo ser discutido por estes, seus acompanhantes e visitas e pelos profissionais, através de processos de participação conjunta e multidisciplinar.

É recomendável que o planejamento de um EAS envolva em sua equipe o profissional de Arquitetura desde a etapa de elaboração do seu programa de saúde, para melhor desenvolvimento do programa e do projeto arquitetônico, cujas etapas são representados na figura a seguir.

FIGURA 44 - ETAPAS DO PROJETO ARQUITETÔNICO



FONTE: IBAM (1996:16)
 NOTA: Editado pela autora.

Os espaços sucessivamente remodelados, por vezes, de forma arbitrária, desintegrada e desconexa, têm efeitos negativos em termos de funcionalidade, gestão organizacional e fins terapêuticos. Por isso, há de se ponderar bastante, quando se utilizam os espaços pensados no projeto como flexíveis, adaptáveis e amplos. Tais qualidades espaciais podem se tornar armadilhas, quando aproveitadas indevidamente. Segundo alerta Caetano (*apud* Figueiredo, 2005: 318), “é um erro projetar um Departamento segundo a idiosincrasia de um dado médico (como tão freqüentemente acontece)...o hospital continuará de pé depois de ele ter desaparecido”, mas pode perder suas qualidades de origem sem haver ganhos para a comunidade hospitalar.

Um bom desenho exige uma noção correta:

- do equipamento a utilizar;
- do número e categoria dos profissionais;
- da definição de métodos, rotinas e circuitos organizacionais.

As instalações devem ter, como critérios, a função das necessidades da população no presente e no futuro, ponderando-se:

- a funcionalidade;
- a flexibilidade;
- a sociabilidade;
- a racionalização dos custos em função dos benefícios.

5.3 ATRIBUTOS DO EDIFÍCIO DE EAS

A elaboração do projeto arquitetônico deve considerar que o ambiente pode criar oportunidades e limitações, influenciando direta ou indiretamente os usuários e afetando o comportamento e a recuperação dos doentes. Os ambientes de EAS têm que atender a necessidades de diferentes grupos, por vezes, difíceis de compatibilizar com as responsabilidades terapêuticas.

5.3.1 Recomendações da Psicologia Ambiental

A amenização dos fatores de estresse deve ser uma constante na programação do EAS, visando ao bem-estar, à recuperação dos doentes e ao desempenho dos profissionais, “pois todos os processos cognitivos e psicológicos nomeadamente a percepção, a utilização, a ocupação, a apropriação (territorialidade), a socialização *versus* privacidade, a identidade (pessoal, social ou a um lugar), a vinculação a um lugar, a participação, a satisfação e a motivação, estão alterados” (Figueiredo, 2005:303).

Os valores estéticos devem atender aos efeitos terapêuticos desejados, condicionando as instalações, a decoração, a iluminação e o esquema de cores. As boas condições de temperatura, ventilação, ruído, acesso ao exterior (físico e visual) bem como as acomodações dos pacientes e acompanhantes são importantes complementos

aos cuidados de atenção à saúde, colaborando para o tratamento, a recuperação e a reabilitação.

Hosking e Haggard (1999:2) sugerem que a estética significa a apreciação do entorno por nossos sentidos, não apenas a distinção simples do tipo: quente/frio, silencio/barulho, etc. Implica a percepção mais sofisticada do ambiente, que as autoras classificam em quatro formas de estética, com um total de doze atributos:

- psicológica - inclui **alegria, brincadeira e prazer;**
- espiritual - sugere **esperança, contentamento e paz;**
- física - implica **bem-estar, tranqüilidade e comodidade;**
- intelectual - inspira **humor, interesse e contemplação.**

A manutenção dos elementos decorativos e de conforto dos pacientes de EAS deve ser contínua, pois a deterioração começa na inauguração. A implantação desses elementos é apenas uma parte do desafio. A mais importante é conseguir controlar um sistema de manutenção e reparos adequados às necessidades do que foi implantado (*Ibidem*: 50).

O EAS deve corresponder às necessidades específicas de determinados grupos de doentes (idosos, crianças, doentes psiquiátricos), sujeitos a alterações da percepção as quais, em determinadas situações clínicas, provocam também sensibilidade aos padrões de cor, textura e desenho, alterando a percepção do espaço. Esses estados clínicos podem causar distúrbios como enxaquecas, agitação, hipersensibilidade visual, olfativa, auditiva e gástrica.

Para Figueiredo (2005:311), o ambiente hospitalar possui várias dimensões que se inter-relacionam e interagem, condicionando a gestão e o clima organizacionais, o clima social e o clima terapêutico. São estas as dimensões: cultural, simbólica, social, organizacional e física. Para cada dimensão, é recomendado que seja considerado o seguinte:

- **Da Dimensão Cultural:** as terapias devem respeitar as representações individuais sobre vida, saúde e doença, variáveis segundo condições socioculturais (Barbosa *apud* Figueiredo, 2005:312).
- **Da Dimensão Simbólica:** a “evolução da cultura e do poder simbólico do hospital, enquanto espaço de vida, cura ou morte e do simbolismo associado

ao espaço e aos profissionais hospitalares” (Caetano, Ferreira *apud* Figueiredo, 2001: 313).

- **Da Dimensão Social:** apesar de haver necessidade de se estabelecer limites físicos e sociais, a criação de condições de acolhimento a doentes, familiares, visitas ou até animais de estimação, como forma de traduzir o bem-estar dos indivíduos no ambiente social (Cardoso Pires *apud* Figueiredo, 2001: 313).
- **Da Dimensão Organizacional:** alguns fatores estruturais da organização hospitalar relacionados por Moos (*apud* Figueiredo, 2001: 315):
 - O efeito do tamanho e o relacionamento paciente/profissional na organização dos serviços é diferente da de outros locais de trabalho;
 - a longa permanência dos pacientes no hospital traz problemas físicos e psicológicos, em que as respostas ao ambiente não terapêutico são de passividade, isolamento, depressão, prolongando a dependência e o tempo de internação;
 - a rotação de pacientes é maior em hospitais bem dotados de pessoal, independentemente do seu tamanho;
 - os pacientes em hospitais menores têm alta mais cedo, independentemente da dotação de pessoal;
 - hospitais pequenos e bem dotados de pessoal têm impactos positivos e determinantes para os pacientes;
 - hospitais pequenos com níveis de atendimento elevado têm impactos positivos e determinantes para os pacientes;
 - hospitais com maior relação enfermeiros/pacientes têm diminuição da demora média de internação;
 - hospitais pequenos com altos índices de atendimento de pacientes têm altos índices de altas.

- **Da dimensão física:** condiciona a organização, o desempenho e a produtividade. “As *instalações hoteleiras hospitalares* são peças indispensáveis para o conforto dos indivíduos, doentes e familiares, para a *humanização e funcionalidade do hospital*, não podendo mais ser vistas como uma excentricidade, pois promovem a cura, o cuidar, a satisfação e como resultado final o desempenho, melhorando a relação *custos/benefícios* conforme sustentado por Rocha” (*apud* Figueiredo, 2001: 317).

Ortega-Andeane (*apud* Figueiredo, 2001: 318) indica como fatores de estresse: o projeto arquitetônico inadequado, a ausência de privacidade e a presença de estímulos múltiplos contraditórios e competitivos. Sugere, portanto, que se promovam:

- o conforto físico;
- o contato social;
- o significado simbólico;
- a sinalização.

Em complemento, Baier (*apud* Figueiredo, 2001: 318) indica que “as fontes de estresse para o doente são: a doença e a perda de capacidades, a incerteza, as técnicas médicas evasivas e o ambiente físico de baixo suporte social, com perda de controle, de privacidade e de impacto auditivo”.

O projeto de um EAS deverá satisfazer às necessidades estéticas, as de conforto e as clínicas, por vezes, contraditórias entre os seus usuários. “Tem-se incrementado a funcionalidade dos espaços terapêuticos, em detrimento das necessidades e benefícios psicológicos dos doentes, visitas e profissionais, tornando-os espaços geradores de stress ambiental”. Um mau projeto “altera os padrões fisiológicos de bem estar dos doentes, traduzindo-se em ansiedade, delírio, aumento da pressão arterial e o aumento do consumo de drogas analgésicas com o respectivo aumento dos custos associados ao internamento” (Ulrich *apud* Figueiredo, 2001: 318).

Para Trimmer (*apud* Figueiredo, 2001: 318), “existem formas econômicas de se criarem espaços terapêuticos, bem construídos e acolhedores”. Uma verba restrita para uma obra pode significar um desafio para a criatividade dos planejadores sem prejuízo da qualidade nem do melhor aproveitamento de recursos.

O desenho hospitalar deve ser elaborado visando a se obter altos níveis de ocupação, através de eficiência e flexibilidade das acomodações, disponibilizando os profissionais para o cuidado e o tratamento necessário, com a máxima economia de tempo e de esforço.

Há necessidade de distinguir entre o desenho que pretende corresponder às necessidades gerais dos doentes e o que pretende dar suporte a processos e funções de grupos específicos de doentes (William *apud* Figueiredo, 2001:319).

O desenho torna-se tanto mais fácil quanto mais específicas forem as características do grupo a que se destina, mas as unidades mais especializadas e mais dispendiosas são pouco flexíveis e adaptáveis. Em termos de planeamento, deve-se optar por um desenho mais flexível, funcional, estético, confortável e terapêutico.

A eficiência dos profissionais está condicionada à configuração do ambiente, à organização do espaço e do trabalho.

5.3.2 Condicionantes Ambientais

A implantação de um EAS depende de estudos preliminares sobre o sítio e o lote, visto que há de se prever os impactos negativos e positivos para o controle de seus efeitos no edifício, e deste ao seu sítio. Para isso, são necessárias consultas aos regulamentos de legislação urbanística e ambiental nos níveis federal, estadual e municipal.

As condicionantes ambientais aplicáveis aos EAS são mais complexas do que aquelas destinadas a fins residenciais, a que grande parte da literatura se dedica. Segundo Ribas e Oliveira (1995:13), devem ser tomadas como base as condicionantes aplicáveis aos ambientes de trabalho, para cobrir as características do EAS considerando:

- distribuição de atividades;
- prioridade para o maior grau de permanência;
- uso dos espaços, priorizando a solução de situações críticas por área (atividade-fim/atividade-meio);
- categorias dos usuários (pacientes internos e externos; profissionais de saúde; visitantes e pessoal de apoio), dando preferência ao usuário-paciente;
- a realização de controle por segmentação sensorial relativa às questões de conforto (térmico, lumínico, acústico, olfativo).

5.3.3 Conforto Térmico

Para uma adequação térmica dos ambientes, é necessário considerar:

- dados climáticos (temperatura do ar, precipitação, umidade e insolação);

- modos de transferência de calor (condução, evaporação, convecção, radiação) entre o organismo humano e o meio circundante e os componentes materiais da edificação;
- mecanismos de equilíbrio térmico do corpo humano que envolvem:
 - fatores de ganho de calor
 - metabolismo (basal e muscular);
 - convecção (se o ar é mais quente que a pele);
 - condução (contato com corpos quentes); radiação (do Sol, da abóbada celeste e dos corpos quentes).
 - fatores de perda de calor
 - condução (contato com corpos frios);
 - convecção (se o ar é mais frio que a pele);
 - radiação (de superfícies frias);
 - evaporação (da umidade e suor).
- índices de conforto: variam de acordo com as condições climáticas e a depender do referencial de conforto que se processa, quando o organismo, sem recorrer a qualquer mecanismo de termo-regulação, perde para o ambiente calor produzido compatível com sua atividade (trabalho e vestimenta). A aplicação ao EAS requer ainda a avaliação de conforto adequada ao tipo de reação do paciente à enfermidade.
- variáveis subjetivas: hábitos alimentares que afetam o metabolismo; idade e sexo; forma do corpo; gordura do corpo; estado de saúde; vestuário; processo de aclimação dos indivíduos.

Ribas e Oliveira (1995:34) sugerem que sejam consideradas as diferenças bioclimáticas das regiões brasileiras para a o projeto, segundo a classificação dos seguintes domínios climáticos utilizados pelo IBGE:

- Quente e úmido da hiléia amazônica;
- Quente e úmido da floresta tropical/ Mesotérmico e úmido da floresta tropical;
- Mesotérmico e úmido das latitudes médias;
- Quente e semi-úmido do cerrado/ Mesotérmico e semi-úmido do cerrado;
- Quente e seco da caatinga.

O método de Mahoney (*apud* Ribas e Oliveira, 1995:34) tem sido um dos mais utilizados nas últimas décadas para a definição de elementos do desenho arquitetônico, de acordo com as características climáticas.

As variáveis climáticas utilizadas por Mahoney são:

- Localidade, longitude, latitude e altitude;
- Quadro 1: Temperatura;
- Quadro 2: Umidade, pluviosidade, ventos;
- Quadro 3: Limites de conforto;
- Quadro 4: Indicadores.

As variáveis de desenho são:

- planos de massa;
- espaçamento entre edifícios;
- movimento do ar;
- tamanho, posição e proteção das aberturas;
- paredes;
- coberturas;
- espaços externos.

Atualmente, vários programas gráficos simulam variáveis ambientais, dando condições projetuais mais exatas para o controle térmico e lumínico, o que contribui para a evolução de meios mais sustentáveis de abastecimento energético dos edifícios, elemento de fundamental importância para os EAS, uma vez que grande parte deles tem forte demanda energética. Amorim (2006) sugere um conjunto de páginas *web* (Anexo 3) em cujos conteúdos apresentam vários tipos desses programas.

5.3.4 Conforto Acústico

Em geral, as medidas acústicas são tomadas, para evitar que ruídos externos ao edifício promovam mal-estar aos usuários.

No caso dos EAS, eles próprios são produtores potenciais de ruídos, a depender do grau de sua complexidade de atendimento. Isso se deve ao fato de que, além do fluxo

de pessoas exercendo várias atividades, existem equipamentos de transporte de cargas e de diagnóstico que formam um conjunto muito difícil de controlar.

Para o controle de ruído, podem ser tomadas, portanto, duas medidas, uma de controle externo e outra de controle interno, de acordo com Koenigsberger (*apud* Ribas e Oliveira, 1995:66):

- distanciar-se da fonte de ruído, considerando que a duplicação da distância reduz o nível de ruído em 6 decibéis;
- evitar zonas de som dirigido, como pontos de ônibus ou semáforos;
- utilizar barreiras, de modo que elas se posicionem o mais próximo da fonte;
- posicionar aberturas, pois elas constituem os elementos de penetração do ruído, dando prioridade à Unidade de Internação;
- usar materiais de isolamento acústicos, mesmo não sendo solução econômica, às vezes é imprescindível para o uso de um determinado ambiente;
- redução da fonte de ruído é possível pelo amortecimento de alguns equipamentos (compressores, motores, geradores) com diversos materiais, conforme o tipo de vibração (tecidos, feltros, linóleos, lã de vidro, placas de eucatex etc.).

5.3.5 Efeitos terapêuticos da luz e da cor

O projeto de iluminação de EAS deve considerar prioritariamente o uso da luz natural em todos os ambientes, com exceção dos que exijam funcionalmente a restrição de luz, como os destinados a trabalhos de diagnóstico de imagem. A qualidade e a quantidade de luz destinam-se a assegurar não só a função visual, mas são fator essencial à visão da cor, da forma e da textura.

As aberturas devem ser estrategicamente localizadas, para permitir iluminação natural, como condição necessária ao desempenho das atividades, oportunidade de localizar pontos de referência no exterior (orientação no espaço), assim como a orientação do doente no tempo através do ciclo circadiano.

A iluminação artificial tem como função complementar as necessidades de luz, de acordo com as várias atividades, de modo adequado a suas especificidades e considerando ainda as particularidades dos distúrbios causados pelas doenças aos

indivíduos. O ideal é que os ambientes possam ter o máximo de aproveitamento da luz natural, que seja gradualmente, ao longo do dia, e de acordo com as estações, complementada ou substituída pelo sistema artificial de iluminação.

Os ambientes de EAS devem garantir ao paciente o contato com a luz natural sem desconforto. As esquadrias precisam atender a exigências de:

- altura e largura adequadas;
- facilidade de manuseio e limpeza;
- controle de luz, ruídos e ventilação;
- controle de privacidade (transparência e opacidade);
- segurança contra quedas.

Conseguir conciliar todos esses atributos não é uma tarefa fácil, tem-se tornado um desafio principalmente em enfermarias, porque estas abrigam vários indivíduos em posições diferentes. Assim, por exemplo, aqueles que estão próximos à janela, quando não há proteção de *brises*, podem ter o privilégio de ver a paisagem, mas estão sujeitos à incidência solar, pela manhã ou à tarde, sobre o leito.

Costi (2002:212) verificou “que a luz e a cor são fundamentais para o conforto e não são percebidas apenas pelo sistema visual e pela ‘consciência’, mas pelo ser humano como um todo. Para compor a ambiência, inicialmente deve-se conhecer as necessidades dos usuários que são relacionadas às suas patologias, e depois, escolher o sistema de iluminação e as cores”.

A psicologia da cor atribui significados e efeitos às cores, inclusive terapêuticos (Putsep, Caetano *apud* Figueiredo, 2001: 320).

Em geral, as respostas humanas à cor são estudadas pela:

- cromoterapia, que utiliza as cores para restaurar o equilíbrio energético em áreas do corpo atingidas por alguma disfunção;
- cromosofia, que estuda as cores e sua influência na psique humana, através do uso de roupas e de ambientes.

Costi (:247-250) recolheu informações a respeito desses possíveis efeitos, e uma síntese deles está organizada nos quadros 6 e 7.

QUADRO 6 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS CORES

CORES	EFEITOS DO MATIZ	IMPRESSÕES OU ASSOCIAÇÕES
QUENTES	Vermelho	Excitante/estimulante Positiva: paixão, fervor, ação, força calor. Negativa: agressão, violência, ofensa, furor.
	Laranja	Estimulante/vibrante. Positiva: jovial, agradável, energética, viva, extrovertida, sociável. Negativa: intrometida, violenta (se for saturado).
	Amarelo	Vibração, alegria Positiva: vivacidade, luminosidade, radiante, leveza, relaxamento, desinibição. Negativa: egocentrismo, brilho, flexibilidade.
	Marrom	Equilíbrio, sujeira Positiva: equilíbrio, natureza, terra. Negativa: sujeira, lama, claustro.
FRIAS	Azul	Retrospecção, relaxamento. Positiva: Calma, segurança, conforto contemplação. Negativa: pavor, depressão, melancolia.
	Verde:	Retrospecção, relaxamento. Positiva: tranqüilidade, refrescamento, calma, natureza. Negativa: comum, culpabilidade, monotonia.
	Roxo/púrpura	Moderação Positiva: dignidade, exclusividade. Negativa: solidão, pompa, luto.
NEUTRAS	Branco	Paz Positiva: paz, limpeza, luz, profundidade, somas das cores, purificação. Negativa: cansaço mental, silêncio absoluto, ausência, solidão.
	Preto	Sobriedade Positiva: sobriedade, distanciamento. Negativa: frio, negativo, luto, idéia do nada e do vazio.
	Cinza	Estabilidade Positiva: Neutralidade Negativa: valor residual, nulidade.

FONTE: Elaborado pela autora a partir de dados de Costi (2002).

Os materiais utilizados, além de considerada a resistência para o uso intensivo dos EAS, devem ter texturas e cores adequadas a cada superfície. Os elementos de desenho hospitalar (interior ou exterior) envolvem: áreas, piso, escada, rampas, paredes, teto, portas, janelas, têxteis, mobiliário, decoração.

Esses elementos têm que ser tratados de forma harmoniosa, de modo que componham um conjunto arquitetônico acolhedor às relações terapêuticas e sociais (Quadro 7).

Há de considerar-se que a percepção e a acuidade visual alteram-se ao longo da vida, o que obriga uma combinação de cores diferenciada para ambientes de idosos, em que valem as seguintes recomendações (Marberry e Zagon *apud* Figueiredo, 2005:321):

- Maximizar a intensidade/contraste;
- Contrastar cores escuras com cores do extremo oposto da escala;
- Evitar:
 - tons com igual saturação;
 - contrastes de tonalidades semelhantes;
 - contrastar cores de baixo croma e de valor similar.

QUADRO 7 - EFEITOS TERAPÊUTICOS DAS CORES E ADEQUAÇÃO ESPACIAL

COR	EFEITO TERAPÊUTICO	AMBIENTE
Vermelho	Estimulante mental, respiratório, muscular e da pressão sanguínea.	Forro; distúrbio, pavor, peso. Paredes: agressão, aproximação. Piso: dar alerta
Laranja	Acelera as pulsações ligeiramente. Provoca expressão verbal das emoções.* Dá sensação de bem-estar e alegria. Favorece a digestão. Regenerador de ossos e músculos.	Forro; estímulo, pedido de atenção. Paredes: quente, luminoso. Piso: ativação, movimento orientado.
Amarelo	Estimulante mental e nervoso. Produz alegria e espiritualidade. Diminui inquietação, ansiedade e preocupação. Incentiva a conversa. Melhora o estado de humor	Forro: luminoso, estimulante. Paredes: quente (alaranjado) irritante (altamente saturado) Piso: elevado, divertido.
Marrom	Quando escuro, é opressivo, fecha o ambiente. Possui a vitalidade e a força impulsora do vermelho, que aquece, mas é atenuada pelo efeito do preto. Induz a observação de regras.	Em interiores; deve ser usada com parcimônia. Forro: opressivo e pesado (se escuro) Paredes: seguro e firme se for de madeira, menos se for pintada. Piso: firme e estável.
Azul	Relaxa, baixa pressão, cicatriza e é indicada em distúrbios nervosos, hemorragias e cefaléias*; Inspira paz e introspecção.	Interiores: tendem a ser desagradáveis e frios se em grandes áreas ou longos corredores. As pessoas sentem desconforto, se permanecerem por longo período. Tons médios e carregados são indicados para uso eventual. Forro; celestial, frio, tem profundidade (suave), pesado e opressivo (escuro). Paredes: frio e distante (suave), estimulante e profundo (escuro) Piso: facilita movimento de esforço (suave), sólido (escuro).
Violeta	Redutor de estresse, cria sentimento de calma.	Interiores: só em áreas de uso eventual.
Verde	Curativa do sangue, tem efeito calmante, dilata os capilares e baixa a pressão sanguínea. Indicado para fadiga e insônia. Reposante e regeneradora. Estimula a esperança e dá passividade.	Interiores: adequado à concentração e à meditação. Forro: proteção (refletindo na pele pode ser desagradável). Paredes: frio, seguro, calmo, passivo, irritante se brilhante. Piso: natural (acima de certo ponto de saturação) relaxante, frio (verde-azulado)
Branco	Deve ser empregada onde se quer evidenciar a higiene. Seu excesso dá cansaço mental. O branco é a soma das cores; psicologicamente é a ausência delas.	Interiores: não deve ser a cor dominante. Forro: vazio, deserto (auxilia a difusão da luz e reduz sombras). Paredes: neutro, estéril, vazio, sem energia. Piso: inibe o toque.
Preto	Pode estimular a depressão, pois favorece a auto-análise e permite um aprofundamento do indivíduo no seu processo existencial..	Interiores: deve ser usado com parcimônia. Forro: vazio para opressivo. Paredes: ameaçador. Piso: estranho, abstrato.
Cinza	Não produz tensão nem relaxamento, dando a sensação de equilíbrio e estabilidade. Luto aliviado.	Forro: sombreamento. Paredes: neutro para monótono. Piso: neutro.

FONTE: Elaborado pela autora a partir de dados de Costi (2002).

5.3.6 Implantação

Um EAS deve estar localizado em um sítio privilegiado. A escolha do terreno tem importância fundamental para o funcionamento e o bem-estar dos seus pacientes. Em geral, é necessário que os códigos de edificações e urbanismo determinem os parâmetros para os edifícios destinados ao cuidado com a saúde. Porém, seria recomendável que as normas, em âmbito federal, definissem os parâmetros básicos de

uso e ocupação do lote de EAS como fatores condicionantes de uma ocupação equilibrada. Sendo assim, recomenda-se:

- **localização**: limitar o raio de vizinhanças incompatíveis com a salubridade do ambiente do EAS, como indústrias, mercados, locais de trânsito intenso, os quais acarretam impactos na qualidade do ar, com excesso de partículas, ruídos e odores;

- **coeficiente de aproveitamento**²⁷: estabelecer uma relação do volume do edifício sobre o lote e a interferência de demanda por serviços, de acordo com o zoneamento da área a ser implantado;

- **taxa de ocupação**²⁸: limitar a ocupação no lote, para que se garantam espaços externos destinados a:

- áreas terapêuticas de contato com a natureza, como jardins, fontes, parques com brinquedos infantis;
 - acesso adequado – calçadas amplas para pedestres, circulação de veículos de uso interno e externo, estacionamentos limitados.
- **recuos**²⁹: é um dos condicionantes de uma ocupação equilibrada que garante afastamentos suficientes do EAS, favorecendo:
 - iluminação e ventilação natural;
 - redução da absorção de ruídos urbanos para os ambientes internos;
 - aumento da privacidade e proteção das aberturas;
 - redução dos impactos do EAS para o entorno imediato (vapores, ruídos, odores, etc).
 - **orientação**: é a escolha de direção das faces do edifício de acordo com a hierarquização e o controle dos efeitos negativos ou positivos de agentes naturais, como incidência solar, direção dos ventos predominantes, topografia etc. Em geral, dá-se prioridade a aplicar à Unidade de Internação a melhor orientação, visto que requer a maior permanência dos usuários. As

²⁷ **Coeficiente de Aproveitamento** – é o fator pelo qual a área do lote deve ser multiplicada, para se obter a área total da edificação máxima permitida nesse mesmo lote. $C.A = \text{Área de construção} \div \text{Área do lote}$. Considerar para o cálculo: Área de construção com espessura das paredes e todas as áreas cobertas (SEHAB-SP, 1989:65).

²⁸ **Taxa de ocupação máxima** – é o fator pelo qual a área do lote deve ser multiplicada, para se obter a máxima área de projeção horizontal da edificação. $T.O. = \text{Área de ocupação} \div \text{Área do lote}$. Considerar para o cálculo a maior projeção da edificação e a área real do lote obtida através do Levantamento Planialtimétrico (SEHAB-SP, 1989:65).

²⁹ Recuo ou afastamento é a distância entre o limite externo da projeção horizontal da edificação e a divisa do lote. Os recuos definem linhas paralelas às divisas do lote que são os limites para a edificação. São três os tipos de recuo: frontal, lateral e de fundos (SEHAB-SP, 1989:65).

melhores condições de orientação variam com a latitude da região e a posição do terreno.

5.3.7 Áreas de circulação e espera

Costi (2004:210) constatou que “os pacientes demonstraram mal-estar e medo de contaminação aérea devido à aglomeração de pessoas, com vários tipos de doenças, num mesmo espaço”. Os usuários sentem necessidade de janelas para iluminar e ventilar os ambientes hospitalares. As pessoas têm “sensação de abafamento” em ambientes com grande fluxo de pessoas, como circulações e salas de espera (*Ibidem*:212).

Essa sensação pode ser causada pelo confinamento gerado pelos edifícios hospitalares muito compactos, com circulação central, onde se prioriza a economia na construção e manutenção, sem uma correta solução para as questões de conforto térmico, lumínico e acústico. Costi (*Ibidem*:210) recomenda que “ambientes de espera não devem ser confinados. A possibilidade de circular, ver a natureza, distrair-se auxilia a passar o tempo e desvia a atenção da dor durante a espera”.

Costi (2004:212) critica, apropriadamente, o fato de os parâmetros ergonômicos serem definidos de acordo com a classe social nos EAS: “Bancos de madeira são inadequados para quaisquer pacientes (...) Se as cadeiras não podem ser estofadas, que tenham um desenho ergonômico”. Esta crítica se deve ao fato de que, em geral, considera-se, de forma inadequada, que as pessoas economicamente carentes utilizam mal o mobiliário de EAS, principalmente o público, havendo uma tendência de especificar materiais baratos, desconfortáveis e sem qualidade.

O mobiliário utilizado em EAS deve ser resistente, sempre cômodo, fácil de higienizar, esteticamente atraente, acolhedor e quantitativamente equilibrado, de modo que não diminua os espaços de circulação e convívio nem seja insuficiente. As doações de mobiliário, feitas principalmente para EAS públicos, devem ser aceitas criteriosamente, pois, em geral, é inadequado aos ambientes, dando-lhes aspecto de descuido.

5.3.8 A vegetação como instrumento de conforto

Um dos orgulhos do povo brasileiro é, sem dúvida, o fato de seu país ter uma grande diversidade de flora e fauna. Por ser um país predominantemente tropical, o verde faz parte da paisagem geral e da vida doméstica da maioria das pessoas, mesmo de forma diversificada. Contudo, o apreço à vegetação e o reconhecimento de seus benefícios é universal, a exemplo do que afirmou Bacon (2006:1):

Na verdade, plantar jardins é o mais puro dos prazeres humanos, isto é, aquele que constitui maior repouso para o espírito do homem; sem jardins, edifícios e palácios não passam de construções grosseiras; e vemos sempre que, à medida que os tempos desabrocham para a civilização e para a elegância, os homens se preocupam em construir edifícios grandiosos e a jardinar delicadamente, como se a jardinagem fosse o complemento máximo da perfeição.

Para Izard e Guyot (1983:46-52), a vegetação não tem papel passivo e contribui para a formação de microclimas, tanto no meio natural com no urbano, produzindo numerosos efeitos: oxigenação, umedecimento do ar, fixação de partículas de poeira reduzindo a poluição, amortecedores de ruídos, redutores de velocidade dos ventos excessivos, isolantes acústicos. No entanto, deve-se entender que esses efeitos são limitados por suas características, a depender de localização, extensão, resistência aos poluentes e espécie.

Há que considerar-se também o estado, a salubridade, a idade e a conservação da vegetação, para que ela favoreça o microclima com os efeitos acima mencionados. As espécies têm indicação e resistência diferenciadas para esses efeitos.

O efeito de massa é importante na escala da cidade, para que produza conseqüências benéficas no ambiente urbano, devendo representar 30% da sua superfície (*Ibidem*:52).

Não se deve esquecer que a vegetação produz também efeitos cromáticos na composição arquitetônica, tanto pela variedade de troncos, folhas, flores e frutos, quanto pelo acolhimento da fauna, principalmente de pássaros, o que agrega sons à paisagem. Burle Marx fez da vegetação brasileira elemento de composição artística, contribuindo para a valorização dos seus efeitos paisagísticos tanto na escala urbana quanto na do edifício.

Burle Marx estuda esses repertórios florais com a mesma sensibilidade do artista que acompanha todas as nuances da luz solar sobre o colorido da vegetação, no plano

das folhas, nas transparências das flores, nos volumes dos frutos, das massas florais e das montanhas (Motta, 1983:16).

Segundo Romero (1988:96-97), a vegetação deve atender “a exigências tanto de captar sol no inverno como de proteger do sol no verão” e ainda, proporcionar sombra quando necessário, sem obstruir as brisas. Auxilia na redução da temperatura a partir do consumo do calor da evaporação, atuando como filtro das radiações absorvidas pelo solo e pelas superfícies construídas.

Como se pode constatar neste capítulo, a Arquitetura é um campo inesgotável de possibilidades para o abrigo humano. Cabe ao arquiteto estar atento a todas as variáveis que a compõem, a fim de que o edifício destinado à saúde tenha tantas qualidades quantas requerem as relações de conforto dos seus usuários.

5.3.9 Unidade de Internação

A Unidade de Internação hospitalar é um dos setores onde os pacientes passam a maior parte do seu tempo. No Brasil, a média de dias de internação ainda é alta, variando por região, o que requer ainda melhor atenção às condições físicas que acolham as pessoas desde o seu ingresso, dando-lhes condições materiais e psicológicas.

TABELA 1 - MÉDIA DE PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÃO NO BRASIL

Região/UF	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Região Norte	4,1	3,9	3,9	4,1	3,9	4	4,1	4,2	4,1	4	4	4
Região Nordeste	5,4	5,3	5,3	5,2	5,1	5,2	5,2	5,2	5,2	5,1	4,9	5,2
Região Sudeste	8,1	7,9	7,9	7,6	7,5	7,6	7,7	7,4	7,4	7,2	7	7,6
Região Sul	6,3	6,1	6,2	6,1	6,1	6,1	6,1	6,1	5,9	5,7	5,5	6
Região Centro-Oeste	6,1	6	5,9	5,9	5,6	5,4	5,4	5,2	5	4,9	4,9	5,5
Total	6,6	6,4	6,4	6,3	6,1	6,2	6,2	6,1	6	5,9	5,7	6,2

FONTE: DATASUS (2006)

NOTA: Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil

Média Permanência por Região/UF e Ano competência

Período:Jan/1996-Mar/2006

Em geral, os aspectos da Unidade de Internação mais comumente considerados são:

- centralidade e limites de distância em relação ao posto de enfermagem;
- proximidade dos leitos dos doentes, dos mais aos menos graves;
- controle, privacidade, sobre densidade;

- distância em relação a áreas fontes de ruído (abastecimento, refeitório e TV).

Segundo Mezomo (1991:7), “o paciente passa quase a totalidade de seu tempo no quarto. Ali ele se alimenta, descansa, recebe visitas, é examinado e, submetido, pelo menos, aos cuidados mais elementares. Por que, então, não torná-lo o mais semelhante possível ao quarto de um bom hotel?”

No entanto, para viabilizar a atenção integral em EAS, a Arquitetura tem de ir além do quarto, precisa garantir a hospitalidade da hotelaria como um todo, agregando as especificidades adequadas dos cuidados terapêuticos.

As áreas destinadas a diagnóstico e tratamento podem se situar:

- fora do quarto;
- dentro do quarto (hospital-escola);
- em áreas de *prestação de cuidados flexíveis* para atendimentos coletivos e preventivos epidemiológicos.

O conforto do paciente é um tema sobre o qual a RDC-50 pode ser considerada omissa, porém tal falha pode ser atribuída também à falta de detalhamento dos itens correspondentes a isso, desde a Portaria 400 (Ver sumário dessa portaria no Anexo 2). Os ambientes que acolhem atividades sociais necessárias ao paciente fora do leito não têm parâmetros bem definidos.

As características das instalações adequadas ao cuidado e às necessidades dos usuários, em termos de privacidade, conforto físico, comunicação, informação e dos objetivos terapêuticos, são:

- a dimensão dos diferentes tipos de espaços;
- o número de ocupantes por quarto;
- a privacidade das acomodações, visual, acústica e olfativa;
- a vista e o acesso à natureza e ao espaço exterior;
- o mobiliário;
- o espaço de arrumação;
- os objetos de decoração;
- a iluminação;
- as cores;
- a acomodação dos visitantes;
- o banheiro (Figueiredo, 2001: 320).

As necessidades dos familiares e visitantes são as seguintes:

- área de recepção e visitas;
- acesso ao doente;
- alimentação;
- espaço para pernoitar (se necessário).

Góes (2004:124-125), baseado em sua experiência e na de outros profissionais, em sua proposta de programa hospitalar, coloca, de modo diferenciado, as dimensões dos ambientes, incluindo os de recepção e sala de espera, como, por exemplo, para o setor de internação. Esse dimensionamento adequado pode ser considerado uma boa contribuição à correção das dimensões mínimas da RDC-50, cujas áreas, como será apontado no capítulo 6, são insuficientes.

QUADRO 8 - ÁREAS PARA A UNIDADE INTERNAÇÃO - A PROPOSTA DE GÓES E A RDC-50

AMBIENTES	GOES (m ²) *	PORTARIA RDC-50 (m ²) **
Estar de pacientes e acompanhantes	36,00	—
Apartamento 1 leito	12,96	10,00
Apartamento 2 leitos	17,28	14,00
Apartamento 3 leitos	21,60	18,00
Apartamento 6 leitos (máximo)	43,20	36,00
Apartamento para lactentes	4,50/leito	4,50/leito
Apartamento para crianças	5,0/leito	5,00/leito
Posto de enfermagem	5,76	6,00
Sala de serviços	8,64	5,70
Sala de prescrição	8,64	2,00
Sala de curativos	21,60	7,50
Utilidades	8,64	—
DML	8,64	—
Copa	5,76	—
Rouparia	8,64	—
Isolamento	17,28	—
Estar de acompanhante da pediatria	36,00	—
Sanitário apartamento	5,76	—
Sanitário para enfermaria de 2 leitos	5,76	—
Lazer/refeitório pacientes	36,00	1,2 por paciente em condições de exercer atividades
Plantão	17,28	—
Alojamento conjunto para 3 leitos	34,56	—

NOTA: Editado pela autora.

* Dimensão proposta por Góes (2004: 124-125).

**Área mínima proposta pela RDC-50/ANVISA.

“A diversidade de espaços onde nos movemos diariamente contrasta com o espaço de uma cama ou quarto de enfermaria num ambiente desconhecido e por vezes hostil, afastado do ambiente familiar, que passa a constituir o universo diário de um doente por tempo indeterminado” (Figueiredo, 2001:319). Por isso, no EAS, deve-se

garantir não só quarto adequado, recepção e espera, mas também ambientes variados e acessíveis a partir dos ambientes restritos de tratamento terapêutico, a saber:

- calçadas para caminhadas;
- jardins com ambientes sombreados e ensolarados que garantam acesso e permanência a pacientes e acompanhantes;
- mesas e cadeiras de dimensões variadas que permitam atividades diversas em ambientes internos e externos;
- Salas de leitura, jogos e televisão;
- Circulações amplas, de preferência com visão externa e iluminação natural (COSTI, 2002);
- Equipamentos (telefones, bebedouros e lixeiras em quantidade e lugares adequados);
- Sinalização vertical e horizontal que indique, de forma hierarquizada, as informações necessárias aos usuários.

Os espaços multiusos são interessantes, desde que não sejam usados por economia ou falta de espaço para atividades muito diferentes, pois podem causar problemas de sobreposição, interferindo na privacidade e na socialização.

Perante a existência de um espaço único para atividades diversas, pode-se recorrer a:

- arranjos societais (côncavo-centrífgos), que favorecem a sociabilidade;
- arranjos sociofugais (convexo-centrífgos), que favorecem a privacidade;
- barreiras acústicas e visuais;
- acessos ao exterior.

FIGURA 45 – ARRANJOS SOCIETAIS

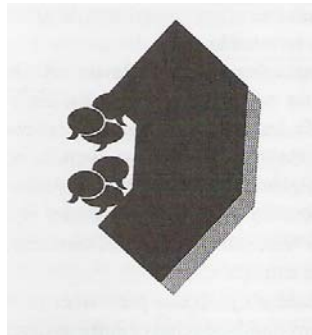
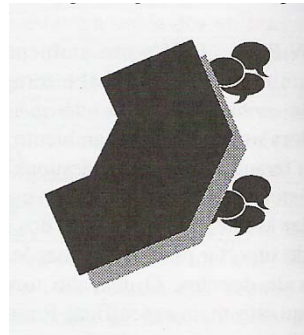


FIGURA 46 – ARRANJOS SOCIOFUGAIS



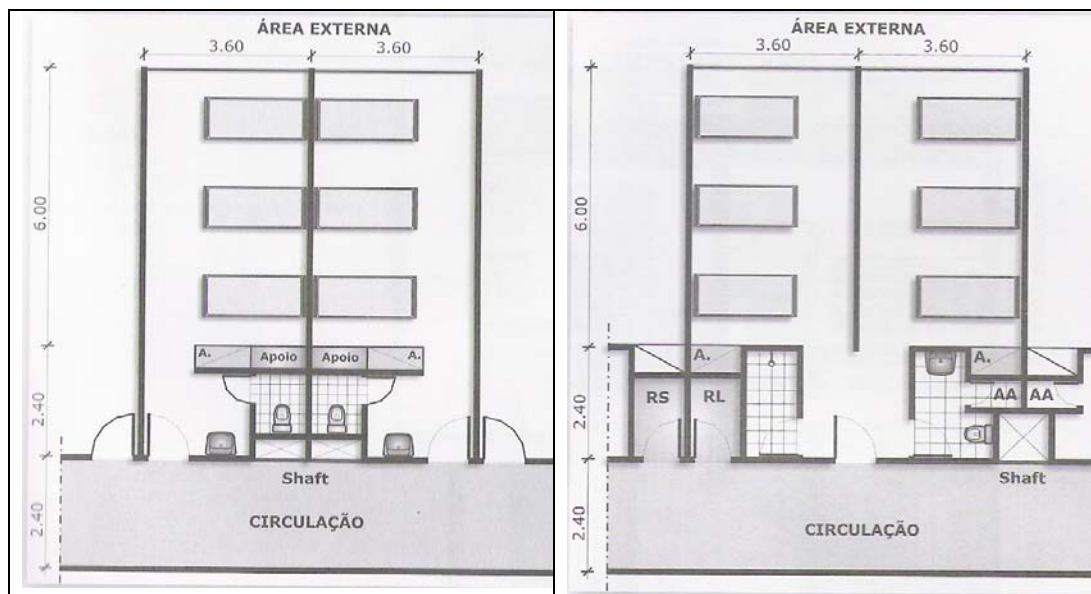
FONTE: Figueredo (2005:320)

NOTA: Os dois arranjos são importantes na composição dos ambientes hospitalares. O primeiro (societal) agrega pessoas com compatibilidades de uso, o segundo (sociofugai) permite a diversificação de usos.

A fragmentação da internação, que ocorre pela distribuição de leitos por especialidades e por sexo, dificulta uma alta ocupação e causa flutuações por categorias. Apesar de a RDC-50 admitir seis leitos como o máximo em uma enfermaria, são recomendáveis, para efeito da integralidade, quartos individuais ou enfermarias que não excedam quatro leitos. Alguns exemplos de soluções para enfermaria foram selecionados por Góes (2004), como os apresentados a seguir:

FIGURA 47 – ENFERMARIA COM BANHO EXTERNO

FIGURA 48 – ENFERMARIA COM BANHEIRO COMPARTILHADO



Hospital Municipal de Koblenz.

Hospital de Colônia Holweide.

FONTE: Góes (2004:83).

NOTA: Nos dois hospitais, ambos na Alemanha, a solução arquitetônica para a mesma quantidade de leitos é diferente. Tais diferenças podem influir no conforto dos pacientes, a depender do tipo de terapia e atendimento que seja dispensado.

Deve-se também considerar que uma enfermaria acolhe várias funções, o que, por economia ou falta de espaço, causa problemas relacionados com a diversidade e a sobreposição de atividades e funções, contribuindo para a redução do espaço destinado ao paciente, causando-lhe redução de privacidade e socialização.

A informação, o ensino e a autorização informada devem estar sempre presentes, desde que sejam feitos de forma individualizada, personalizada e em local próprio, respeitando o poder de decisão e a privacidade do doente ou da família. (Figueiredo, 2001: 320)

5.4 EXEMPLIFICAÇÃO DE ATRIBUTOS DA INTEGRALIDADE EM EAS

O conjunto de figuras apresentado neste item tem como finalidade demonstrar as várias facetas da Arquitetura a serviço da integralidade. Para esta apresentação, foram escolhidas fotos de ambientes de EAS não só do Brasil, como também de outros países.

Procurou-se aqui focar apenas aspectos positivos dos ambientes, considerando os atributos apresentados neste capítulo.

Cabe ressaltar que cada ambiente analisado pode conter aspectos favoráveis e desfavoráveis, a depender do olhar e das expectativas de cada indivíduo. Assim, por exemplo, a enfermaria de índios, cujos leitos são redes de tecidos coloridos, pode ser vista com maus olhos, mas aqui foi considerada a forma mais adequada de fazê-los sentirem-se mais confortáveis, uma vez que alguns nunca dormiram de outra forma. Por outro lado, pode-se argumentar que, aos índios, deveriam ser oferecidos leitos, considerando que eles só dormem em rede, porque nunca tiveram cama, devendo ser dado a eles o mesmo direito dos demais pacientes: dormir em leitos hospitalares. Recairemos, então, nos pontos nevrálgicos deste trabalho, que podem ser resumidos aqui em dois chamados: o primeiro, aos profissionais de saúde, a agir para o bem-estar de todos os indivíduos, com prioridade absoluta para os enfermos; o segundo, aos enfermos, para que se portem como cidadãos e façam valer os seus valores.

As figuras foram agrupadas por página, procurando indicar um tema geral, que está disposto na primeira linha, segundo a característica principal do EAS. Para cada figura, junto à numeração, foi atribuído um título, que corresponde ao ambiente exposto. Abaixo de cada uma, foram feitos comentários a respeito do atributo que se deseja destacar.

Na maioria das páginas, as figuras foram obtidas de uma única fonte, razão pela qual suas indicações foram feitas apenas ao final de cada página. Quando existe mais de uma fonte, são indicadas logo abaixo de cada figura.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

FIGURA 49-VISTA AÉREA



NOTA: O Ambulatório, o edifício no canto inferior direito, com telhado escuro, possui um grande espaço arborizado à sua frente, com as calçadas em “W”.

FIGURA 50 - ÁREA EM FRENTE AO AMBULATÓRIO



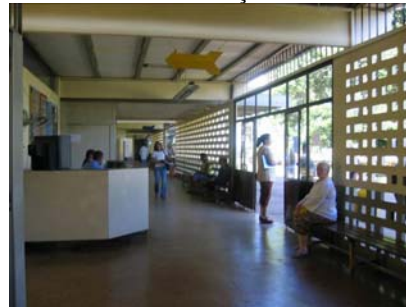
Nota: As árvores e o gramado formam um agradável conjunto, que ameniza os efeitos do Sol nas calçadas circundantes.

FIGURA 51 - FACHADA DO AMBULATÓRIO



NOTA: Os carros ficam afastados das calçadas, que se interligam no acesso principal do ambulatório.

FIGURA 52 - RECEPÇÃO GERAL



A bancada da recepção é aberta, em frente à porta principal. A parede de cobogós ilumina, ventila e permite visão do espaço arborizado e dos bancos externos.

FIGURA 53 - ÁREA EXTERNA (MANHÃ)



Pela manhã ou com Sol ameno, as pessoas ocupam mais os bancos externos.

FIGURA 54 - ÁREA EXTERNA (TARDE)



À tarde, com Sol intenso, as pessoas procuram lugares sombreados no interior do edifício, sob a marquise ou sob as árvores.

FONTE: Pesquisa *in loco* (2004).

O INSTITUTO DA CRIANÇA – HOSPITAL DAS CLÍNICAS – SÃO PAULO.

FIGURA 55 - RECEPÇÃO



Sala de recepção do hospital, também usada para concertos.

FIGURA 56 - QUARTO DA ALA NOVA



O quarto é bem equipado e com condicionamento de ar, devido ao prédio se localizar no centro urbano, onde há poluição sonora e do ar.

FIGURA 57 - BANHEIRO



Os banheiros foram executados com materiais de qualidade, o que facilita a higienização e a manutenção.

FIGURA 58 - CADEIRA DO ACOMPANHANTE



A cadeira do acompanhante do paciente infantil é obrigatória, em geral mais larga, pois é usada para dormir. Exige um espaço adequado ao fluxo do acompanhante e para reclinar a cadeira.

FIGURA 59 - EQUIPAMENTOS DO BANHEIRO



Os equipamentos de apoio proporcionam conforto e segurança aos usuários.

FONTE: Pesquisa *in loco* (2004).

FIGURA 60 - MANUTENÇÃO HOSPITALAR



A equipe de manutenção do hospital atua continuamente, para mantê-lo em condições de atendimento satisfatório.

INSTITUTO DE TRATAMENTO DO CÂNCER INFANTIL – ITACI - SÃO PAULO

FIGURA 61 - TERRAÇO DA COBERTURA



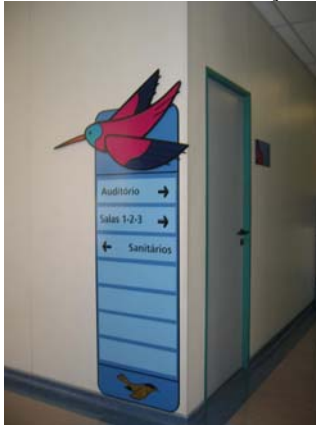
Este terraço abriga as atividades sociais e lúdicas das crianças, devido ao pequeno tamanho do lote.

FIGURA 62 - AREA DE LAZER



Não só os brinquedos, como todo o hospital foi construído com doações a partir de um edifício inacabado.

FIGURA 63 - SINALIZAÇÃO



A sinalização e a decoração fazem parte de um conjunto cuja proposta é baseada nos animais do ar, da terra e da água.

FIGURA 64 - HOTELARIA



Os quartos da ala de pacientes graves são individuais, com serviço de hotelaria completo, inclusive estojo de produtos de higiene.

FIGURA 65 - REFEITÓRIO



No centro da unidade de internação, estão dispostas três salas (refeitório, sala de aula e brinquedoteca).

FIGURA 66 - BRINQUEDOTECA



As salas para lazer, aula e refeição têm painéis em vidro e estão sempre abertas ao acesso das crianças.

FONTE: Pesquisa *in loco* (2004).

HOSPITAL INDÍGENA – BRASIL

FIGURA 67 - IMPLANTAÇÃO TIPO TABA



O partido proposto considerou a disposição espacial das moradias indígenas. Em clima quente e úmido, os ambientes precisam ter afastamento necessário, para garantir o máximo de fluxo de ar. FONTE: BROSS(1995).

FIGURA 68 - CIRCULAÇÕES ABERTAS



As circulações são abertas, para garantir ventilação e contato máximo com o exterior, e cobertas, para proteger do Sol. FONTE: BROSS(1995).

FIGURA 69 - ENFERMARIAS COM VARANDAS



As varandas garantem o convívio em espaços intermediários entre o interior e exterior. FONTE: BROSS(1995)

FIGURA 70 - ENFERMARIA COM REDES



Em respeito ao hábito local, as redes são dispostas nas enfermarias do hospital indígena em São Gabriel da Cachoeira, Amazonas - Brasil. FONTE: PEREZ (2006)

CENTRO DE TECNOLOGIA DA REDE SARAH

FIGURA 71 - HOSPITAL SARAH - BRASÍLIA



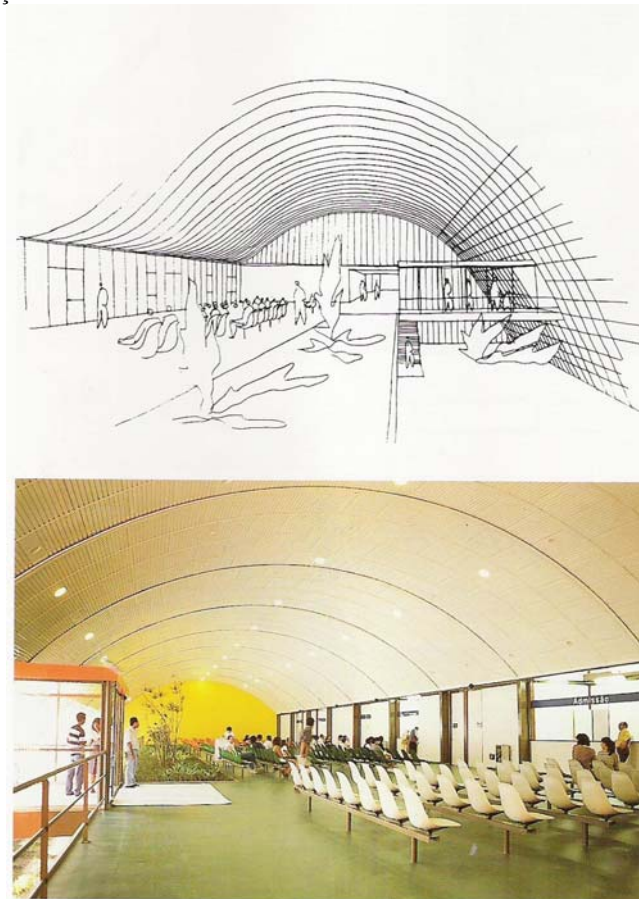
Este hospital deu origem à rede. “Nele foram introduzidas pela primeira vez as técnicas de terapia baseadas na grande mobilidade do paciente”.

FIGURA 72 - VARANDA EM PÉ-DIREITO DUPLO



As enfermarias são contíguas às amplas varandas que permitem o acesso ao paciente, transportado em leitos especiais.

FIGURA 73 - RECEPÇÃO EM BELO HORIZONTE



Essa Rede prima pela qualidade no atendimento desde a recepção dos seus hospitais, cuja especialidade é a recuperação do aparelho locomotor.

FONTE: LIMA (1999)

CENTRO DE IDOSOS DONALD W. REYNOLDS – EUA

FIGURA 74- AMBIENTE DE ESTAR E LEITURA.



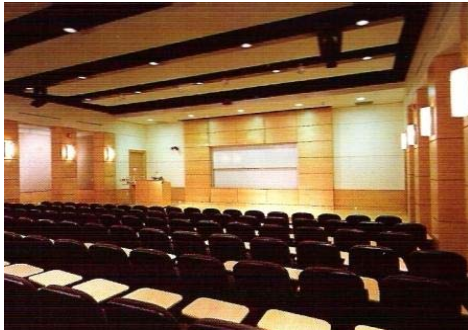
Percebe-se a preocupação em aproveitar a luz natural e um ambiente de qualidade.

FIGURA 75 - AMBIENTES RESERVADOS



Bem equipados, contribuem para o conforto dos idosos.

FIGURA 76 - AUDITÓRIO



Garante atividades culturais, sociais e didáticas.

FIGURA 77 - REFEITÓRIO



Sala com ampla visão da área externa. A distância entre as mesas permite privacidade e boa circulação para os idosos.

FIGURA 78 - ÁREA DE RECEPÇÃO E ESPERA.



Pode-se destacar o contraste entre cores claras e escuras, com harmonia.

FONTE: Perkins Eastman Architects PC (Mostaedi, 2001:52-63).

CENTRO HOSPITALAR FRANCOIS DE QUESNAY, FRANÇA

FIGURA 79 – PÁTIO CENTRAL COBERTO. FIGURA 80 – JARDIM CIRCULAR



No mesmo edifício, são usadas cores fortes no piso e na passarela, realçando os círculos formados pelas muretas.

FIGURA 81 – RECEPÇÃO E ESPERA



NOTA: Jardim interno central integrado aos demais andares verticalmente.

Espaços amplos, horizontal e verticalmente, para circulações, recepção e espera.

FONTE: Arq. René Dottelonde & Jean-Philippe Pargade (Mostaedi, 2001:98).

HOSPITAL AGATHARIED, MUNIQUE

FIGURA 82 - ESQUADRIAS



As esquadrias adequadas integram o ambiente externo ao interno.

FIGURA 83 - AMBIENTES INTEGRADOS VERTICALMENTE



O plano inclinado da esquadria favorece maior iluminação na circulação e aconchego, pelo estreitamento do plano do teto. O pé-direito duplo integra visualmente os dois pavimentos.

FIGURA 84 - RECEPÇÃO



De desenho simples, o balcão de atendimento é aberto ao contato com o cliente.

FIGURA 85 - LUZ NATURAL E ARTIFICIAL NA CIRCULAÇÃO

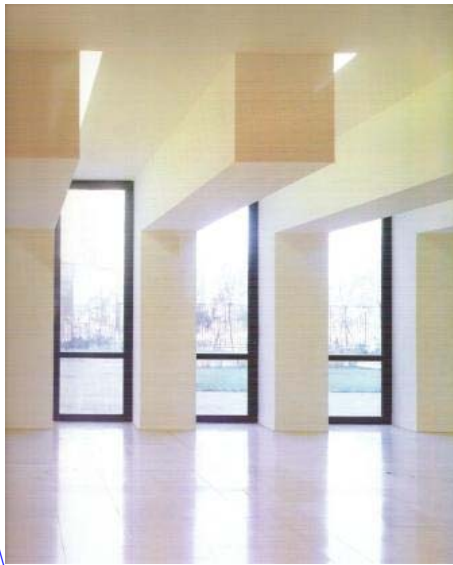


Uma boa composição de luzes dá sensação de amplitude às áreas de circulação e espera.

FONTE: Nickl & Partner Architekten GmbH (Mostaedi, 2001: 64-75).

HOSPITAL VILLE EVRARD, FRANÇA

FIGURA 86 - ESQUADRIAS



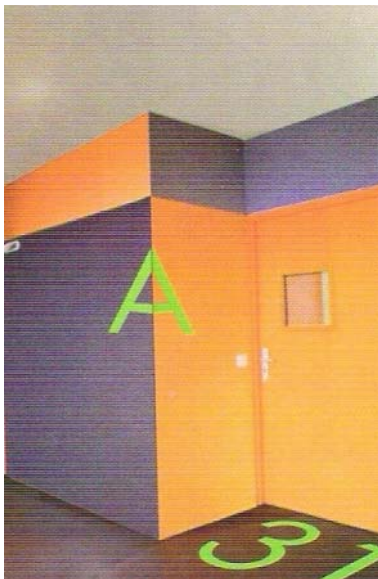
Esquadrias bem definidas, em preto, emolduram os ambientes externos.

FIGURA 87 - COMPOSIÇÃO DE MATERIAIS



Materiais variados criam contraste e aconchego nos espaços.

FIGURA 88 - CORES E COMUNICAÇÃO VISUAL



A composição de cores e a criatividade na comunicação estabelecem um clima alegre e estimulante.

FIGURA 89 -ELEMENTOS DIFERENCIADOS



O plano colorido com amplos vazados divide os espaços, deixando-os transponíveis e com um bom efeito visual.

FONTE: Arquitetura Brenac & González (Mostaedi, 2001:163-165).

INSTITUTO SAINT PIERRE, FRANÇA

FIGURA 90 - HOSPITAL INFANTIL À BEIRA-MAR



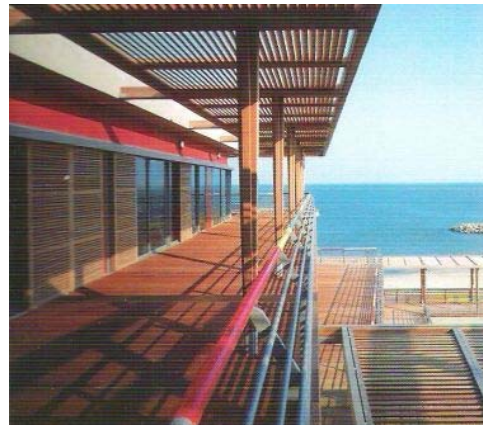
A localização do hospital na paisagem marítima oferece uma excelente opção ao hospital para crianças com dificuldades locomotoras e auditivas. A intenção foi criar espaços com transparências, permitindo a interação visual e espacial entre exterior e interior.

FIGURA 91 - PISO EM MADEIRA



Um amplo *deck* é utilizado nas áreas externas, dando a impressão de um barco aportado com vistas para o horizonte.

FIGURA 92 - TETO EM TRELIÇAS



As pérgulas de madeira compõem a varanda, filtrando a luz solar e enriquecendo o ambiente com luzes e sombras.

FONTE: Arquitetos Jérôme Brunet & Eric Saunier (Mostaedi, 2001:23).

SEDE NACIONAL DA LIGHTHOUSE, NOVA YORK, EUA

FIGURA 93 – ACESSO AOS ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO



Os cães-guias fazem parte do ambiente em que são tratados deficientes visuais de todas as idades.

FIGURA 94 - CONTRASTES NAS PAREDES



Elementos com fortes contrastes podem favorecer os pacientes com deficiências parciais.

FONTE: Arquitetos Mitchell & Giurcola (Mostaedi, 2001:198).

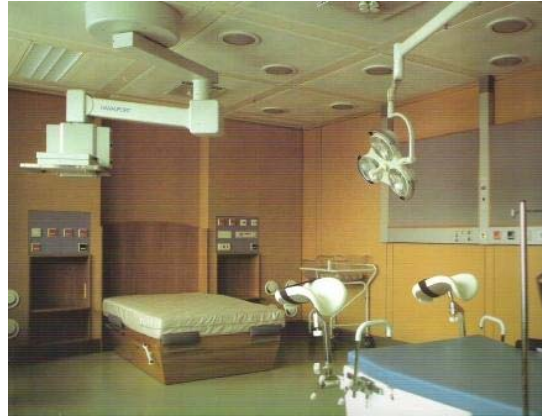
CLÍNICA DE GINECOLOGIA E OBSTERÍCIA, ÁUSTRIA

FIGURA 95- RECEPÇÃO DA MATERNIDADE



Cores alegres e amenas com amplos espaços.

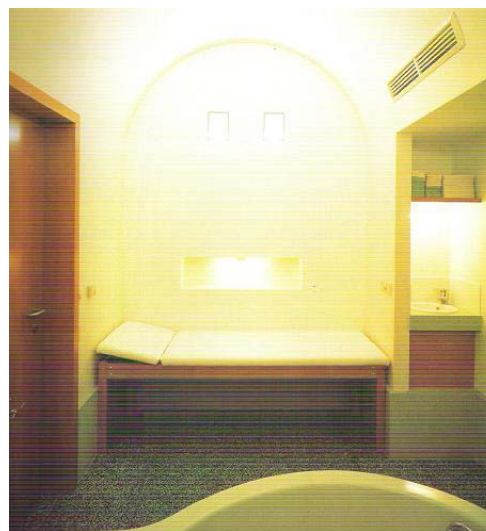
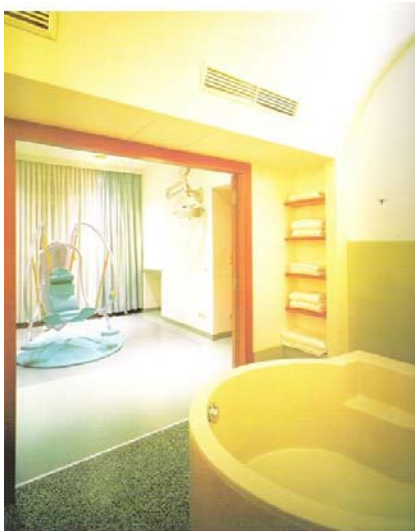
FIGURA 96 - SALA DE PARTO



Decoração acolhedora em tons de madeira amortece o efeito das “tecnologias duras” dos equipamentos de última geração.

NOTA: Arquiteta Franziska Ullmann (Mostaedi, 2001:101-106).

FIGURA 97 - MATERNIDADE GOLDENES KREUS, ÁUSTRIA.



Os novos conceitos de sala de parto procuram resgatar formas tradicionais e mais confortáveis para a mulher dar à luz. “A seleção de materiais e cores, as diferentes formas de teto e as luzes que projetam diferentes tons são os elementos chaves na criação da atmosfera desejada” (Buchleitner & Tal).

Fonte: Arquitetos Michael Buchleitner e Mira Thal (Mostaedi, 2001:180).

CENTRO DE RESTAURAÇÃO PSIQUIÁTRICA – FRANÇA

FIGURA 98 - FACHADA PRINCIPAL



NOTA: O painel de vidro trabalhado com textura verde permite o controle de acessos, sem perder a transparência, o que pode diminuir a sensação de confinamento.

FIGURA 99 - ESTACIONAMENTO



Limitado à frente do edifício, permite o aproveitamento do lote para outros fins.

FIGURA 100 - ACESSOS



A guarita frontal serve de acesso aos dois pavimentos, com escada e elevador.

FIGURA 101 - TERRAÇO



Terraço da parte superior, com iluminação natural e muita transparência, dando acesso visual à paisagem.

FIGURA 102 - PAISAGEM EXTERNA



A parte posterior, de internação, dá vista para uma área verde com um lago.

CIRURGIA MÉDICA, WEST LONDON

FIGURA 103 - FACHADA FRONTAL



O edifício acompanha a curva da calçada, formando um grande muro em camadas sobrepostas, com efeitos esculturais na paisagem.

FIGURA 104 - DETALHE DAS ABERTURAS



A fachada com painéis de vidro, apesar de ser fechada frontalmente, permite a visão de quem está no interior à calçada, e vice-versa, de forma discreta.

FIGURA 105 - FACHADA POSTERIOR



Na fachada que dá para o pátio interno, foram utilizados elementos que permitissem bastante integração com o exterior.

FIGURA 106 - ACESSO À CALÇADA



A circulação interna, formada pela fachada frontal, é iluminada pelas aberturas laterais e complementada por iluminação zenital.

FONTE: Arquiteto Guy Greenfield (Mostaedi, 2001:16-17).

6. ANÁLISE CRÍTICA DA RDC-50

A RDC-50 é o mais atual documento normativo para elaboração de projetos físicos de EAS. Neste capítulo, será feita a análise das suas características, avaliando sua coerência e obediência aos princípios constitucionais relativos aos cuidados integrais à saúde, bem como às demais leis em ordem hierárquica.

Esta análise é feita tendo como referência a segunda edição, publicada em 2004, das *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde* (ANVISA, 2004). Cada uma das três partes será analisada conforme a seqüência do documento original.

6.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

Esta norma se propõe constituir um regulamento técnico para **planejamento, programação, elaboração e avaliação** de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, visando a fazê-los mais racionais, seguros, funcionais e menos onerosos.

Qualquer intervenção de construção, reforma ou ampliação em EAS deve atender à RDC-50 e às demais normas institucionais vigentes, com o objetivo de integrá-los “de forma efetiva e eficiente à rede assistencial adotada, seja ela composta por estabelecimentos públicos ou privados” (ANVISA, 2004:9).

A concepção da RDC-50 propõe-se apresentar os aspectos gerais e os específicos dos projetos, dividindo o documento em três partes, guardando semelhança com a norma anterior, a Portaria 1884 (sugere-se comparar sumários no Anexo 4 e 5 respectivamente):

- Parte I: *Projeto de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*, apresentando as etapas para elaboração de projetos físicos de estabelecimentos de saúde (arquitetônico e de instalações);
- Parte II: *Programação Funcional dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*, subdividida em duas partes: a primeira é a apresentação da organização físico-funcional do EAS, e a segunda, o dimensionamento, a quantificação e o tipo de instalações prediais para cada ambiente, dispostos em formato de tabelas.
- Parte III: *Crítérios para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*, compreende cinco subitens: circulações internas e externas; condições ambientais de conforto; condições ambientais e controle de infecção; instalações prediais

ordinárias e especiais; condições de segurança contra incêndio (ANVISA, 2004:11).

Apesar de a RDC-50 ser um instrumento normativo de natureza administrativa, constitui uma norma jurídica, pois gera relações jurídicas entre pessoas, estabelece direitos, obrigações e suas conseqüentes responsabilidades. Em vigor a partir de 21 de fevereiro de 2002, é um sistema normativo regulamentar que teve origem em órgão do Poder Executivo, a ANVISA.

O exame das normas que compõem o sistema da RDC-50 demonstra que, em muitas delas, falta objetividade e concisão, ocorrendo até conflitos em relação ao sistema como um todo.

A terminologia adotada no item 1.1 (ANVISA, 2004:19), por exemplo, não é observada com rigor, o que gera confusões e dúvidas de interpretação (vide item 1.5 e confusão dos termos utilizados para as fases do projeto).

Não foi observado um rigor técnico legislativo na edição do sistema, porquanto, além do mencionado conflito de normas, existem imprecisões:

- quanto ao núcleo mandamental, pois há indícios de falhas na ordem dos itens relacionados para as etapas de elaboração do projeto;
- quanto ao(s) sujeito(s) de direito, ou seja, sobre quem deve considerar adequadamente e definir as proposições; não há descrição do perfil de usuários, pacientes e profissionais para a compreensão das atribuições especificadas;
- quanto à(s) responsabilidade(s), isto é, a definição de sanções para eventuais inobservâncias ou inadimplências no cumprimento das obrigações regulamentares.

Além do mais, podem ser detectadas vacâncias, isto é, ausências de normas regulamentares, o que gera lacunas no arcabouço normativo. Neste trabalho, serão apontadas algumas dessas falhas, sem, no entanto, procurar esgotá-las, pois tal tarefa cabe a um conjunto de cidadãos que, em várias instâncias, devem contribuir para a melhoria normativa.

Aqui, portanto, cabe, como trabalho acadêmico, a reflexão sobre determinados pontos, como já foi mencionado, de modo a contribuir para o acolhimento das atividades de atenção segundo os princípios do SUS.

Para isso, descrevem-se de cada uma das partes da RDC-50, alguns desses pontos que futuramente podem ser reconsiderados no processo de seu aperfeiçoamento.

6.2 PARTE I: PROJETOS DE EAS

A RDC-50 traz, pela primeira vez, no item 1.1, de *Terminologia (Ibidem:19)*, a definição de Programa de Necessidades (PN). Pela definição apresentada, pode-se supor que este deveria ser momento crucial das reflexões pertinentes e requisito básico para o planejamento do EAS, mas isso não fica claro, conforme se vê a seguir:

“Conjunto de características e condições necessárias ao desenvolvimento das atividades dos usuários da edificação que, adequadamente consideradas, **definem e originam** a proposição para o empreendimento a ser realizado. Deve conter a **listagem de todos os ambientes** necessários ao desenvolvimento dessas atividades” (*Idem*, grifo da autora).

Porém, é desconsiderado, logo em seguida, no item 1.2, na medida em que não é descrito como *Etapa de Projeto*.

Essa falha, que parece sutil, tem implicações graves para muitos profissionais arquitetos, principalmente os de serviços públicos, a quem, via de regra, solicita-se que façam projeto pela necessidade de um serviço para o qual não foi feito qualquer planejamento.

Pode acontecer, por exemplo, que um chefe de unidade decida comprar um equipamento e, após convencer a autoridade a que cabe consentir e liberar os recursos, solicite ao setor de Arquitetura uma reforma ou ampliação de sua unidade. Geralmente ocorre que cada setor avalia que seu serviço é essencial à saúde, como todos são. Cada responsável e/ou equipe objetiva garantir um espaço físico a seu equipamento ou serviço.

Aqui cabe um alerta: “não se pode avaliar um lugar e nem se deve planejá-lo, até saber como seus usuários o compreendem e o valorizam” (Lynch apud Costi, 2002:29).

Os conflitos são muitos, e os EAS passam, dia a dia, por um processo de degradação, pela falta de planejamento da rede, do perfil do EAS e, conseqüentemente, do seu Programa de Necessidades, como ponto de partida para a definição do projeto.

Sendo assim, as principais dúvidas em relação às definições da Parte I da RDC-50 são:

- Em que consistiria a etapa de planejamento e programação a que se refere a RDC-50? (ANVISA, 2004:15).

- Em que momento as decisões sobre o planejamento de EAS passam do plano “político”³⁰ para o de política pública, ocasião em que a comunidade e os profissionais devam estar engajados na sua produção?
- As etapas têm como pressuposto o PN, porém não há definição sobre quem o elabora e quais as características do seu produto final.
- Falta clareza em relação àqueles por quem as proposições devem ser “adequadamente consideradas” (*Ibidem*:19) e sobre como essas considerações podem originar a listagem de todos os ambientes necessários às atividades.

Na prática, os arquitetos esperam que a equipe do EAS pronuncie-se a respeito das características dos serviços ou solicitem-lhe os dados. Porém, existe um conflito de competência, pois, ao mesmo tempo que o arquiteto requer informações, a equipe espera deste profissional a melhor resposta, uns porque acham que todos os problemas referentes ao espaço são de atribuição dele - e até ele mesmo -, outros porque acreditam que cabe exclusivamente ao arquiteto aplicar as normas da RDC-50 ao planejamento. No entanto, o espaço arquitetônico, e mais ainda o de saúde, compreende tantas dimensões quantas a complexidade das relações que acolhe pode determinar.

Assim, não bastam paredes, pisos, tetos, janelas, móveis ou equipamentos. Há muito mais: para procedimentos específicos de cada especialidade, necessidades de conforto e acolhimento diferenciado aos pacientes. O edifício hospitalar é, sem dúvida, o que mais requer definições programáticas multidisciplinares.

Segundo Pinto (1996:112), o estudo específico de cada atividade requer uma previsão de áreas adequadas como fator importante para o seu desempenho. Deve-se considerar “o binômio Atividade x Espaço, que em Programação Arquitetônica significa considerar os diversos fatores que têm influência no desenvolvimento das atividades, como os equipamentos móveis, os equipamentos fixos, as instalações física, a movimentação de pessoal, número de usuários, etc, e o espaço necessário para o desenvolvimento dessas atividades”.

As etapas de projeto que são descritas no item 1.2 e discriminadas separadamente para *Arquitetura*, *Instalações* (elétrica e eletrônica, hidráulica e fluido-mecânica, climatização) e *Estrutura e Fundações* são as seguintes:

³⁰ No sentido de decisão autoritária e de interesses públicos duvidosos.

- *Estudo preliminar* (EP);
- *Projeto Básico de Arquitetura* (PBA);
- *Projeto Executivo* (PE).

De acordo com o tipo de projeto, são definidas as etapas que deve conter. Neste caso, na RDC-50, há indícios de falhas na ordem dos itens relacionados para as etapas de elaboração do projeto. Por exemplo: somente no PE são solicitados dados sobre a orientação do lote, com indicação do norte verdadeiro ou magnético, e o levantamento planialtimétrico. Esses dados, juntamente com as características geológicas e climáticas do sítio, deveriam ser requisitos básicos para o EP, com vistas à definição do partido arquitetônico. Como é possível analisar o PBA, sem que esses dados já estejam disponibilizados nas plantas?

Também nas etapas do projeto, não é mencionado o estudo de qualidade ambiental, mas apenas a “climatização”, que, desde a etapa de EP, já sinaliza uma preocupação com controle artificial de conforto higrotérmico.

6.2.1 Conflitos textuais

Há confusão relativa a alguns termos utilizados para indicar as fases do projeto. Apesar de ser disponibilizada uma terminologia (ANVISA, 2004:19) em que se conceituam os termos *Programa de Necessidades*, *Estudo Preliminar*, *Projeto Básico* e *Projeto Executivo*, é comum o emprego de outros termos ao longo do texto, o que dificulta a compreensão dos pré-requisitos de cada etapa, o conteúdo dos documentos e a competência. Por exemplo:

- no trecho “com base no projeto arquitetônico e de estrutura” (*Ibidem*:24), não se especifica a etapa deste na qual deve se basear a elaboração do “projeto básico de instalações elétricas e especiais”;
- determina-se que o “projeto de instalações hidráulicas e especiais” deve se basear no “anteprojeto básico arquitetônico” (*Ibidem*:25), mas este não foi definido como etapa;
- quando se mencionam os termos “proposta assistencial” (*Ibidem*:24), “programas funcionais”, “programa de atividades” (*Ibidem*:35) e “programa

arquitetônico” (*Ibidem*:51), não fica claro a que se referem. Seria ao *Programa de Necessidades*?

O item 1.5. propõe-se descrever os tipos e siglas adotados para os serviços. No entanto, as siglas não atendem, por definição³¹, ao proposto, podendo criar novos pontos de confusão ou de inutilidade da norma. Por exemplo:

- Canteiro de obras – PC;
- Demolição – PD;
- Rebaixamento do lençol freático – PR

6.2.2 Conflitos de competência

Nos itens 1.6 e 1.6.1, de avaliação de projeto e parecer técnico, respectivamente, há também forte indefinição a respeito da competência para avaliar tanto o projeto quanto o edifício construído.

Exige-se a avaliação do *Projeto Físico* em questão pela Vigilância Sanitária local – estadual ou municipal –, que licenciará sua execução. Porém, indica-se como condição que a equipe de inspeção deve possuir necessariamente um profissional habilitado pelo sistema CREA/CONFEA, a fim de verificar a conformidade do construído. Esse sistema agrega, contudo, uma diversidade de categorias profissionais tais como arquitetos, engenheiros (de várias áreas), geólogos, geógrafos, agrônomos, meteorologistas, etc.

Seria necessário ficar claro que a avaliação de um projeto deveria ser feita por, pelo menos, um profissional da mesma categoria dos autores. Sendo assim, ao *Projeto de Arquitetura*, caberia ser analisado por um arquiteto, ao de instalações elétricas, pelo engenheiro eletricitista, e cada um desses com mais tantos profissionais quantos a unidade de EAS em questão demandar.

A responsabilidade requerida para o *Parecer Técnico*, no item 1.6.1 (*Ibidem*:33), envolve a descrição do objeto de análise quanto à *adequação do projeto arquitetônico às atividades propostas pelo EAS*; à *funcionalidade do edifício* (fluxos de trabalho/materiais/insumos) visando ao controle de infecção; ao *dimensionamento mínimo*, com flexibilidade, no caso de reformas e adequações; às *instalações ordinárias e especiais*; à *especificação básica dos materiais*. Tais atribuições requerem um grau de

³¹ Segundo o dicionário Houaiss (2001), sigla é uma “redução literal, ger. de intitulativos, baseada nas letras iniciais de cada um ou de alguns dos componentes do intitulativo a que se referirem”.

conhecimento específico dos profissionais para análise de cada projeto (arquitetônico, elétrico, de fluidos, etc.).

Na descrição acima, pode-se questionar que:

- nos critérios de funcionalidade, esqueceu-se o fluxo de pacientes, dando ênfase, mais uma vez, ao controle de infecção;
- o termo *dimensionamento mínimo*, acompanhado do termo *flexibilidade*, reforça a idéia de que a área mínima sugerida na norma pode ser ainda menor. Não faz sentido propor flexibilidade para o aumento de área, já que está se tratando de dimensionamento mínimo.

6.3 PARTE II: PROGRAMAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DOS EAS

Essa parte da resolução tem os dois capítulos de maior concentração de informações e objetividade.

O primeiro capítulo trata da *Organização Físico-funcional do EAS*, distribuindo-a em atribuições, que devem, segundo a norma, ser tratadas de forma flexível, ou seja, de forma que não determine tipos-padrão de estabelecimentos. O segundo trata de *Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes*.

6.3.1 Organização físico-funcional

A descrição das atribuições que representam as atividades e subatividades do EAS é uma das partes mais importantes da norma, pela caracterização dos tipos de atendimento, determinando o perfil do estabelecimento.

O detalhamento em subitens esclarece as principais atividades de cada atribuição, porém há contradição entre as orientações dadas para a metodologia de elaboração de programas funcionais (ANVISA, 2004:35) e de programas arquitetônicos.

Mais uma vez, dá-se um conflito de conceituação e de competência. Falta definição do que diferencia o programa arquitetônico do funcional ou do de necessidades. Ademais, fica por esclarecer a metodologia a ser utilizada e quem deve executá-la.

As atribuições dos EAS foram organizadas em oito grupos, de acordo com o Quadro 9.

QUADRO 9 - PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DOS EAS

NÍVEL	ITEM	ATRIBUIÇÃO	DESCRIÇÃO
ATIVIDADES-FIM (ASSISTÊNCIA À SAUDE)	1	Regime Ambulatorial e de Hospital-Dia	Atenção à saúde incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada.
	2	Regime Imediato	Atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência).
	3	Regime de internação	Atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos).
	4	Apoio ao Diagnóstico e Terapia	Atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde (contato direto).
ATIVIDADES-MEIO (SERVIÇOS DE APOIO)	5	Apoio Técnico	Atendimento direto à assistência à saúde em funções de apoio (contato indireto).
	6	Ensino e Pesquisa	Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa – atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção à saúde e a funções de saúde e pesquisa.
	7	Apoio Administrativo	Atendimento ao estabelecimento em funções administrativas.
	8	Apoio Logístico	Atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

FONTE: Elaborado pela autora a partir dos dados da RDC-50 (ANVISA, 2004:37-48).

Não há descrição do perfil de usuários, pacientes e profissionais para a compreensão das atribuições especificadas. As referências existentes vêm como adendo no final do texto, sem terem sido indicadas nas partes principais da RDC-50.

O grupo de atividades de cada atribuição compõe unidades funcionais que, embora com estreita conotação espacial, não constituem, por si só, unidades espaciais.

6.3.2 Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes

O segundo capítulo da Parte II, *Dimensionamento, Quantificação e Instalações Prediais dos Ambientes*, propõe-se abordar “os aspectos espaciais estritamente relacionados com as diversas atribuições e atividades” (ANVISA, 2004:51).

Desde as primeiras normas, foi determinado o conceito de área mínima como parâmetro de aprovação para os EAS. É claro que esse é um fator importante, mas pode, se encarado como o mais relevante, ofuscar outros tais como os de conforto (térmico, lumínico, acústico), topocepção, opacidade/transparência e cromologia.

O cuidado com esses parâmetros confere qualidade ao edifício propiciando condições de assistência à saúde, hospitalidade e urbanidade, o que foi evidenciado no capítulo 5.

Ocorre também que, em alguns itens, há indícios de que o mínimo não é suficiente para a atividade descrita. O argumento que vem sendo utilizado pelas vigilâncias é de que cabe ao responsável pelo planejamento usar o mínimo ou aumentar a área. Grande parte das pessoas não tem domínio do que a dimensão das áreas indicadas na norma representam espacialmente. Pensam, muitas vezes, que o arquiteto pode usar aquelas medidas, de modo que, ao se fazer o somatório das atividades e de suas respectivas áreas mínimas, compõe-se, por exemplo, uma Unidade. Tendem a desconsiderar as áreas de circulação, de paredes e de todos os demais elementos que não são contabilizados na área mínima estipulada pela RDC-50.

Dessa forma, imaginam que caberiam muito mais ambientes numa área em estudo do que realmente cabem, reivindicando a implantação de serviços que não dispõem de espaços suficientes ou a que só seria possível atender, se todos tivessem muito pouca qualidade. Sob forte pressão de argumentos econômicos e respaldados pela má interpretação das normas, o processo de planejamento é prejudicado, acarretando queda da qualidade dos EAS.

Um agravante é a flexibilidade permitida para reduções de até 5% na dimensão mínima dos ambientes, sob pretextos técnicos – modulação arquitetônica e elementos estruturais – não convincentes.

Existem incompatibilidades e vacâncias, na Parte II da norma, do capítulo 1 para o 2. Ocorre que algumas das atribuições listadas não são contempladas na relação da programação físico-funcional. Por exemplo:

- Na atribuição 1, de *Promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e hospital-dia*, os ambientes que são objeto do item 1.6 - *Recepcionar, registrar e fazer marcações de consultas* –, são tratados como de apoio, e não há determinação clara em relação à área que deve ser destinada a cada uma dessas atribuições. Apenas no item 8.6, *Conforto e Higiene (Ibidem:48)*, que faz parte da Unidade Funcional 8 – *Apoio Logístico* – existem parâmetros de área (m²/pessoa) para tais atribuições. Ainda assim, o dado é bastante indefinido, porque determina somente uma área (1,2m²/pessoa), mas descreve vários tipos de pessoas e não estabelece parâmetros da relação quantitativa entre elas, ou seja, quantos acompanhantes ou visitantes devem

ser considerados por paciente. Curiosamente, as áreas destinadas aos usos de recepção, registro e marcação de EAS, tanto em serviços privados como em públicos, são geralmente subdimensionadas, congestionadas e conflituosas.

- O item 3.4.7 determina “prestar apoio terapêutico cirúrgico como rotina de tratamento (vide item 5.6)” (*Ibidem*:40), porém não existe o item 5.6, portanto não se sabe seu conteúdo, nem na relação de atribuições, nem na programação físico-funcional.
- Em 8.4.2 (*Ibidem*:48), os serviços de manutenção predial incluem *jardinagem* nas atribuições, mas não, no programa funcional. Esse tipo de lapso pode ser um termômetro a sinalizar o grau de importância que se dá ao tratamento paisagístico ou de jardinagem e aos espaços externos de uso coletivo, principalmente na rede pública hospitalar.
- O asterisco (*) é utilizado com frequência na RDC-50. O significado de um deles foi explicitado no segundo capítulo da Parte II (*Ibidem*:52): “os ambientes de apoio que estiverem assinalados com * não são obrigatórios”. Os demais usos do símbolo causam confusão no texto, porque ora vem na frente de um parágrafo, ora atrás. Tal confusão pode gerar problemas de interpretação em relação ao que é obrigatório ou não. Por exemplo:
 - Item “5.1. Proporcionar condições de assistência alimentar a indivíduos enfermos e sadios*” (*Ibidem*:45);
 - “(*) A classificação foi adotada em função de como (...)” (*Ibidem*:53);
 - Na Parte III, item 8.1, *Critérios de Projetos* (*Ibidem*:143), alguns dos subitens são acompanhados de asterisco, mas não há definição do que representa.
- Existem discrepâncias em relação às áreas indicadas para usos semelhantes, como atividades de escola hospitalar e de ensino e pesquisa:
 - Assim, por exemplo, a área de 0,8m² por aluno, destinada à sala de aula hospitalar na unidade de internação, é menor do que a exigida para uma sala de aula em escola comum, que, em geral, é 1,2m². Se considerarmos a área necessária para o paciente e o acompanhante, com seus prováveis equipamentos de suporte terapêutico, como cadeira de rodas ou portador, a área seria insuficiente.

- Por outro lado, para os casos de salas de aula da Unidade Funcional 6, *Ensino e Pesquisa (Ibidem:89)*, garante-se 1,3m² por aluno, com indicação de aumento de área em 40%, caso se utilizem mesas e cadeiras. Note-se também que, para esse tipo de usuário, são sugeridos, de maneira apropriada, vários espaços: sala de aula, anfiteatro, sala de estudo (trabalho individual), sala de professor e biblioteca.

6.4 PARTE III: CRITÉRIOS PARA PROJETOS DE EAS.

Nesta parte, são apresentadas variáveis que orientam e regulam as decisões a serem tomadas nas diversas etapas de desenvolvimento de projeto. Desta terceira parte, tratar-se-á apenas dos capítulos quatro, *Circulações Externas e Internas*, e cinco, *Condições Ambientais de Conforto*.

O capítulo seis, que trata de *Condições Ambientais e Controle de Infecção*, o sete, *Instalações Prediais Ordinárias e Especiais*, e o oito, *Condições de Segurança contra Incêndio*, não farão parte da análise deste trabalho, porque estão além do campo da Arquitetura e extrapolam os objetivos propostos.

6.4.1 Acessos

A descrição dos cuidados com os acessos dos EAS traz um texto com pontos contraditórios, em que se coloca, de forma muito problemática, o que se pretende do fluxo de pessoas.

Primeiramente explica que os acessos estão associados com a circulação de pessoas e de materiais. Depois prescreve que devem ser relacionados com tipos funcionais de acordo com a quantidade de serviços prestados. Essas duas assertivas são óbvias. No entanto, também procura limitar o número de acessos, descrevendo os aspectos mais negativos das necessidades de fluxo: “Deve (...) se **restringir ao máximo** os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior **controle** da movimentação no EAS, evitando-se o **tráfego indesejado** em áreas restritas, o **cruzamento desnecessário** de pessoas e serviços diferenciados, além dos **problemas decorrentes de desvios de materiais**” [grifo nosso] (*Ibidem:99*).

As idéias expostas nesse parágrafo pressupõem mais problemas do que oferecem soluções. Podem ser consideradas tendenciosas, favorecendo o excesso de controle, o confinamento e a segmentação excessiva de espaços funcionais, muitas vezes, segregando as pessoas. Em geral, quem mais perde com as posturas decorrentes desse tipo de pensamento é o paciente. A acessibilidade, *lato sensu*, é reduzida, e os percursos são aumentados, via de regra, formando verdadeiros labirintos.

Cabe também esclarecer que restringir o número de acessos ao hospital pode dificultar o fluxo das pessoas que transitam, causando congestionamentos. Outro ponto a ser considerado é a questão de evacuação do edifício em caso de incêndio. Os percursos máximos exigidos para evacuação são o fator determinante para a definição do número de acessos e saídas, e não necessariamente, o tipo funcional.

O número de acessos também pode não ser o fator principal para:

- controlar o tráfego indesejado em áreas restritas, que se pode atribuir a uma má comunicação visual e à falta de pessoal qualificado para utilizar bem os ambientes e orientar os pacientes em fluxos corretos;
- evitar cruzamentos de tipos funcionais, que são inevitáveis dentro do hospital; desde que as pessoas tenham procedimento adequado nos seus deslocamentos e no uso de equipamentos, esses cruzamentos podem ser considerados de risco equivalente à falta de lavagem das mãos para efeito de infecção hospitalar;
- os desvios de material, que podem ser atribuídos a vários fatores de desequilíbrio social: falta de cidadania, de educação, de cultura e de salários dignos, entre outros. O que importa aqui é ressaltar, mais uma vez que a redução de acessos pode não ser o fator essencial para evitar esse tipo de desvio.

É preciso estar atento para a garantia do acesso digno, seguro, orientado e suficiente, que permita que as pessoas transitem sem congestionamentos, o que, no ambiente hospitalar, evita tanto os transtornos de ordem moral e ética quanto os de controle de infecção.

6.4.2 Circulações externas versus estacionamento

As recomendações para os acessos e circulações externas são quase nulas, a não ser na garantia de que “devem possibilitar que os portadores de deficiência ambulatoria possam adentrar ao prédio sem a ajuda de terceiros” (ANVISA, 2004:99).

Acontece que não é só o portador de deficiência ambulatoria que precisa de cuidados no acesso aos EAS. Qualquer pessoa com distúrbio de saúde tem dificuldade diferenciada de deambular. O que há que se garantir é:

- calçadas com largura e pavimentação adequadas, desde a rua ou estacionamento até os acessos do hospital;
- percursos externos ajardinados e arborizados, de modo a amenizar a caminhada dos efeitos dos raios solares, dos ventos excessivos e, se possível, da chuva;
- sinalização correta para minimizar esforços dos usuários.

As recomendações normativas da RDC-50 a respeito de estacionamentos objetivam garantir quantidade de vagas de acordo com o número de leitos, sem indicar qualquer preocupação com o tipo de ocupação do lote.

Essa omissão garante, pela norma, vagas para os veículos, mas não há indicação de uso das áreas externas para jardins, solários, arborização e equipamentos semi-públicos, como sinalizações, telefones públicos, lixeiras, bancos e brinquedos, isto é, uma relação de cuidado espacial entre o edifício e a rua, onde as pessoas possam se sentir já acolhidas desde o limite do hospital e mesmo fora dele, pois esses elementos devem fazer parte da paisagem do EAS.

Mais ainda, é importante garantir o fluxo e o espaço para usos terapêuticos nas áreas externas dos hospitais. Circulação e atividades em contato com a brisa, os raios solares e a amplitude da abóbada celeste oferecem sensações que estimulam as percepções do ser humano. Não há nisso nada de incompreensível. Qual é o ser humano que não tem atração por essas sensações? Porém, parece não haver atualmente, no Brasil, uma preocupação adequada em prover tais necessidades no ambiente do EAS, o que transparece nas normas.

Deixar apenas a cargo da municipalidade a responsabilidade de editar um Código de Edificações e Urbanismo que defina o uso do solo do lote hospitalar pode ser considerado uma falha que dá margem a prejuízos na qualidade do EAS. Em primeiro lugar, porque nem todo município tem Código próprio. Segundo, porque eles nem

sempre estabelecem parâmetros específicos para EAS. As causas são variadas e podem ser, por exemplo, a política urbana adotada, por falta de visão ou limitação técnica na capacidade dos profissionais da equipe que elabora os códigos de edificações, em razão de interesses escusos ou por pura omissão.

No Distrito Federal, por exemplo, é comum que muitos lotes hospitalares ainda não possuam parâmetros definidos, pois, pela política urbana local, estes deveriam ser estabelecidos por quadra. Acontece que muitos hospitais foram construídos antes que fossem estabelecidos tais parâmetros, dando margem a muitas reformas e ampliações não muito criteriosas do ponto de vista arquitetônico e urbanístico.

6.4.3 Circulações internas

A RDC-50 trata das circulações internas sob os títulos de *Circulações Horizontais* e *Circulações Verticais*. Para as primeiras, são estabelecidos parâmetros, principalmente quantitativos, para corrimãos, bate-macas, corredores e portas, com os valores constantes do quadro a seguir.

QUADRO 10 - PARÂMETROS DE ELEMENTOS DA CIRCULAÇÃO

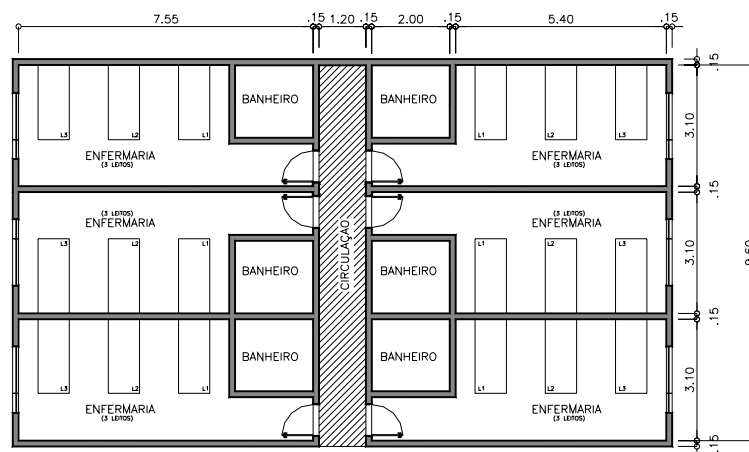
ITEM	MEDIDAS	REFERÊNCIAS	RESTRICÇÕES
CORRIMÃOS E BATE MACAS	0.80m até 0.92m	Altura do piso.	-
CORREDORES (LARGURA MÍNIMA)	2.00m	Para extensões maiores do que 11.00m.	No vão com a medida mínima, não é permitido ser utilizado como área de espera, estacionar carrinhos, instalar telefones públicos, bebedouros, extintores e lavatórios.
	1.20m	Para extensões menores do que 11.00m.	Apenas para pessoal e cargas não volumosas.
PORTAS (LARGURA MÍNIMA)	0.80m	Para acesso de pacientes, inclusive aos sanitários.	Portas de banheiro só podem abrir para dentro com fechaduras que permitam abrir por fora.
	1.10m	Para ambientes de passagem de camas e macas, inclusive laboratórios.	
	1.20m	Para passagem de macas em unidades de diagnóstico e terapia.	
BARRA DE EMERGÊNCIA PARA PORTAS	0.90m	Altura	
VISORES	-	Obrigatórios nas salas de cirurgias e parto, quartos e enfermaria infantis ou de isolamento.	
MAÇANETAS	-	Tipo alavanca.	

Fonte: Elaborado pela autora a partir da RDC-50 (Brasil/ANVISA, 2004:101).

É importante salientar que a apresentação de valor quantitativo é um facilitador para a aplicação das normas. No entanto, os valores apresentados para as circulações devem ser analisados cuidadosamente, porque as larguras dos corredores estão condicionadas à dimensão do comprimento, e não, ao tipo de uso ou à demanda de fluxo.

Por exemplo, caso sejam colocados três quartos com a largura mínima – 3m – em fileira dupla em um corredor, tem-se um corredor com menos de 11m, com seis quartos. Apesar da restrição de uso para pessoal e cargas não volumosas em casos de circulações de 1,20m de largura, essa medida provavelmente seria insuficiente para o atendimento, com qualidade, dos seis quartos.

FIGURA 107 - CORREDOR COM LARGURA MÍNIMA PERMITIDA PELA RDC-50.



FONTE: Elaborado pela autora.

NOTA: Simulação de uma circulação (em hachura) com menos de 11m, em que a disposição das enfermarias poderia causar congestionamento, desconforto e insegurança aos usuários, pela quantidade de fluxo que demandaria, para uma circulação de 1,20m, permitida pela RDC-50.

A norma é omissa para circulações nos ambientes internos de serviços tais como laboratório, central de esterilização, posto de enfermagem, etc. No caso da Unidade de Internação, ela define, na Parte II, Capítulo 3, nas tabelas de *Unidade Funcional*, de forma confusa, as áreas para quartos de um e dois leitos e para as enfermarias. Para as enfermarias de três e seis leitos, estipula uma área mínima de 6,0m²/leito.

A área ocupada pelo leito hospitalar pode variar. Não existem medidas-padrão para sua fabricação, que é diversificada, principalmente de acordo com a idade, o biótipo local, o tipo e o padrão de qualidade do serviço e os modelos oferecidos pelas

indústrias. Em geral, elas oferecem tanto os tipos-padrão da empresa como opção de encomenda para fabricação sob medida. (Ver quadro 11)

QUADRO 11 - VARIAÇÕES DE MEDIDAS DE LEITOS HOSPITALARES

DESCRIÇÃO	MEDIDAS (m) (largura x comprimento x altura)
Cama Fawler simples*	0,85x1,90x0,60
Cama Fawler Luxo*	0,68x1,90x0,90
Cama Fawler**	0,85x1,90x0,55
Cama Fawler e Tredendel com suporte de soro **	0,85x2,00x0,80
Cama de Recuperação A**	0,70x2,00x0,60
Cama de Recuperação B**	0,80x1,80x0,60
Cama de Recuperação C**	0,80x2,10x0,60
Berço Infantil*	0,65x1,30x1,30

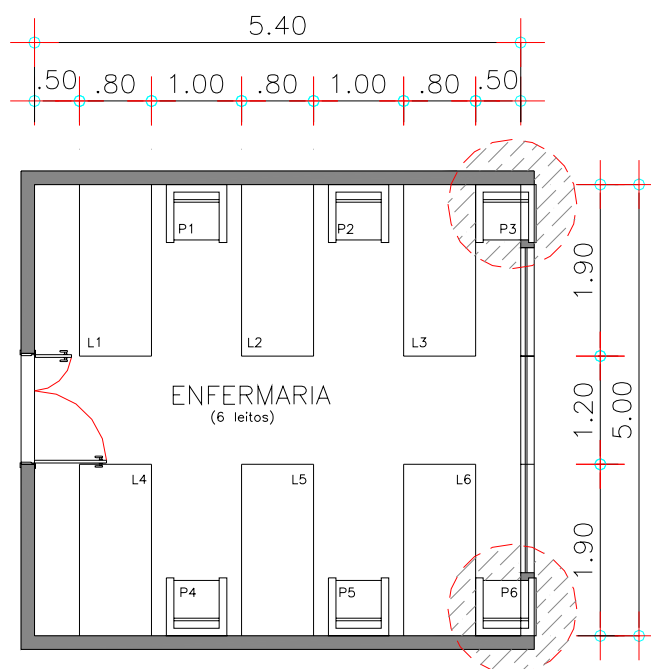
FONTE: Elaborado pela autora, a partir de diversas fontes.

Nota: *Medidas do IBAM (1996:106)

** Consulta a páginas *web* de fabricantes na Internet.

No entanto, se forem calculadas as medidas permitidas para as larguras mínimas entre os leitos, as paredes laterais e os pés dos leitos das enfermarias, a área diminui. Para a enfermaria de três leitos³², a área pode ser reduzida a 5,58m²/leito e, para a de seis leitos, a 4,50m²/leito.

FIGURA 108 -ENFERMARIA DE 6 LEITOS CONFORME MEDIDAS MÍNIMAS DA RDC-50

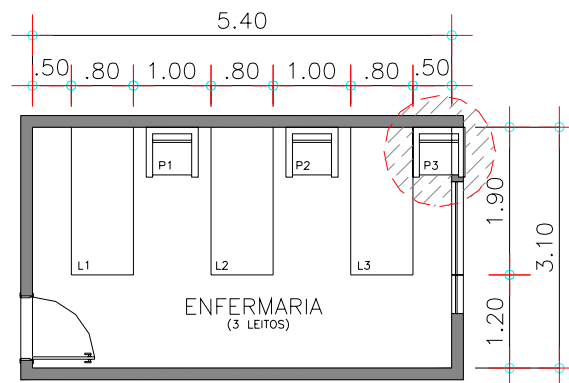


FONTE: Elaborado pela autora.

NOTA: A medida da distância entre os pés dos leitos, que era 1,50m na Portaria 1884, foi reduzida na RDC-50. Além da circulação interna ser insuficiente para o fluxo de atendimento (macas, porta-soro, limpeza), o espaço entre o leito e a parede não comporta uma poltrona de acompanhante para cada leito.

³² A dimensão do leito, para efeito deste cálculo, foi: largura de 80cm e comprimento de 190cm. Não existe uma dimensão padrão para leitos de internação.

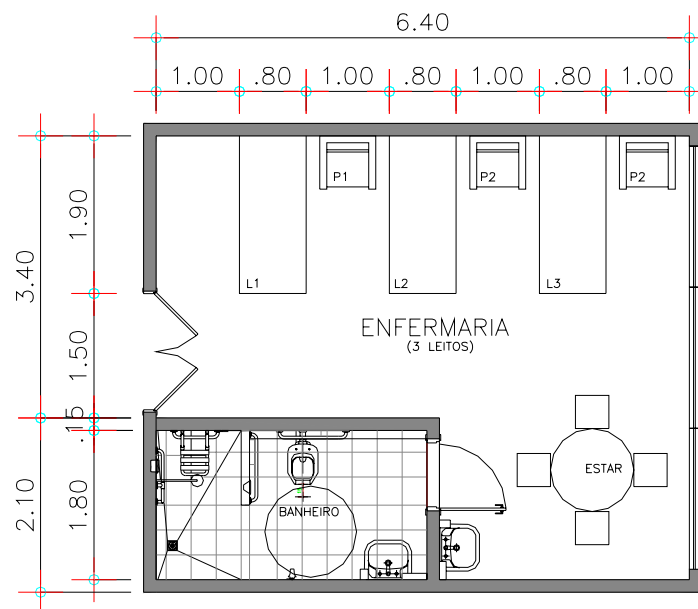
FIGURA 109 - ENFERMARIA DE 3 LEITOS CONFORME MEDIDAS MÍNIMAS DA RDC-50



FONTE: Elaborado pela autora.

NOTA: Para a enfermaria de três leitos, as medidas ainda são inadequadas, mas a circulação ao pé do leito é menos congestionada do que a de seis leitos para a mesma largura (1,2m).

FIGURA 110 - ENFERMARIA DE 3 LEITOS MÍNIMA (PROPOSTA)



FONTE: Elaborado pela autora.

NOTA: Uma enfermaria com mais de três leitos pode dificultar tanto a qualidade de atenção aos pacientes, como prejudicar o conforto. Além do que indica a RDC-50, as circulações devem ser adequadas ao fluxo e deve haver espaços para poltrona, armários e mesa para refeição.

Existe um agravante para a definição da área das enfermarias nas observações que ficam abaixo da tabela da *Unidade de Internação*:

Na pediatria e na geriatria devem ser previstos espaços para poltrona de acompanhante ao lado do leito. O mesmo deve acontecer no caso de alojamento conjunto, reservando-se um espaço para o berço ao lado da cama da mãe. Nesse último caso as metragens quadradas permanecem as mesmas citadas na tabela. (...)

Na internação de idosos (não se trata de geriatria acima?) em hospitais públicos deve ser previsto espaço para poltrona de acompanhante ao lado do leito. Nesse caso as metragens quadradas permanecem as mesmas citadas na tabela (ANVISA, 2004:59).

Ora, como seria possível acomodar uma poltrona de acompanhante para cada leito infantil ou geriátrico, sem aumentar o espaço, se o padrão médio de tal móvel tem largura superior a 60cm? Se, segundo a norma, colocam-se três leitos em cada lado, e somente dois espaços entre leitos possuem 1m largura, não há como colocar a terceira poltrona encostada na parede, pois a distância é de apenas 0,5m. Por que existem tais observações, se elas são inviáveis espacialmente?

Sabe-se que houve intenção de não se disponibilizar desenhos na RDC-50, em razão das críticas à norma anterior. Porém, se fossem disponibilizados croquis de ambientes como o da enfermaria, logo se veria que há falhas que podem dar margem a congestionamentos e desconfortos.

6.4.4 Circulações verticais

As circulações verticais são objeto de outro tema abordado na RDC-50. O quadro 12 traz uma síntese das recomendações referentes aos tipos de elemento arquitetônico ou equipamento utilizado em EAS, de acordo com o número de pavimentos do edifício e suas restrições.

O teor das definições para as circulações verticais apresentado pela RDC-50 é confuso, mesmo mostrado em resumo, como no quadro 9, porque não explicita bem os critérios utilizados. Uma boa colaboração foi feita por Pinto (1996:147-149), que descreve, de forma simples e clara, as circulações horizontais e verticais que, em complemento à NBR-9050, formam um bom conjunto de parâmetros para o EAS.

QUADRO 12 - SOLUÇÕES DE CIRCULAÇÃO VERTICAL PARA EAS.

N.º DE PAVIMENTOS	DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES	EXIGÊNCIAS:
Até 2	1.ª opção: Não há.	Escada +: Equipamentos portáteis ou plataforma mecânica.
	2.ª opção: Atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto-cirúrgico, procedimentos com anestesia geral.	Rampa ou elevador de transporte de paciente em maca.
Mais de 2	3.ª opção: Não há.	Elevador ou rampa.
	4.ª opção: Atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto-cirúrgico, procedimentos com anestesia geral. Obs: Localizadas em pavimentos sem acesso ao exterior.	Deve possuir elevador de transporte de pacientes em maca.
	5.ª opção: Não há. Edifício multiuso. Obs.: Atividades localizadas em um único pavimento sem acesso ao exterior.	Deve possuir elevador, porém pode ou não ser do tipo de transporte de pacientes em maca.
	6.ª opção: Edifício multiuso com atividades de internação, cirurgias não ambulatoriais, parto cirúrgico, procedimentos com anestesia geral. Obs.: Atividades restritas a um pavimento diferente daquele de acesso ao exterior.	Deve possuir elevador de transporte de pacientes em maca.
	7.ª opção: Edifício multiuso. Atividades diferentes da 6ª opção, localizadas em pavimento diferente do de acesso ao exterior.	Deve possuir elevador, porém pode ou não ser do tipo de transporte de pacientes em maca.

FONTE: Elaborado pela autora a partir da RDC-50.

6.4.5 Escadas

Em relação às escadas, a RDC-50 se reporta adequadamente à norma ABNT-NBR-9050, para as medidas de corrimão, mas indica, de forma incorreta, a relação entre largura e altura que os degraus devem satisfazer, apresentando a expressão:

“ $0,63=2H+L=0,64m$ ” (ANVISA, 2004:102).

Quem não tem referências arquitetônicas de medidas de escadas não entende o que essa expressão deveria indicar, porque matematicamente ela inexistente. Quem as tem pode se reportar, por exemplo, a Neufert, que recomenda, para a inclinação de escadas, os seguintes espaços necessários para **espelho** e **cobertor**, o que corresponde respectivamente à altura (H) e à largura (L) da expressão acima mencionada, procurando-se atender às seguintes fórmulas:

1ª fórmula: 2 espelhos + 1 cobertor = 61 a 64cm. Por média 62.5cm;

2ª fórmula: 1 espelho + 1 cobertor = 48cm;

3ª fórmula: 1 cobertor - 1 espelho = 12 cm (Neufert, 1976:120)

Essas fórmulas estabelecem um conjunto de diferentes inclinações que influenciam o esforço ou o consumo de energia de um indivíduo para subir uma escada. Neufert (*Idem*) e Pronk (1991:37) sugerem que as medidas de degraus mais favoráveis seriam de 17cm x 29 cm e, para escadas com grande circulação, 16cm x 30cm. Portanto, no caso dos EAS, deve-se ajustar ao tipo de uso, considerando as dificuldades de fluxos de serviços e dos enfermos.

Note-se ainda que existe a indicação de medidas mínimas de altura ($H=18,5\text{cm}$) e largura ($L= 26\text{cm}$), as quais, se atenderem apenas à relação recomendada pela RDC-50, podem permitir uma escada com inclinação acentuada e largura de degrau inadequado às escadas de grande circulação como as dos EAS. Por exemplo:

Sendo $H=18,5\text{cm}$ e $L=26\text{cm}$, tem-se que:

1.^a fórmula: $12(18,5) + 26 = 63$.

Ou seja, medidas aceitas pela RDC-50.

No entanto, se testarmos essa medida na 2.^a e na 3.^a fórmulas apresentadas por Neufert, essas medidas não seriam adequadas:

2.^a fórmula: $18,5+26 = 44,5$ (3,5 aquém do desejável, que é 48);

3.^a fórmula: $26-18= 7,5$ (4,5 abaixo do desejável, que é 12).

Essas medidas (18,5cm x 26cm) alcançam uma inclinação superior a 35°, o que, segundo estudos de Pronk (*Ibidem:37*), supera a inclinação de uma escada cômoda, quase chegando a uma inclinação de escada de serviço.

A norma de *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*, NBR-9050 (ABNT, 2006:45), promulgada em 30 de junho de 2004, veio definir melhor, mas não sem falhas, questões relativas ao dimensionamento de escadas, com as medidas apresentadas no quadro 14.

QUADRO 13 - DIMENSIONAMENTO DA NBR-9050 PARA DEGRAUS.

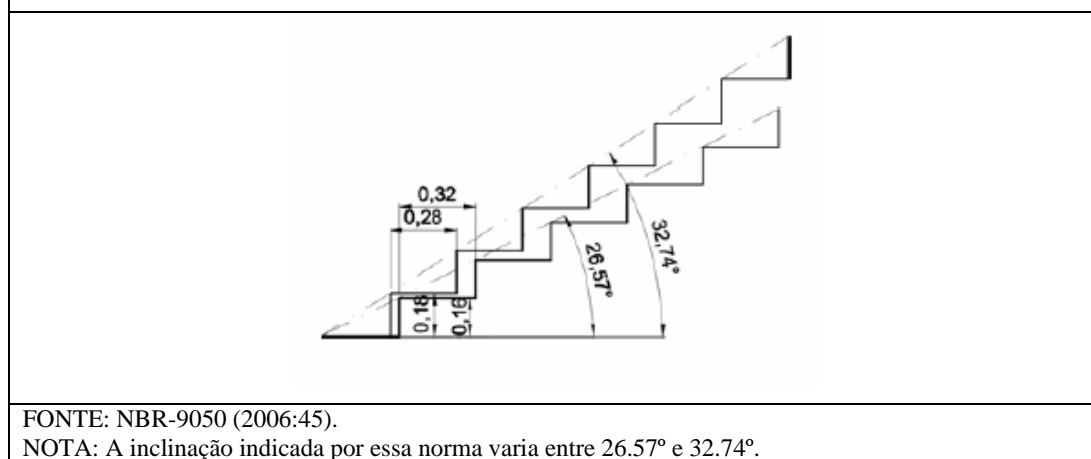
TIPOS DE DEGRAU	DIMENSÃO	RECOMENDAÇÕES
DEGRAUS ISOLADOS	<ul style="list-style-type: none"> • a altura do espelho deve ser inferior a 0,18m e superior a 0,16m*; • recomenda-se espelho com altura entre 0,15m e 0,18m*. 	Evitar espelhos com dimensão entre 1,5cm e 15cm.
ESCADAS FIXAS	a) pisos (p): $0,28m < p < 0,32m$; b) espelhos (e): $0,16m < e < 0,18m$; c) $0,63m < p + 2e < 0,65m$.	Dimensões dos pisos e espelhos.
LARGURA	A largura mínima recomendável para escadas fixas, em rotas acessíveis, é de 1,50m, sendo o mínimo admissível 1,20m.**	

FONTE: Elaborado pela autora.

NOTAS: * Nestes itens, há contradição parcial.

**Neste item, falta definição clara sobre a medida mínima.

No entanto, o ábaco apresentado pela NBR-9050 (Figura 46), indicando a variação das medidas adequadas, é bastante explicativo, claro exemplo de que o desenho é um eficiente instrumento para normatização em Arquitetura.

FIGURA 111 - VARIAÇÃO DE INCLINAÇÃO ADEQUADA PARA ESCADAS

6.4.6 Condições ambientais de conforto

O descaso com a normatização para as condições de conforto e bem estar dos pacientes teve origem a partir da edição da Portaria 400, na qual não foram estabelecidos os parâmetros listados no artigo 2.º, do Decreto 76.973, de 31 de dezembro de 1975, conforme descrito no item V, do Apêndice I.

Na RDC-50, mais uma vez, a norma descreve, de modo incompleto e confuso, os parâmetros que devem ser adotados para o conforto ambiental do EAS, tratando uns

critérios de maneira muito específica, ao passo que outros, superficialmente, nos seguintes temas:

- Conforto higrotérmico e qualidade do ar;
- Conforto acústico (NBR-10152 e NBR 12179);
- Conforto luminoso a partir de fonte natural (NBR-5413).

De um modo geral, prescreveu-se a observação do Código de Obras local, e, para os dois últimos temas, foram indicadas as normas da ABNT pertinentes. As demais recomendações foram colocadas de forma repetitiva e sem marcação nem numeração adequadas que permitam distinguir claramente os diferentes critérios que estão sendo adotados. Apesar da complexidade dos ambientes em questão, são indicadas, para o sistema de controle ambiental de EAS, duas dimensões muito pouco explicativas:

- uma endógena, que considera o edifício em sua finalidade de criar condições desejáveis de salubridade, através do distanciamento das pessoas das variáveis ambientais externas;
- outra exógena, que observa os impactos causados pelas construções no ambiente externo, alterando, de forma positiva ou negativa, suas condições climáticas naturais (ANVISA, 2004:105).

Para a dimensão endógena, sugere a aplicação das normas técnicas de higiene e segurança do trabalho, dividindo a abordagem em três aspectos: higrotérmico e de qualidade do ar, acústico e luminoso. Para a dimensão exógena, recomenda os seguintes instrumentos legais:

- Código de obras e posturas;
- Constituição Federal (art. 200 e 225);
- Leis Federais (6766/79, 6938/8):
 - Lei 6766/79 (Lei do Parcelamento do Solo)³³;
 - Lei 6938/81 (Política Nacional do Meio Ambiente);
 - Lei 4771/65 (Código Florestal, atualizado pela Lei n.º 7.803/1989).

Apesar de a Constituição Federal e as demais leis acima citadas fazerem parte de um conjunto importante de normas que estabelecem parâmetros gerais para a questão da

³³ Esta lei está assim descrita na RDC-50: “6667” (ANVISA, 2004:105), ou seja, com o número errado e sem ano de edição.

saúde e do ambiente, não especificam, na escala de projeto do EAS, as condições ambientais de conforto.

Ora, uma vez mais, a RDC-50 (ANVISA, 2004:105) se vale do pressuposto de que “os Códigos de Obras e Posturas **da maioria dos municípios brasileiros** estabelecem limites à implantação de edifícios (atividades permitidas e proibidas, normas de construção e de aproveitamento do lote, etc.) e abordam as relações dos prédios com a realidade climática local” (grifo da autora). Insiste, portanto, em considerar como regra que as exigências de conforto higrotérmico e luminoso sigam os parâmetros do Código de Obras local.

É importante salientar que a maioria dos municípios brasileiros ainda não conta com os instrumentos de planejamento e legislação urbana, nem foram encontradas referências de que esses abordem as relações dos prédios com o clima. A tabela 01 demonstra que, até 2004, apenas 10,93% dos municípios com população maior que 20 mil habitantes tinham o *Plano Diretor* exigido por lei, cujo prazo máximo de elaboração deve se extinguir até outubro de 2006, segundo o *Estatuto das Cidades*.

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS QUE POSSUEM LEGISLAÇÃO E INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO URBANO SEGUNDO AS FAIXAS DE POPULAÇÃO

Classes de tamanho da população dos municípios	Total	Plano diretor	Lei de perímetro urbano	Lei de parcelamento do solo	Lei de zoneamento ou equivalente
Total	5 560	984	4 355	1 857	1 396
Classes de tamanho da população					
Até 5 000	1 359	104	1 121	293	204
De 5 001 a 20 000	2 631	272	1 958	701	484
De 20 001 a 100 000	1 317	408	1 042	639	494
De 100 001 a 500 000	219	166	203	193	182
Mais de 500 000	34	34	31	31	32

FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2004.

NOTA: Editado pela autora a partir dos dados do IBGE (2006).

Sabe-se que tem havido avanços significativos, nesse último quarto de século, na elaboração de um aparato legal para organizar a expansão urbana brasileira no período. Mas, é incerto quando se poderá vislumbrar que a maioria da municipalidade brasileira disponha dos instrumentos necessários à gestão urbana aos moldes da lei. Sendo assim, são inócuas as remissões que a norma faz ao Código, se não suprem as vacâncias relativas aos parâmetros necessários à elaboração dos projetos de EAS.

Mais adequado seria se reconhecesse as limitações da municipalidade brasileira e promovesse treinamentos para a produção de parâmetros e normas nacionais e

regionais, a partir, por exemplo, de um vasto material já produzido pelo Ministério da Saúde, como os *Textos de Apoio à Programação Física de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*, pela Secretaria de Assistência à Saúde, no ano de 1995, com os seguintes temas:

1. *Condições Ambientais de Leitura Visual* (Maria Elaine Kohlsdorf, 90 p.);
2. *Sistemas de Controle das Condições Ambientais de Conforto* (Tadeu Almeida de Oliveira; Otto Toledo Ribas, 92 p.);
3. *O Custo das Decisões Arquitetônicas no Projeto de Hospitais* (Juan Luiz Mascaró, 73 p.);
4. *Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar* (Domingos Marcos Flávio Fiorentini; Vera Helena de Almeida Lima; Jarbas B. Karman, 65 p.);
5. *Instalações Prediais Ordinárias e Especiais* (Salim Lamha Neto, 50.p.)
6. *Condições de Segurança Contra Incêndio* (Manoel Altivo da Luz Neto, 100 p.);
7. *Manual de Segurança no Ambiente Hospitalar* (ANVISA, 172 p.);
8. *Manutenção Incorporada a Arquitetura Hospitalar* (Jarbas B. Karman, 62 p.);
9. *Sistemas Construtivos na Programação Arquitetônica de Edifícios de Saúde* (Érico P. S. Weidle, 42 p.);

Os títulos acima estão disponíveis na página *web* da ANVISA, na seção *Arquitetura e Engenharia em Saúde*. Os documentos cujo intuito de publicação foi de produzir manuais não são normativos, mas formam uma boa base de orientação aos usuários. Os critérios apresentados precisam ainda ser adequados aos projetos dos EAS, cabendo aos planejadores (arquitetos, engenheiros e demais profissionais de assistência à saúde) discuti-los e avaliá-los para sua aplicação.

Esses manuais foram elaborados por profissionais com experiência reconhecida em cada tema abordado. Esse acervo, um patrimônio técnico relevante, precisa ser melhor aproveitado e estar acessível a várias instâncias públicas, de forma sistemática, através de cursos, treinamentos ou debates envolvendo não só profissionais de assistência à saúde, como também vários segmentos da comunidade, para que seus resultados possam servir de parâmetros para normas mais específicas das realidades locais dos EAS.

7.0 CONCLUSÕES

A lei é um instrumento de todos os cidadãos, e, em cada campo de estudo, mesmo envolvendo especificidades, pode e deve ser um dos elementos que limitam e unificam as relações profissionais para a produção de conhecimentos, o planejamento e as ações. Nenhuma lei vale por si, antes está condicionada a um conjunto de normas que a justificam e a complementam.

Assim, por exemplo, no planejamento do EAS, tanto o arquiteto quanto todos os outros profissionais de saúde envolvidos estão condicionados a várias normas que determinam cada ambiente ou unidade em particular e suas relações em conjunto. As dificuldades que se apresentam, devido à complexidade inerente a esse planejamento, são muitas, o que requer, na maioria das vezes, processos mais morosos do que muitos outros planejamentos.

O atendimento ao sistema normativo requer um trabalho minucioso da equipe de planejamento e elaboração de projetos. São muitas as etapas a serem vencidas, desde o diagnóstico de uma demanda reprimida até a viabilização de procedimentos seguros e legítimos de atenção à saúde em ambientes saudáveis. O espaço construído reflete o grau de comprometimento de todos os profissionais e dos usuários com a qualidade dos serviços.

Sob o ponto de vista normativo, a RDC-50 não atende integralmente aos objetivos que se propôs. Seria desejável uma revisão técnica/legislativa de tal sistema, para sanar as falhas encontradas, dando-lhe uma estrutura normativa consistente, seqüencial, lógica, concisa, objetiva e dotando-a de completude e precisão.

Existe uma gama de parâmetros necessários ao bom desempenho de um EAS os quais ainda não são normatizados, mas precisam ser considerados, para que atendam aos princípios constitucionais e às diretrizes estabelecidas pelo sistema legal de saúde. Nos EAS, em geral, falta aplicar parâmetros que atendam ao princípio da integralidade, ou das tecnologias leves, do acolhimento, da ética ou da cidadania.

Ao arquiteto, caberia também promover e acompanhar processos participativos na elaboração de ações e planos entre os profissionais e representantes da comunidade, seja de âmbito hospitalar, seja de usuários interessados nos serviços oferecidos. No entanto, é comum que os profissionais de saúde sejam levados, por pressões diversas, ao

cumprimento de suas funções da forma mais corporativa possível, em que os fatores econômicos, justificados pela urgência do atendimento à saúde, ditam o ritmo e o tempo do planejamento. Esse comportamento afeta a resolubilidade do planejamento, pela falta de uma interpretação integrada dos programas e das normas acarretando, conseqüentemente, gastos adicionais de diversas ordens.

É preciso cuidar que o ordenamento legal não gere encargos superiores à capacidade da sociedade, dos cidadãos e dos empresários para cumpri-los, porém um cuidado maior deve ser observado, para que não se use o argumento desses encargos com o intuito de justificar as condições desumanas a que são submetidos indivíduos que precisam de serviços de saúde.

Longe de querer defender o luxo, que se pode encontrar em edifícios públicos de usos do Judiciário, do Legislativo e até de alguns do Executivo, deve-se defender a qualidade arquitetônica dos EAS. Um edifício destinado à saúde deve ser construído e mantido com a melhor tecnologia possível, a fim de aumentar sua vida útil e economizar em sua manutenção física e através da efetividade do uso. Aqueles edifícios supracitados abrigam menor número de usuários, e as necessidades de seus serviços são menos complexas. O que poderia justificar, então, a falta de critérios e de investimentos de uns, em detrimento dos demais, se a assistência à saúde e à vida não pode ser menos importante do que os demais direitos?

Os programas e projetos arquitetônicos da rede de assistência à saúde são desenvolvidos, em geral, respeitando as dimensões mínimas exigidas para cada espaço e atendendo ao que está expressamente escrito, em cada Unidade Funcional da RDC-50, sob o pretexto de que a construção hospitalar é dispendiosa e de difícil manutenção, o que é parcialmente verdadeiro. Porém, se é necessário qualificar os ambientes dos EAS segundo os princípios constitucionais e os preceitos do sistema normativo, há que se conquistar mudanças na interpretação da relação custo-benefício de cada área a ser programada e construída. Essa mudança deverá contemplar todas as unidades dos EAS, mas, em especial, aquelas utilizadas pelos pacientes para atividades fora do leito, estendendo o atendimento terapêutico direto.

Urge resgatar parâmetros de implantação de edifícios de EAS que estabeleçam uma relação harmônica com o entorno e garantam qualidade na assistência à saúde.

A taxa de ocupação, os índices de aproveitamento do lote e o zoneamento do uso do solo não construído que garanta área verde, considerados instrumentos urbanísticos que direcionam a boa qualidade do edifício, não são aí tratados, delegando-se a

competência aos órgãos municipais, o que significa uma falha. Uma consequência disso é, por exemplo, a ocupação deliberada de todo o lote por estacionamentos e serviços.

É importante ressaltar que houve uma transição política desde a primeira norma (decreto) até a última (resolução). O país saiu dos moldes de um Estado mais centralizador, que, no caso da política de saúde, significou maior controle sobre a iniciativa privada e uma prevalência de ações do serviço público, para um Estado cada vez menor. Isso talvez justifique a crescente flexibilização das normas e o conseqüente distanciamento em relação a uma busca pela melhoria da qualidade ambiental dos espaços construídos.

Houve também um grande avanço na normatização brasileira para os EAS, porém cabe ao profissional que os planeja estar atento ao sistema normativo, pois pode haver incompletudes, contradições e vacâncias em uma mesma norma ou entre elas. Pode acontecer, por falhas na elaboração ou pela evolução do sistema normativo, em que uma norma pode avançar e, por exemplo, contrapor-se a outra complementar, em alguns pontos. É o caso do dimensionamento de escadas entre a RDC-50 e a NBR 9050, por exemplo. Por isso, é importante que os profissionais estejam atentos à aplicação das normas, mas de forma crítica, procurando tanto atendê-las como estar comprometidos com seu aperfeiçoamento, com base em pesquisas e dados científicos.

O conceito de integralidade pressupõe o respeito à individualidade e às necessidades subjetivas dos usuários do sistema de saúde. A construção de um regulamento, como a RDC-50, que objetive a determinação de padrões arquitetônicos “ótimos”, deve, assim, demandar o desenvolvimento de pesquisas que avaliem o nível de satisfação dos usuários, principalmente na qualidade de pacientes, estimulando-os a apontar falhas e soluções para os ambientes em que são acolhidos nos estabelecimentos de saúde do Brasil.

É inevitável, portanto, que haja alterações nas necessidades físico-espaciais até então produzidas com foco na doença, sob uma gestão vertical e, muitas vezes, sob forte pressão de tecnologias não autóctones, caras e impróprias às prioridades do SUS. Somente contribuições simultâneas de várias áreas do saber ligadas à saúde, entre elas, a Arquitetura, atenta à necessidade do olhar transdisciplinar, podem dar conta de alcançar esse objetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABNT. *NBR-9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. 2. ed. Válida a partir de 30 jun. 2004. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/CORDE/dpdh/corde/ABNT/NBR9050-31052004.pdf>> Acesso em: 03 ago. 2006.
- ABNT. *Processos de Criação de Normas*. Disponível em: <http://www.abnt.org.br/normal_process_body.htm> Acesso em: 03 ago. 2006.
- AMORIM, Claudia Naves David. Plano de curso de conforto ambiental luminoso. Disponível em: http://www.unb.br/fau/planodecurso/graduacao/12006/CONF_LUMI_01_2006.pdf. Acesso em: 5 ago. 2006.
- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômacos*. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1999.
- ARRUDA, Ramón L. C. Aprendendo a acreditar. In: Falcão, Emanuel Fernandes (org.). *Um novo Começo*. João Pessoa: Editora Universitária/Agemte, 2003.
- ÁVILA-PIRES, Fernando Dias de. *Princípios de ecologia médica*. 2. ed. rev. e aum. Florianópolis: UFSC, 2000.
- BACON, Francis. *Sobre Jardins*. Disponível: <http://www.logospoetry.org/pls/wordtc.new.wordtheque.w6_start.doc?code=6783&lang=BP-27k->> Acesso em: 10 ago. 2006.
- BARRETO, Frederico Flósculo Pinheiro. Modelos normativos, complexidade funcional e metodologias de programação arquitetônica: aplicações à arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde. In: CARVALHO, Antonio Pedro Alves de (Org.). *Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Salvador: FAUFBA/Ministério da Saúde, 2002.
- BARTHOLO JR., Roberto dos S.; BURSZTYN, Marcel. Prudência e utopismo: ciência e educação para a sustentabilidade. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). *Ciência, ética e sustentabilidade: desafios ao novo século*. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.
- BETTS, J. *Considerações sobre o que é o Humano e o que é Humanizar*. Disponível em: <http://www.humaniza.org.br/home/downloads/biblioteca/consideracoes_sobre_o_que_e_humano_e_o_que_e_humanizar> Acesso em: 21 out. 2002.
- BIOPOUVOIR. In: Wikipédia. Disponível em: <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Biopouvoir>> Acesso em: 01 ago. 2006.
- BOBBIO, Norberto. *Teoria do ordenamento jurídico*. 10. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1999.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Arquitetura e engenharia em saúde: manuais*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>> Acesso em: 22 jun. 2006.
- _____. _____. *Manual de Segurança no Ambiente Hospitalar*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.
- _____. _____. *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde*. 2 ed. Brasília: ANVISA, 2004.

- _____. *Código Civil Brasileiro*. Lei nº 10.406, de 10/01/2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10406.htm. Acesso em 14 ago. 2006
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2001.
- _____. *Estatuto das Cidades*. Lei n.º 10.257, de 10 de julho de 2001. Disponível em: <http://www.seplan.to.gov.br/dpl/estcid.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: 2004.
- _____. _____. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Portaria Nº 675/GM de 30 de março de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-675.htm>. Acesso em: 30 abr. 2006.
- _____. _____. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH*. Regulamentado pela portaria n.º 202, SAS, de 19 de junho de 2001, e pela portaria n.º 881, GM/MS de 19 de agosto de 2001. Disponível em: <http://www.humaniza.org.br> Acesso em: 21 out. 2002.
- _____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas Técnicas. *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde*. Brasília, 1994.
- _____. _____. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. *Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde*. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- BRENER, Jayme. História da Medicina Suplementar no Brasil: capítulo 1. *Revista Pangea*: quinzenário de economia, política e cultura. Disponível em: http://www.clubemundo.com.br/revistapangea/show_news.asp?n=272&ed=2 Acesso em: 01 ago. 2006.
- BROSS, João Carlos. 8 fot.: color: Reprod: color; 8 x 10 cm em papel. Do acervo técnico da Arquiteta Maria da Conceição de Mello Azêdo.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de, (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2003. (INSERIR CITAÇÃO)
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Disponível em: http://www.humaniza.org.br/home/downloads/biblioteca/a_clinica_do_sujeito.doc Acesso em: 21 out. 2002.
- _____. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, Rosana Onocko. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. *Reflexões sobre o conceito de humanização*. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=48> Acesso em: 01 ago. 2006.
- CAPONI, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

- CARVALHO, Antonio Pedro Alves de (Org.). *Temas de arquitetura de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Salvador: FAUFBA/Ministério da Saúde, 2002.
- CARVALHO, Cristiano; MACHADO, Rafael Bicca; TIMM, Luciano Benetti. *Direito Sanitário Brasileiro*. São Paulo: Quartier Latin, 2004.
- CASTRO, Valéria Cristina Gomes de. *A “porta de entrada” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- CÓDIGO DE HAMURÁBI. In: Wikipédia. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo_de_Hamur%C3%A1bi> Acesso em: 01 ago. 2006.
- COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- COSTA, Ediná Alves; Rozenfeld, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- COSTI, Marilice. *A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- CRETELA JR, José; CINTRA, Geraldo de Ulhôa. *Dicionário latino-português*. 3. ed. rev. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1953.
- DAHLKE, Rudiger; DETHLEFSEN, Thorwald. *A doença como caminho*. São Paulo: Cultrix, 2001.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. Organização jurídica da administração pública em saúde. In: ROZENFELD, Suely (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- DAMATTA, Roberto. *A casa e a rua*. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- DERRIDA, Jacques. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar Da Hospitalidade*. São Paulo: Escuta, 2003.
- DIAS, Helio Pereira. *Direitos e obrigações em saúde*. Brasília: ANVISA, 2002.
- _____. *Flagrantes do ordenamento jurídico-sanitário*. 2. ed. rev. e atual. Brasília: ANVISA, 2004.
- FIGUEIREDO, Elsa M. A. P. A. Ambientes de saúde: o hospital numa perspectiva ambiental terapêutica. In: SOCZKA, Luis. *Contextos humanos e psicologia ambiental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.
- FIORENTINI, Domingos, M. F; LIMA, Vera Helena de Almeida *et alli* *Arquitetura na Prevenção de Infecção Hospitalar*. Disponível em:
<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.

- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- GÓES, Ronald de. *Manual prático de arquitetura hospitalar*. São Paulo: Edgard Blücher, 2004.
- GRILO, Antonio. *História: Santa Casa da Misericórdia de Passos*. Disponível em: <<http://www.scpassos.org.br/historicoNovo.html>> Acesso em: 25 mar. 2006.
- HOLANDA, Frederico de. *O espaço de exceção*. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.
- HOSKING, Sarah; HAGGARD, Liz. *Healing the hospital environment: design, management and maintenance of healthcare premise*. New York: E & Son, 1999.
- HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- IBGE. *Perfil dos municípios brasileiros – Gestão 2004*. Disponível em <<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2004/munic2004.pdf>> Acesso em: 21 jun. 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL. *Manual para elaboração de edifícios de saúde na Cidade do Rio de Janeiro: posto de saúde; centro de saúde e unidade mista*. Rio de Janeiro: IBAM/CPU, PCRJ/SMU, 1996.
- _____. *Projeto de Desburocratização para Cidadania e Empresa: Relatório Consolidado*. 2003. Disponível em: <http://www.desburocratizar.org.br/down/bibl_consolidado_indice.pdf> Acesso em: 14 maio 2006.
- INSTITUTO DE HOSPITALIDADE. *A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e a Irmandade de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria da Misericórdia*. Disponível em: <[http://www.hospitalidade.org.br/Downloads/Docs/Santa%20Casa%20da%20Miseric%F3rdia%20da%20Bahia%20\(resumo\).doc](http://www.hospitalidade.org.br/Downloads/Docs/Santa%20Casa%20da%20Miseric%F3rdia%20da%20Bahia%20(resumo).doc)> Acesso em: 01 ago. 2006.
- IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO PAULO. *História das Santas Casas - Galeria de fotos*. Disponível em: <http://.santacasasp.org.br/galeria.htm>. Acesso: 2 abr. 2006.
- IZARD, Jean-Louis; GUYOT, Alain. *Arquitetura bioclimática*. México: Gustavo Gili, 1983.
- JARDIM, Tarciso Dal Maso. *Corte Criminal Internacional: consagração da pessoa humana como sujeito de direito internacional ou manutenção do status quo das Nações Unidas?* Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/tpi/import.htm>. Acesso em: 14 ago. 2006
- JORNAL DA PRAIA. *Uma história com 500 anos*. n. 275, 09 jul. 1999. Disponível em: <<http://www.viaoceânica.com/jornaldapraia/mes07/index.html>> Acesso em: 01 ago. 2006.
- KARMAN, Jarbas B. *Manutenção Incorporada a Arquitetura Hospitalar*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.
- KOHLSDORF, Maria Elaine. *Condições Ambientais de Leitura Visual*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.

- LAMHA NETO, Salim. *Instalações Prediais Ordinárias e Especiais*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.
- LIMA, João Filgueiras (Lelé). *CTRS – Centro de Tecnologia da Rede Sarah*. Brasília: SarahLetras; São Paulo: Fundação Bial/Proeditores, 1999.
- LIMEIRA, Flávia Maroja. *Hospitalidade: humanização e bem-estar no ambiente hospitalar*. Monografia para obtenção do grau de Especialista em Gestão da Hospitalidade. Centro de Excelência em Turismo. Universidade de Brasília, 2002. Inédito.
- LUZ NETO, Manoel Altivo da. *Condições de Segurança Contra Incêndio*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.
- MAGALHÃES, Izabel. *Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico*. Brasília: Thesaurus, 2000.
- MALIK, Ana Maria. Prefácio. In: CAMPOS, Rosana Onocko. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MASCARÓ, Juan Luiz. *O Custo das Decisões Arquitetônicas no Projeto de Hospitais*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.
- MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do Direito*. 9 ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1981.
- MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de Direito Administrativo*. São Paulo: Malheiros, 1992.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, Emerson Elias et. al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MEZOMO, João Catarin. *O administrador hospitalar*. São Paulo: CEDAS, 1991.
- MIQUELIN, Lauro Carlos. *Anatomia dos edifícios hospitalares*. São Paulo: CEDAS, 1992.
- MIRANDA, Carlos Alberto Cunha de. *Da polícia médica à cidade higiênica*. Disponível em <<http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/policia.htm>> Acesso em: 12 abr. 2006.
- MONTE, Fernando Q. *A ética na prática médica*. Revista Bioética. N5. Final, p31, 11/25/02. Disponível em: <<http://www.cremap.org.br/revista/bio10v1/Revista%20Bio%E9tica.pdf>> Acesso em: 03 ago. 2006.
- MOSTAEDEI, Arian. *New health facilities*. Barcelona: Instituto Monsa, 2001. 239p. il.

- MOTTA, Flávio Lichtenfels. *Roberto Burle Marx e a nova visão da paisagem*. São Paulo: Nobel, 1983.
- MUMFORD, Lewis. *A cidade na história: suas origens, transformações e perspectivas*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- NEUFERT, Ernst. *Arte de projetar em arquitetura*. 7. ed. São Paulo: Gustavo Gili do Brasil, 1976.
- OLIVEIRA, Renato José de. *Platão e a Filosofia da Educação*. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/platao.htm>> Acesso em: 03 ago. 2006.
- OMS. *Constituição*. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>> Acesso em: 03 ago. 2006.
- PAPHE – PRESENT AND FUTURE OF EUROPEAN HOSPITALS HERITAGE. *Typology*. Disponível em: <<http://europaphe.aphp.org/en/b1.html>> Acesso em: 01 ago. 2006.
- PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Set 2006. doi: 10.1590/S1413-81232004000300014.
- PEÑA, William M.; PARSHALL, Steven A. *Problem seeking: an architectural programming primer*. 4. ed. New York: John Wiley & Son, 2001.
- PEREZ, Nelson. *Hospital indígena em São Gabriel da Cachoeira, Amazonas*. 2005. 1 fot.: p&b.; digital. Disponível em: <http://www.olhares.com/hospital/foto436497.html>. Acesso: 16 ago. 2006.
- PINTO, Sylvia Caldas Ferreira. *Hospitais: Planejamento físico de unidades de nível secundário – manual de orientação*. Brasília: Thesaurus, 1996.
- POLETTI, Ronaldo. *Introdução ao Direito*. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
- PRONK, Emile. *Dimensionamento em arquitetura*. 3 ed. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 1991.
- RESTANY, Pierre. *O poder da arte – Hundertwasser: o pintor-rei das cinco peles*. Colônia: Taschen, 2002.
- RIBAS, Otto Toledo; OLIVEIRA, Tadeu Almeida de. *Sistemas de Controle das Condições Ambientais de Conforto*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.
- RIBEIRO, Herval Pina. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- ROLLO, Adail de Almeida. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público?. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- SALVADOR abre ao público museu e alas da Santa Casa de Misericórdia. *Boa Viagem On line*, 30 jan. 2006. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/boaviagemonline/conhecaobrasil/190111301.asp>> Acesso em: 01 ago. 2006.

- SÃO PAULO. Secretaria da Habitação e Desenvolvimento Urbano. Assessoria de Legislação e Normalização Técnica. *Roteiro de Projeto de edificações: recomendações para elaboração do projeto de edificações para aprovação na SEHAB-PMSP*. 2. ed. rev. São Paulo: Pini, 1989.
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE. *Histórico*. Disponível em: <<http://www.santacasarecife.org.br/ctudo-historico.html>> Acesso em: 01 ago. 2006.
- SILVA, Luísa Ferreira da. *Sócio-antropologia da saúde: sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.
- TAVARES, E. E. *Algumas considerações preliminares sobre humanização e Medicina*. Disponível em: <http://www.humaniza.org.br/home/downloads/biblioteca/algumas_consideracoes.doc> Acesso em: 21 out. 2002.
- TEIXEIRA, Paulo Afonso de Almeida. *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Alma carioca*. Disponível em: <<http://www.almacarioca.com.br/hist09.htm>> Acesso em: 01 ago. 2006.
- TESTA, Mario. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- WEIDLE, Érico P. S. *Sistemas Construtivos na Programação Arquitetônica de Edifícios de Saúde*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/arquitetura.asp>. Acesso em: 20 mar. 2006.

APÊNDICE 1: CRONOLOGIA DAS NORMAS PARA PROJETOS FÍSICOS DE EAS NO BRASIL

Este apêndice apresenta a cronologia das normas que regulamentaram o planejamento e os projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde no Brasil, na seguinte seqüência:

<u>I.</u>	<u>LEI 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975</u>	152
<u>II.</u>	<u>PORTARIA 517/BSB, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1975</u>	154
<u>III.</u>	<u>DECRETO 76.973, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1975</u>	154
<u>IV.</u>	<u>PORTARIA 30/BSB, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1977</u>	155
<u>VI.</u>	<u>RESOLUÇÃO CIPLAN N.º 3, DE 25 DE MARÇO DE 1981</u>	157
<u>VII.</u>	<u>PORTARIA 1884, DE 11 DE NOVEMBRO DE 1994</u>	158
<u>VIII.</u>	<u>PORTARIA 674, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1997</u>	159
<u>IX.</u>	<u>PORTARIA 554, DE 19 DE MARÇO DE 2002 – RDC-50</u>	159
	<u>IX-a Portaria 307, de 14 de novembro de 2002</u>	160
	<u>IX-b Portaria 189, de 18 de julho de 2003</u>	160

As primeiras normas brasileiras para EAS foram elaboradas, em 1974, pela antiga Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar do Ministério da Saúde, sob o título **Normas de Construção do Hospital Geral** (Brasil/MS, 1987:3). Desde então, foram feitas várias revisões e alterações por equipes formadas através de portarias ministeriais.

Descreve-se, a seguir, a relação das principais leis que formaram esse sistema ao longo das três últimas décadas, com os respectivos itens primordiais, na intenção de resgatar sua evolução, criando uma base complementar para este trabalho.

I. LEI 6.229, DE 17 DE JULHO DE 1975

Esta lei foi promulgada em um período em que havia um movimento em resposta às necessidades de melhoria dos serviços de saúde que, a despeito do crescimento econômico alcançado na década de 70, possuía condições de atendimento à população em geral bastante precárias. A edição da lei coincide também com o início das iniciativas para o atendimento hospitalar universalizado. A seguir a transcrição de partes importantes da citada lei:

Dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, determina atribuições a todos os ministérios, estados e Distrito Federal para ação conjunta relacionadas à saúde e confere ao Ministério da Saúde competência para elaborar planos de proteção à saúde e normas técnico-científicas para promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre estas, a fixação de normas e padrões para prédios e instalações do serviço de saúde (Art. 1º, g), dividindo os planos setoriais em áreas: a) de ação sobre o meio ambiente...; b) prestação de serviços a pessoas, compreendendo as atividades de proteção e recuperação da saúde das pessoas...; c) e atividades de apoio, compreendendo ações de caráter permanente...(art. 2º) estabelecendo a obrigatoriedade do atendimento a padrões mínimos para construção ou ampliação de novos hospitais e outras unidades de saúde (art. 6º).

Cabe salientar que no regime autoritário ou de “centralização decisória” (Costa, 1998:45) que havia então, os movimentos sociais eram bastante reprimidos e, foram fundamentais as recomendações de agências internacionais, entre elas o Banco Mundial, para que o Estado tomasse providências para reverter o quadro de exclusão social, melhorar a distribuição de renda e diminuir os índices de mortalidade e carência da população, indicados pelo Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF, iniciado em 1974 (*Ibidem*:44).

Costa (1998:47) afirma que a política pública de “maior abrangência na redefinição do modelo de desenvolvimento social brasileiro foi proposta pelo II Plano Nacional de Desenvolvimento em meados dos anos 70”. O II PND deu uma resposta explícita às críticas das agências financiadoras internacionais, definindo políticas redistributivas: de emprego e salários, de valorização de recursos humanos, com ações inovadoras de ação social e saúde; de integração social; habitacional e de ampliação do conceito de previdência social.

No entanto, o II PND foi muito criticado por Lessa³⁴ (*apud* Costa,1998:47) como sendo um embuste ou a continuidade de políticas econômicas centralizadoras, idéia reforçada pela argumentação de Abranches³⁵ (*apud* Costa,1998:45) que acusa de privatização a política social implantada no período. Melo³⁶, por sua vez, aponta que, no governo Geisel, “descobrem-se virtudes na redistribuição. De uma perspectiva econômica, redistribuir não é só possível, mas racional e virtuoso” (*apud* Costa, 1998:49).

³⁴ LESSA, Carlos. *A estratégia de desenvolvimento 1974-1976: sonho e fracasso*. Tese apresentada à Faculdade de Economia e Administração (UFRJ) para concurso de professor titular. Rio de Janeiro, 1978.

³⁵ ABRANCHES, S. H. Política social e combate à pobreza: teoria e prática. In: AAVV. *Política social e combate à pobreza*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

³⁶ MELO, Marcus A. de. Democracia, neolocalismo e mal-estar social: a geometria política da Nova República. *Agenda de políticas públicas*, 4. Rio de Janeiro: Iuperj, 1994.

O fato é que essas políticas implantadas desencadearam um aumento da rede física de estabelecimentos de saúde no Brasil, sem, no entanto, deixar de favorecer, em especial, a indústria da construção civil. Os benefícios à população nem sempre se deram de forma democrática. “Os efeitos excludentes da produção desses serviços sociais estariam inscritos também na lógica de apropriação desigual do espaço construído”, ou seja, repartidos na malha urbana favorecendo classes e regiões economicamente privilegiadas (Costa, 1998:40).

II. PORTARIA 517/BSB, DE 26 DE DEZEMBRO DE 1975

Esta portaria teve como objetivo principal constituir grupo de trabalho multi-institucional para revisão ou reformulação das normas de construção e instalação do Hospital Geral. Esse momento coincide com o preparo e a expansão da rede hospitalar para o atendimento aos não contribuintes da previdência, quando houve uma “expressiva expansão de hospitais próprios do sistema previdenciário, que se incorporam às já existentes modalidades de assistência médica e de compra de serviços articuladas a provedores privados...” (Costa, 1998).

A portaria deu origem aos estudos técnicos multidisciplinares de normatização integrados por representantes dos Ministérios da Saúde, da Previdência, da Assistência Social, do Instituto Nacional de Previdência Social, da Associação Brasileira de Hospitais, da Associação Brasileira de Enfermagem, da Faculdade de Saúde pública de São Paulo e da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. (Góes, 2004:15)

Foi estabelecido um prazo de 60 dias para a apresentação de um relatório de atividades.

III. DECRETO 76.973, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1975

Este decreto é o resultado dos trabalhos desenvolvidos por determinação da Portaria 517/BSB, de 26/12/1975. Foi um passo marcante para a definição dos principais temas que deveriam ser desenvolvidos na normatização, para qualificar os EAS, estabelecendo a estrutura básica para os documentos normativos posteriores.

Note-se no teor dos artigos abaixo transcritos, a clara demonstração de que os credenciamentos, financiamentos estavam condicionados ao cumprimento das novas normas, como também as punições.

Dispõe sobre normas e padrões para prédios destinados a serviço de saúde, credenciamento e contratos com os mesmos e dá outras providências. Determinando, sobre o que as normas deveriam dispor:

Art. 2º. - 1. Conceitos e definições; 2. Localização adequada; 3. Áreas de circulação externas e internas; 4. Área total construída; 5. **Acomodação dos pacientes; 6. Locais para o adequado atendimento clínico, cirúrgico e de recuperação dos pacientes;** 7. Instalações sanitárias, elétricas, mecânicas e hidráulicas; 8. **Instalações para atendimento de pacientes;** 9. **Áreas destinadas à alimentação e lazer dos pacientes;** 10. Serviços gerais especializados; 11. Detalhes sobre os tipos de materiais de construção; 12. Sistemas de segurança contra acidentes e de emergência; 13. Instalações para o destino adequado final dos dejetos; 14. Pormenores, atendidas às peculiaridades, necessidades locais, e condições específicas em cada caso. [grifos da autora]

.....
.....

Art. 4º - As instituições financeiras oficiais somente concederão créditos para a construção, ampliação ou reforma de Unidade de Saúde, bem assim aquisição de equipamentos, quando os respectivos projetos tenham sido previamente aprovados pelo Ministério da Saúde.

Art. 5º - Nenhuma contratação ou credenciação de serviços com unidades de saúde será efetivada pelos órgãos da administração direta ou indireta da União sem que os respectivos projetos de construção, inclusive os de ampliação ou reforma, iniciadas após a vigência da Lei 6.229 de 17/07/1975, tenham recebido aprovação prévia do Ministério da Saúde.

Art. 6º Para os efeitos deste Decreto entendem-se como serviços de Saúde ou unidades de saúde, os hospitais, postos ou casas de saúde, consultórios, clínicas em geral, unidades médico-sanitárias, outros estabelecimentos afins ou locais onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 7º A inobservância do disposto neste Decreto e nas normas e padrões a serem baixados pelo Ministério da Saúde configurará infração de natureza sanitária a ser apurada e punida na forma do Decreto-lei número 785, de 25 de agosto de 1969.

Vê-se, no artigo 2.º (nos trechos grifados), que os atributos descritos neste decreto visavam a garantir o bem-estar dos pacientes, sendo a eles diretamente dedicados quatro (5,6,8 e 9) dos catorze itens, em clara demonstração de que havia uma preocupação explícita com o seu conforto.

IV. PORTARIA 30/BSB, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1977

Esta portaria aprova os conceitos e definições de que trata o item I do Art. 2º, do Decreto 76.973 de 31/12/1975. Recomenda à Assistência Médica e Hospitalar, da

Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, a publicação e a promoção dos conceitos.

V. PORTARIA 400/BSB, DE 06 DE DEZEMBRO DE 1977

Por esta da Portaria 400, o Ministro de Estado da Saúde aprova um novo documento normativo, sob o título **Normas e Padrões de Construção e Instalações de Serviços de Saúde**, estabelecendo a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde como sendo o órgão competente para se articular com as secretarias de saúde sobre a interpretação e cumprimentos das normas. (Brasil, 1987)

Durante quase duas décadas essa portaria foi referência para construção ampliação e reformas dos hospitais brasileiros, sendo, para este efeito, a que mais tempo vigorou até hoje no Brasil. De acordo com Carvalho (2002:20) “muitas pessoas, ainda hoje, choram a falta de orientações abrangentes, como a da antiga Portaria n. 400, que trazia inclusive projetos-padrões em seu conteúdo”.

De fato essa norma era considerada, por alguns, muito completa, no sentido de oferecer uma rápida solução para a aprovação de financiamentos de unidades hospitalares. Contava com os programas de hospitais de 50 e 150 leitos, postos, centros de saúde e unidades mistas e com muitas ilustrações o que a tornava bastante didática para um iniciante em planejamento hospitalar. As suas 40 figuras traziam várias plantas cotadas com leiautes dos ambientes hospitalares mais importantes com a relação de seus equipamentos que deveriam servir como exemplo.

Segundo Barreto (2002:73), isso “teve enorme impacto na produção de projetos arquitetônicos, pois praticamente todos os projetos de obras novas, reformas e adaptações de edificações e de instalações de equipamentos, eram financiados com grandes volumes de recursos destinados ao Sistema Nacional de Saúde”. No entanto, para ele, o padrão de 50 leitos, cuja planta baixa foi colocada como anexo, foi amplamente copiado do Oiapoque ao Chuí, o que pode ser considerado um prejuízo à prática profissional especializada e ao planejamento regionalizado.

Deve-se reconhecer que a norma oferecia, além das bases legais, dos conceitos e das definições na sua introdução, programas com os ambientes descritos e dimensionados. Dava informações sobre parâmetros urbanísticos (situação, orientação, ocupação e afastamentos mínimos), materiais e detalhes construtivos e também orientações sobre a aplicação das normas aos projetos arquitetônicos.

Foi, portanto, um importante instrumento para qualificar a maioria dos EAS que foram construídos, reformados e ampliados, em um período de grande expansão da rede de assistência à saúde no Brasil, quando já se caminhava para a conquista da universalidade do atendimento.

No entanto, os itens do artigo 2.º, do Decreto 76.973, de 31 de dezembro de 1975, os quais tratavam do bem-estar dos pacientes (5, 6, 8 e 9), foram apenas listados na Portaria 400, sem uma linha sequer que definisse seus parâmetros gerais (Ver sumário dessa norma no Anexo 6). É possível perceber que foram colocados, de forma tímida, nos programas das unidades. Desde então, as salas de recepção e espera não tinham dimensões indicadas nos hospitais de até 50 leitos, como se não houvesse tal necessidade independentemente do porte do serviço. Em contraponto a essa falha, vêem-se, logo no item 2 (Unidade de Conforto no Corpo Clínico), espaços bem definidos para conforto de médicos, médicas e plantonista.

Pode-se interpretar que, desde então, ao conforto e ao bem-estar dos pacientes é dada uma atenção inadequada.

VI. RESOLUÇÃO CIPLAN N.º 3, DE 25 DE MARÇO DE 1981

Esta resolução foi, a partir de 1987, colocada como anexo da Portaria 400 e parece, que veio complementá-la no sentido de oferecer subsídios para um roteiro de organização de dados necessários ao planejamento da rede de saúde e aos programas dos EAS.

Elaborada através de articulação entre a Comissão Interministerial de Planejamento e a Coordenação Saúde/Previdência, agregou valor aos instrumentos anteriores, ao “estabelecer as condições para a expansão e adequação da rede de serviços de saúde, incluindo tipologia física e dotação de pessoal” (Brasil/MS, 1987:3).

Esse documento, apesar de ter sua validade normativa já expirada após um ano de sua publicação, pode servir ainda de referência para a elaboração de programas, principalmente do item I, que trata de critérios para identificações e dimensionamento das necessidades de adequação e expansão da rede dos estabelecimentos de saúde. Esse item é dividido em duas partes:

- 1- Que indica a necessidade de um diagnóstico que defina: situação demográfica, caracterização geográfica e vias de acesso, capacidade física instalada e recursos humanos;
- 2 – Que descreve parâmetros para dimensionamento das necessidades: população, densidade, número de consultas (médica, odontológica, urgência, visita domiciliar, vacinação, leitos).

Estes itens descrevem parâmetros que não foram reeditados nas normas posteriores e que servem sobretudo para a etapa de definição de programa de necessidades (Ver sumário da Resolução CIPLAN no Anexo 7).

Precisa-se, no entanto, descartar as informações que podem estar em desacordo com as normas vigentes, a exemplo da padronização dos níveis de atenção à saúde relacionados no item II, que vale apenas para compreensão histórica da estrutura hospitalar praticada no final do século XX no Brasil.

VII. PORTARIA 1884, DE 11 DE NOVEMBRO DE 1994

Esta portaria foi a primeira norma técnica para EAS após a promulgação da CF/88 e da LOS/90. Sua principal contribuição foi a adequação das normas aos princípios de descentralização, regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência. Foi denominada *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde*.

Apesar de ter eliminado todas as plantas baixas de projetos arquitetônicos dos padrões hospitalares da Portaria 400, trouxe muito do seu texto, com dados não mais organizados para “até 50 ou 150 leitos” mas para qualquer tipo de EAS.

Ao lado da coluna de dados de dimensões mínimas foram acrescentados a quantidade e o tipo de instalações complementares de água, pontos elétricos, fluidos medicinais, etc.

No entanto, a exemplo do parâmetro de área destinada à Unidade de Internação, em relação à norma anterior, já pode-se perceber uma redução nas áreas por ambientes, a saber:

QUADRO 14 - REDUÇÃO DA ÁREA MÍNIMA DE AMBIENTES ENTRE AS NORMAS

AMBIENTES	PORTARIA 400 (m ²) *	PORTARIA 1884 (m ²)
Sala de exame e curativos	8-12	7,5
Sala de refeitório ou estar	12-14	1,2**

Nota: * Medidas para 50 e 150 leitos respectivamente.

**Área por paciente em condições de exercer atividades recreativas ou de lazer. Ou seja, indefinida.

A portaria 1884 tem três partes (Ver sumário no Anexo 5):

- a primeira trata da descrição de etapas de elaboração de projetos arquitetônicos e complementares (elétrico, hidráulico, de fluido mecânica, etc.) ;
- a segunda relaciona a programação físico-funcional dos EAS e o dimensionamento, quantificação de áreas e indicação de instalações prediais dos ambientes;
- e a terceira, complementa com os critérios de circulação, conforto ambiental, , controle de infecção, instalações prediais ordinárias e especiais e condições de segurança contra incêndio.

VIII. PORTARIA 674, DE 31 DE DEZEMBRO DE 1997

Esta portaria contém proposta de atualização da Portaria 1884, que atendendo à Resolução do CONMETRO, Nº 05, foi submetida a audiência pública, e segundo a ANVISA foi “discutida amplamente com vários segmentos da sociedade, técnicos das vigilâncias estaduais e municipais, universidades, sociedades de especialistas, conselhos de classe, coordenações do Ministério da Saúde, profissionais liberais, hospitais públicos e privados e também em congressos da área” (Brasil/MS, 2004:7).

Além da sua publicação no Diário Oficial da União e inclusão em página da Internet, foram solicitadas contribuições a respeito da Portaria a todos os Secretários de Saúde Estaduais e a entidades do setor.

No entanto depois de cinco anos de consulta pública, a RDC-50 tem a estrutura e o sumário (Ver Anexo 4) idênticos à Portaria 1884, com exceção da inclusão do item 7.4 e da retirada do item 8.2, contendo ainda, grosso modo, 18 páginas a mais.

IX. PORTARIA 554, DE 19 DE MARÇO DE 2002 – RDC-50

Esta portaria promulgou a RDC-50 da ANVISA, considerando o disposto no inciso III do artigo 2º, inciso III do artigo 7º e § 2º do artigo 8º; todos da Lei n.º 9782 de

26 de janeiro de 1999, que atribuem competência à Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde para estabelecer normas para as ações de vigilância sanitária a respeito de instalações e ambientes de serviços de saúde. É a norma para projetos de EAS vigente e foi complementada até hoje com mais duas portarias, a 307 e a 189.

IX-a Portaria 307, de 14 de novembro de 2002

Esta portaria complementa a RDC-50 indicando nas Partes I e III - as normas da ABNT que devem ser adotadas como complemento ao seu sistema normativo; na Parte II, novas relações de atividades. Aliás, mostra como o atendimento à RDC-50 está estreitamente ligado às normas da ABNT, o que dificulta a pesquisa necessária a elaboração de projetos, pela multiplicidade de normas necessárias e pelo custo de cada uma delas. Para se ter uma idéia, segundo consta na Portaria 307, só a normatização brasileira referente à segurança contra incêndio em edificações urbanas a serem observadas, somam dezenove normas diferentes.

IX-b Portaria 189, de 18 de julho de 2003

Esta portaria complementa a RDC-50 nas questões relativas à obrigatoriedade de avaliação e aprovação prévias pelas vigilâncias sanitárias de projetos para construção, ampliação e reformas de EAS, bem como da licença sanitária para seu funcionamento, exigindo um relatório técnico como complemento ao Projeto Básico de Arquitetura e definindo as responsabilidades dos autores.

ANEXOS:

ANEXO 1: DIREITOS DOS PACIENTES.....	162
ANEXO 2: MATRIZ DE PEÑA E PARSHALL.....	168
ANEXO 3: SITES DE CONFORTO AMBIENTAL EM ARQUITETURA.....	169
ANEXO 4: SUMÁRIO DA RDC-50.....	170
ANEXO 5: SUMÁRIO DA PORTARIA 1884	171
ANEXO 6 - SUMÁRIO DA PORTARIA 400	172
ANEXO 7: SUMÁRIO DA RESOLUÇÃO CIPLAN N° 3.....	177

ANEXO 1: DIREITOS DOS PACIENTES**PORTARIA Nº 675/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006.**

Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 196 da Constituição, relativamente ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a importância do fortalecimento do SUS como política pública de saúde pelas três esferas de governo e pela sociedade civil;

Considerando a Lei nº 9.656, de 1998, da Saúde Suplementar, sua regulamentação e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei nº 9.961/2000);

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS em implementação pelo Ministério da Saúde a partir de maio de 2003;

Considerando a necessidade de garantir o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo para os usuários dos serviços de saúde;

Considerando a necessidade de definir parâmetros de qualificação do atendimento humanizado para a população brasileira, respeitando as diversidades culturais, ambientais e locais; e

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão,

R E S O L V E

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a esta Portaria, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

Art. 2º Convidar todos os gestores, os profissionais de saúde, as organizações civis, as instituições e as pessoas interessadas em promover o respeito desses direitos e a assegurar seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

Art. 3º Determinar que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde seja afixada em todas as unidades de saúde, públicas e privadas, em todo o País, em local visível e de fácil acesso pelos usuários.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

ANEXO

A carta que você tem nas mãos baseia-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é também uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.

PRINCÍPIOS DESTA CARTA

- I - todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- II - todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- III - todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- IV - todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;

V - todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; e

VI - todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

SE PRECISAR, PROCURE A SECRETARIA DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO.

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde:

Considerando o art. 196, da Constituição Federal, que garante o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção proteção e recuperação da saúde;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde; e

Considerando a necessidade de promover mudanças de atitude em todas as práticas de atenção e gestão que fortaleçam a autonomia e o direito do cidadão.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite apresentam a Carta dos Direitos do Usuários da Saúde e convidam todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito destes direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação.

PRIMEIRO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

Todos os cidadãos têm direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidos pelo Sistema Único de Saúde:

I - o acesso se dará prioritariamente pelos Serviços de Saúde da Atenção Básica próximos ao local de moradia;

II - nas situações de urgência/emergência, o atendimento se dará de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema;

III - em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário em condições seguras, que não implique maiores danos, para um estabelecimento de saúde com capacidade para recebê-lo;

IV - o encaminhamento à Atenção Especializada e Hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta critérios de vulnerabilidade e risco com apoio de centrais de regulação ou outros mecanismos que facilitem o acesso a serviços de retaguarda;

V - quando houver limitação circunstancial na capacidade de atendimento do serviço de saúde, fica sob responsabilidade do gestor local a pronta resolução das condições para o acolhimento e devido encaminhamento do usuário do SUS, devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade por ora indisponível. A prioridade deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio;

VI - as informações sobre os serviços de saúde contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social;

VII - o acesso de que trata o caput inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva; e

VIII - a garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente às pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

SEGUNDO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos:

I - atendimento com presteza, tecnologia apropriada e condições de trabalho adequadas para os profissionais da saúde;

II - informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras:

a) hipóteses diagnósticas;
b) diagnósticos confirmados;
c) exames solicitados;
d) objetivos dos procedimentos diagnósticos, cirúrgicos, preventivos ou terapêuticos;
e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;

f) duração prevista do tratamento proposto;
g) no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos ou cirúrgicos, a necessidade ou não de anestesia e seu tipo e duração, partes do corpo afetadas pelos procedimentos, instrumental a ser utilizado, efeitos colaterais, riscos ou conseqüências indesejáveis, duração prevista dos procedimentos e tempo de recuperação;

h) finalidade dos materiais coletados para exames;
i) evolução provável do problema de saúde;
j) informações sobre o custo das intervenções das quais se beneficiou o usuário;

III - registro em seu prontuário, entre outras, das seguintes informações, de modo legível e atualizado:

a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe multiprofissional, procedimentos e cuidados de enfermagem e, quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos;

b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam identificar sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

c) identificação do responsável pelas anotações.

IV - o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento;

V - o recebimento das receitas e prescrições terapêuticas, que devem conter:

a) o nome genérico das substâncias prescritas;
b) clara indicação da posologia e dosagem;
c) escrita impressa, datilografadas ou digitadas, ou em caligrafia legível;
d) textos sem códigos ou abreviaturas;
e) o nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
f) a assinatura do profissional e data;

VI - o acesso à continuidade da atenção com o apoio domiciliar, quando pertinente, treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia ou acompanhamento em centros de reabilitação psicossocial ou em serviços de menor ou maior complexidade assistencial;

VII - encaminhamentos para outras unidades de saúde, observando:

a) caligrafia legível ou datilografados/digitados ou por meio eletrônico;
b) resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento;

c) a não-utilização de códigos ou abreviaturas;
d) nome legível do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão, assinado e datado; e
e) identificação da unidade de referência e da unidade referenciada.

TERCEIRO PRINCÍPIO

Assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e à uma relação mais pessoal e saudável.

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

I - a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso;

II - profissionais que se responsabilizem por sua atenção, identificados por meio de crachás visíveis, legíveis ou por outras formas de identificação de fácil percepção;

III - nas consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o respeito a:

- a) integridade física;
- b) privacidade e conforto;
- c) individualidade;
- d) seus valores éticos, culturais e religiosos;
- e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;
- f) segurança do procedimento;
- g) bem-estar psíquico e emocional;

IV - o direito ao acompanhamento por pessoa de sua livre escolha nas consultas, exames e internações, no momento do pré-parto, parto e pós-parto e em todas as situações previstas em lei (criança, adolescente, pessoas vivendo com deficiências ou idoso). Nas demais situações, ter direito a acompanhante e/ou visita diária, não inferior a duas horas durante as internações, ressalvadas as situações técnicas não indicadas;

V - se criança ou adolescente, em casos de internação, continuidade das atividades escolares, bem como desfrutar de alguma forma de recreação;

VI - a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha;

VII - a opção pelo local de morte; e

VIII - o recebimento, quando internado, de visita de médico de sua referência, que não pertença àquela unidade hospitalar, sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário.

QUARTO PRINCÍPIO

Assegura o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento.

O respeito à cidadania no Sistema de Saúde deve ainda observar os seguintes direitos:

I - escolher o tipo de plano de saúde que melhor lhe convier, de acordo com as exigências mínimas constantes na legislação, e ter sido informado pela operadora da existência e disponibilidade do plano referência;

II - o sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública;

III - acesso a qualquer momento, o paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência;

IV - recebimento de laudo médico, quando solicitar;

V - consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública;

VI - o consentimento ou a recusa dados anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais;

VII - não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados;

VIII - a indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia;

IX - receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social;

X - ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento;

XI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação.

XII - saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço;

XIII - ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade; e

XIV - participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

QUINTO PRINCÍPIO

Assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada.

Todo cidadão deve se comprometer a:

I - prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações, sobre queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos e/ou drogas, reações alérgicas e demais indicadores de sua situação de saúde;

II - manifestar a compreensão sobre as informações e/ou orientações recebidas e, caso subsistam dúvidas, solicitar esclarecimentos sobre elas;

III - seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional e pela equipe de saúde responsável pelo seu cuidado, se compreendido e aceito, participando ativamente do projeto terapêutico;

IV - informar ao profissional de saúde e/ou à equipe responsável sobre qualquer mudança inesperada de sua condição de saúde;

V - assumir responsabilidades pela recusa a procedimentos ou tratamentos recomendados e pela inobservância das orientações fornecidas pela equipe de saúde;

VI - contribuir para o bem-estar de todos que circulam no ambiente de saúde, evitando principalmente ruídos, uso de fumo, derivados do tabaco e bebidas alcoólicas, colaborando com a limpeza do ambiente;

VII - adotar comportamento respeitoso e cordial com os demais usuários e trabalhadores da saúde;

VIII - ter sempre disponíveis para apresentação seus documentos e resultados de exames que permanecem em seu poder;

IX - observar e cumprir o estatuto, o regimento geral ou outros regulamentos do espaço de saúde, desde que estejam em consonância com esta declaração;

X - atentar para situações da sua vida cotidiana em que sua saúde esteja em risco e as possibilidades de redução da vulnerabilidade ao adoecimento;

XI - comunicar aos serviços de saúde ou à vigilância sanitária irregularidades relacionadas ao uso e à oferta de produtos e serviços que afetem a saúde em ambientes públicos e privados; e

XII - participar de eventos de promoção de saúde e desenvolver hábitos e atitudes saudáveis que melhorem a qualidade de vida.

SEXTO PRINCÍPIO

Assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Os gestores do SUS, das três esferas de governo, para observância desses princípios, se comprometem a:

I - promover o respeito e o cumprimento desses direitos e deveres com a adoção de medidas progressivas para sua efetivação;

II - adotar as providências necessárias para subsidiar a divulgação desta declaração, inserindo em suas ações as diretrizes relativas aos direitos e deveres dos usuários, ora formalizada;

III - incentivar e implementar formas de participação dos trabalhadores e usuários nas instâncias e nos órgãos de controle social do SUS;

IV - promover atualizações necessárias nos regimentos e/ou estatutos dos serviços de saúde, adequando-os a esta declaração; e

V - adotar formas para o cumprimento efetivo da legislação e normatizações do sistema de saúde.

RESPONSABILIDADE PELA SAÚDE DO CIDADÃO

Compete ao município “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” – Constituição da República Federativa do Brasil, art. 30, item VII.

RESPONSABILIDADES PELA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

I - DOS GOVERNOS MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- a) gerenciar e executar os serviços públicos de saúde;
- b) celebrar contratos com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como avaliar sua execução;
- c) participar do planejamento, programação e organização do SUS em articulação com o gestor estadual;
- d) executar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- e) gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- f) celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, assim como controlar e avaliar sua execução; e
- g) participar do financiamento e garantir o fornecimento de medicamentos básicos.

II - DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL:

- a) acompanhar, controlar e avaliar as redes assistenciais do SUS;
- b) prestar apoio técnico e financeiro aos municípios;
- c) executar diretamente ações e serviços de saúde na rede própria;
- d) gerir sistemas públicos de alta complexidade de referência estadual e regional;
- e) acompanhar, avaliar e divulgar os seus indicadores de morbidade e mortalidade;
- f) participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir os medicamentos de alto custo em parceria com o governo federal;
- g) coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição e saúde do trabalhador;
- h) implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com a União e municípios; e
- i) coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros.

III - DO GOVERNO FEDERAL:

- a) prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal;
- b) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- c) formular, avaliar e apoiar políticas nacionais no campo da saúde;
- d) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade de rede de laboratórios de saúde pública, de vigilância sanitária e epidemiológica;
- e) estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras em parceria com estados e municípios;
- f) participar do financiamento da assistência farmacêutica básica e adquirir e distribuir para os estados os medicamentos de alto custo;
- g) implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados juntamente com estados e municípios;
- h) participar na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- i) elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde; e
- j) auditar, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-675.htm>

ANEXO 2: MATRIZ DE PEÑA E PARSHALL

MATRIZ DE PALAVRAS-CHAVES PARA PROGRAMAÇÃO ARQUITETÔNICA					
	Metas	Fatos	Conceitos	Necessidades	Problema
Função Pessoas Atividades Relações	Missão Número máximo Identidade individual Interação/privacidade Hierarquia de valores Atividades principais Segurança Progressão Segregação Encontros Transporte/estacionamento Eficiência Prioridade de relações	Dados estatísticos Parâmetros da área Estimativa de pessoal Características do usuário Características da comunidade Estrutura organizacional Perdas potenciais Estudo tempo/movimento Análise de tráfego Padrões comportamentais Adequação espacial Tipo/intensidade Desafios físicos	Grupo de serviços Grupo de pessoas Grupo de atividades Prioridade Hierarquia Controles de segurança Fluxo formal Fluxo restrito Fluxo comum Relações funcionais Meios de comunicação	Área por: - organização - tipo de espaço - tempo - localização Área de estacionamento Área de espaço externo Alternativas funcionais	Requisitos primordiais de desempenho que determinarão o desenho do edifício
Forma Sítio Ambiente Qualidade	Influência nos elementos do sítio Resposta do ambiente Uso eficiente do lote Relações da comunidade Aprimoramentos da comunidade Conforto físico Segurança Ambiente sócio/psicológico Individualidade Direcionabilidade Construção de Imagem Expectativas do cliente	Análise de sítio Análise de solo <i>FAR and GAC*</i> Análise climatológica Levantamento topográfico Entorno Implicações psicológicas Ponto de referência/entrada Custo/SF* Eficiência do edifício ou do leiaute Custo dos equipamentos Área por unidade	Melhorias Fundações especiais Densidade Controles ambientais Segurança Vizinhos Base doméstica/conceitos de serviços Interno: fixo, livre, endereço de grupo Externo: escritório virtual, comunicação via satélite. Orientação Acessibilidade Caráter Controle de qualidade	Custos de implantação do lote Influência ambiental nos custos Custo de construção Fator de eficiência geral do edifício	Principais considerações formais que afetarão o desenho do edifício
Economia Orçamento inicial Custos operacionais Custos de manutenção	Volume financeiro Custo efetivo Retorno máximo Retorno de investimentos Minimização de custos operacionais Custos operacionais e de manutenção Redução de custos de manutenção Sustentabilidade	Parâmetros de custo Orçamento máximo Fatores de tempo e uso Análise de mercado Custos de fonte energética Fatores de atividades e de clima Dados econômicos <i>LEED rating system*</i>	Controle de custos Alocação eficiente Multifunção/Versatilidade <i>Merchandising</i> Conservação de energia Redução de custos Reciclagem	Análise estimada de orçamento <i>Balance budget*</i> Análise do fluxo de caixa Orçamento energético Custos operacionais <i>Green building rating*</i> Custos de reposição	Disposição em relação ao orçamento inicial e sua influência na estrutura e na geometria do edifício
Tempo Passado Presente Futuro	Preservação histórica Atividades estática/dinâmica Mudança Crescimento Período de ocupação Previsão de fundos	Relevância Parâmetros do espaço Atividades Projeções Durabilidade Fatores de intensidade	Adaptabilidade Tolerância Conversibilidade Expansibilidade Plano diacrônico/sincrônico Progressividade	Escala Cronograma Plano custo/benefício	Implicações de mudança e crescimento no desempenho de longo prazo.

FONTE: Peña et Parschall (2001:36-37)

NOTA: Traduzido livremente do inglês e editado pela autora.

* Termos não traduzidos

ANEXO 3: SITES DE CONFORTO AMBIENTAL EM ARQUITETURA

Sites de interesse sugeridos por Amorim (2006:7) para adequação do projeto arquitetônico às exigências de conforto ambiental e eficiência energética.

Sobre Luminotécnica:

<http://www.arcoweb.com.br/lightdesign/lightdesign33.asp>

Sobre Luminárias e luminotécnica:

<http://www.duralux.com.br/meioambiente.htm>

<http://www.luz.philips.com>

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

<http://www.lightdesign.com.br/>

Sobre cor:

<http://www.mundocor.com.br/> (cont. Página seguinte)

<http://www.colorassociation.com/site/join.html>

Sobre laboratórios, pesquisas e programas computacionais (downloads):

<http://www.coac.es/mediambient/renovables/>

<http://www.heliodinamica.com.br/produt.htm>

http://www.eren.doe.gov/buildings/tools_directory/

<http://www.labeee.ufsc.br/downloads/downloads.html> (Luz do sol, Arqitrop, Analysis, SolAr, etc.)

Programa Ecotect:

<http://www.squ1.com/>

<http://irc.nrc-cnrc.gc.ca/ie/light/daysim.html>

Programa Lightscape (Autodesk):

<http://usa.autodesk.com/adsk/servlet/index?siteID=123112&id=775075>

Programa RELUX:

www.relux.biz

Curiosidade e estilo de vida:

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

Divisão de Metrologia ótica do INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia:

<http://www.inmetro.gov.br/metCientifica/metOptica.asp>

Projetos de Iluminação de alguns edifícios:

Tate Galery em Londres:

<http://www.tate.org.uk/modern/panorama/lightshow.htm>

Museu Imperial em Petrópolis: <http://www.museuimperial.gov.br/>

Outros sites de interesse em linguagem da luz:

Luz no cinema – 2001 uma odisséia no espaço:

<http://www.kubrick2001.com/2001.html>

ANEXO 4: SUMÁRIO DA RDC-50**NORMAS PARA PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE.****SUMÁRIO****PORTARIA GM/MS nº554, de 19 de março de 2002: 13****RESOLUÇÃO RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2002: 15****PARTE I -PROJETO DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE*: 17**

- 1. Elaboração de Projetos Físicos: 19
 - 1.1 Terminologia: 19
 - 1.2 Etapas de projetos: 20
 - 1.3 Responsabilidades: 30
 - 1.4 Apresentação de desenhos e documentos: 30
 - 1.5 Tipos e siglas adotadas: 31
 - 1.6 Aprovação de projetos: 33

PARTE II - PROGRAMAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DOS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE: 35

- 2. Organização Funcional de Saúde: 37
 - 2.1 Atribuições: 37
 - 2.2 Listagem de atividades: 38
- 3. Dimensionamento, Quantificação e Pontos de Instalação dos Ambientes: 51
 - Ambientes dos EAS: 52

PARTE III -CRITÉRIOS PARA PROJETOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

- 4. Circulações Externas e Internas: 99
 - 4.1. Acessos: 99
 - 4.2. Estacionamentos: 100
 - 4.3. Circulações horizontais: 100
 - 4.4. Circulações verticais: 101
- 5. Condições Ambientais de Conforto: 105
 - 5.1. Conforto higrotérmico: 106
 - 5.2. Conforto acústico: 107
 - 5.3. Conforto luminoso a partir de fonte Natural: 110
- 6. Condições Ambientais de Controle de Infecção: 110
 - 6.1. Conceituação básica: 111
 - 6.2. Critérios de projeto: 112
- 7. Instalações Prediais Ordinárias e Especiais: 123
 - 7.1. Instalações hidro-sanitárias: 124
 - 7.2. Instalações elétricas e eletrônicas: 126
 - 7.3. Instalações fluído-mecânicas: 132
 - 7.4. Instalações de climatização: 138
- 8 - Condições de Segurança Contra Incêndio: 143
 - 8.1. Critérios de projeto: 143
 - 8.2. Normatização referente a segurança contra incêndio.
- ADENDO: População Usuária dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: 149
- GLOSSÁRIO: 151

BIBLIOGRAFIA: 155

ANEXO 5: SUMARIO DA PORTARIA 1884**SUMÁRIO****PARTE I -PROJETO DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE***

Portaria Nº 1884/84-GM

CAP 1 - Elaboração de Projetos Físicos

1. Terminologia
2. Etapas de projetos
3. Responsabilidades
4. Apresentação de desenhos e documentos
5. Tipos e siglas adotadas
6. Aprovação de projetos

PARTE II -PROGRAMAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL DOS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

CAP 2 - Organização Funcional de Saúde1 - Atribuições

- 2 - Listagem de atividades

CAP 3 - Dimensionamento, Quantificação e Pontos de Instalação dos Ambientes Ambientais dos EAS

PARTE III -CRITÉRIOS PARA PROJETOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

CAP 4 - Circulações Externas e Internas

1. Acessos
2. Estacionamentos
3. Circulações horizontais
4. Circulações verticais

CAP 5 - Condições Ambientais de Conforto.

- 1- Conforto higrotérmico
- 2- Conforto acústico
- 3- Conforto luminoso a partir de fonte Natural

CAP 6 - Condições Ambientais de Controle de Infecção Hospitalar.

- 1- Conceituação básica
- 2- Critérios de projeto

CAP 7 - Instalações Prediais Ordinárias e Especiais.

- 1- Instalações hidro-sanitárias
- 2- Instalações elétricas e eletrônicas
- 3- Instalações fluído-mecânicas
- 4- Instalações de climatização

CAP 8 - Condições de Segurança Contra Incêndio.

- 1- Critérios de projeto
- 2- Normatização referente a segurança contra incêndio

ADENDO: População Usuária dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde

BIBLIOGRAFIA

GLOSSÁRIO

ANEXO 6 - SUMÁRIO DA PORTARIA 400

	SUMÁRIO
APRESENTAÇÃO	3
BASES LEGAIS	5
A – CONCEITOS E DEFINIÇÕES	9
I – TERMINOLOGIA FÍSICA	9
B – HOSPITAL GERAL DE PEQUENO E MÉDIO PORTES	13
II – LOCALIZAÇÃO ADEQUADA	13
III – ÁREAS DE CIRCULAÇÃO, EXTERNA E INTERNA	14
1. Circulação Externa	14
1.1 Entradas e Saídas	14
1.2 Locais de Estacionamento	14
2. Circulação Interna	14
2.1 Circulação Horizontal	14
2.2 Circulação Vertical	14
2.2.1 Escadas	14
2.2.2 Rampas	14
2.2.3 Elevadores	15
2.2.4 Monta-Cargas	15
2.2.5 Tubo de Queda	15
IV – ÁREA TOTAL CONSTRUIDA	16
V – ACOMODAÇÃO DE PACIENTES	16
VI – LOCAIS PARA ADEQUADO ATENDIMENTO CLÍNICO, CIRÚRGICO E DE RECUPERAÇÃO DE PACIENTES	16
VII – INSTALAÇÕES SANITÁRIAS, ELÉTRICAS, MECÂNICAS E HIDRÁULICAS	16
VIII – INSTALAÇÃO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES	16
IX – ÁREAS DESTINADAS À ALIMENTAÇÃO E AO LAZER DE PACIENTES	16

X – SERVIÇOS GERAIS ESPECIALIZADOS	16
1. Unidade de Administração	17
2. Unidade de Conforto do Corpo Clínico	17
3. Unidade de Arquivo Médico e Estatística	18
4. Unidade de Ambulatório	18
5. Unidade de Serviço Complementar, Diagnóstico e Tratamento	19
5.1 Unidade de Fisioterapia	19
5.2 Unidade de Hemoterapia	19
5.3 Unidade de Patologia Clínica	20
5.4 Unidade de Anatomia Patológica	20
5.4.1 Patologia Cirúrgica	20
5.4.2 Patologia de Necropsia	20
5.5 Unidade de Radiologia Clínica	21
5.6 Unidade de Eletrocardiografia	21
5.7 Dispensário de Medicamentos	21
6. Unidade de Internação Geral	22
7. Unidade de Berçário	23
8. Unidade de Lactário	24
9. Unidade de Pediatria	24
10. Unidade de Tratamento Intensivo	25
11. Unidade de Emergência	26
12. Unidade de Centro Cirúrgico	27
13. Unidade de Centro de Material	27
14. Unidade de Centro Obstétrico	28
15. Unidade de Internação para Doenças Mentais Agudas	29
16. Unidade de Serviços Gerais	31
16.1 Serviço de Alimentação	31
16.2 Lavanderia	31
16.3 Material	31
16.4 Vestiário para pessoal	31
16.5 Oficinas de manutenção	32
XI – DETALHES SOBRE OS TIPOS DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO E ACABAMENTO	33
1. Tetos, paredes e pisos	33
2. Esquadrias	34
3. Pé-Direito	34
4. Modulação	34
XII – SISTEMA DE SEGURANÇA CONTRA ACIDENTES E DE EMERGÊNCIA	35
XIII – INSTALAÇÕES PARA O DESTINO ADEQUADO FINAL DE DEJETOS	35
XIV – PORMENORES	35
A – Norma Técnica sobre Instalações Sanitárias	35
B – Norma Técnica sobre Instalações Elétricas	36
C – Norma Técnica sobre Instalações Elétricas em Casos Particulares	37
D – Norma Técnica sobre Instalações Hidráulicas	41
E – Norma Técnica sobre Caldeiras, Vapor e Condensado	41
F – Norma Técnica sobre Câmaras Frigoríficas	42

G – Norma Técnica sobre Gás Combustível	43
H – Norma Técnica sobre Oxigênio	43
I – Norma Técnica sobre Vácuo Clínico	43
J – Norma Técnica sobre Comunicação	44
L – Norma Técnica sobre Ar Condicionado e Ventilação Mecânica	44
M – Norma Técnica sobre Lixo	44
N – Norma Técnica sobre Proteção e Combate a Incêndio	45
C – UNIDADES SANITÁRIAS	47
I – Unidades Sanitárias	47
1. Posto de Saúde	47
2. Centro de Saúde	48
II – Unidade Mista	49
D – ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DAS NORMAS	51
I – INTRODUÇÃO	51
1. Aplicação das Normas	52
2. Documentos Exigidos	52
3. Como Examinar um Projeto	53
II – LOCALIZAÇÃO ADEQUADA	54
1. Situação	54
2. Orientação	54
3. Taxa de Ocupação	54
4. Afastamentos Mínimos	54
5. Modulação	55
III – ÁREAS DE CIRCULAÇÃO EXTERNA E INTERNA	55
1. Entradas e Saídas	55
2. Locais de Estacionamento	55
3. Circulações Horizontais	55
4. Escadas	56
5. Rampas	56
6. Elevadores	56
7. Monta-Cargas	56
8. Tubos de Queda	56
9. Cruzamento de Tráfegos	57
IV – ÁREA TOTAL CONSTRUIDA	57
1. Unidade de Administração	57
2. Unidade de Conforto do Corpo Clínico	60
3. Unidade de Arquivo Médico e Estatística	60
4. Unidade de Ambulatório	62

5. Unidade dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento	65
5.1 Fisioterapia	65
5.2 Hemoterapia	65
5.3 Patologia Clínica	69
5.4 Anatomia Patológica	69
5.4.1 Patologia Cirúrgica	69
5.4.2 Patologia de Necropsias	69
5.5 Radiologia	71
5.6 Eletrocardiografia	71
5.7 Dispensário de Medicamentos	71
6. Unidade de Internação Geral	76
7. Unidade de Berçário	83
8. Unidade de Lactário	83
9. Unidade de Pediatria	83
10. Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)	87
11. Unidade de Emergência	90
12. Unidade de Centro Cirúrgico	90
13. Unidade de Centro de Material	90
14. Unidade de Centro Obstétrico	94
15. Unidade de Internação para Doenças Mentais Agudas	94
16. Unidade de Serviços Gerais	98
16.1 Serviço de Alimentação e Refeitório	98
16.2 Lavanderia	99
16.3 Almoxarifado	106
16.4 Vestiário para Pessoal	106
16.5 Oficinas de Manutenção	106
 V – UNIDADES SANITÁRIAS	 103
1. Posto de Saúde	106
2. Centro de Saúde – Tipos 1, 2 e 3	106
3. Unidade Mista ou Integrada de Saúde	106
 E – RESOLUÇÃO CIPLAN Nº 3, DE 25 DE MARÇO DE 1980	 117
 I – CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO E DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES DE ADEQUAÇÃO E EXPANSÃO DA REDE DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	 118
1. Diagnóstico	118
2. Dimensionamento das necessidades	120
 II – CRITÉRIOS PARA FIXAÇÃO DOS LIMITES DE COMPLEXIDADE DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	 121
1. Nível Primário	121
2. Nível Secundário	121
3. Nível Terciário	122
 III – ESTRUTURA DO MÓDULO DE ATENÇÃO	 122
 IV – TIPOS DE ESTABELECIMENTOS QUE COMPORÃO O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, SEGUNDO AS ATIVIDADES NELES DESENVOLVIDAS	 122

1. Os Estabelecimentos que Comporão o Sistema de Atenção	122
2. Atividades Típicas Desenvolvidas em Cada Estabelecimentos do Sistema	122
3. Programa Arquitetônico Mínimo dos Estabelecimentos do Sistema e seu Dimensionamento Físico	126
V – CRITÉRIOS PARA O DIMENSIONAMENTO DAS NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAS PARA OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	
1. Recursos Humanos	129
2. Recursos Materiais	130
VI – ARTICULAÇÃO FUNCIONAL ENTRE OS ESTABELECIMENTOS DO MÓDULO DE ATENÇÃO	
1. Articulação Posto /Centro de Saúde	130
2. Articulação Centro de Saúde/Unidade Mista	130
3. Articulação Centro de Saúde/Ambulatório Geral	131
4. Articulação Hospital Local, Regional e Ambulatório/Hospital de Base	131
VII – CRITÉRIOS DE ELEIÇÃO DE PRIORIDADE PARA EXPANSÃO DA REDE	
1. Municípios até 20.000 Habitantes	131
2. Municípios Acima de 20.000 Habitantes	131
ANEXOS:	
Anexo I – Estrutura do Módulo de Atenção Para os Agrupamentos Populacionais de Médio e Grande Portes	123
Anexo II – Estrutura do Módulo de Atenção Para Populações Dispersas e Agrupamento de Pequeno porte	124
Anexo III – Padrão de Lotação de Pessoal em Posto de Saúde, Centro de Saúde, Ambulatórios	129
Anexo IV – Padrão de Lotação de Pessoal Para Hospitais Locais e o Setor de Internação de Unidades Mistas de Acordo com o Mínimo de Leitos	130
Anexo V – Glossário	131

ANEXO 7: SUMÁRIO DA RESOLUÇÃO CIPLAN Nº 3

E — RESOLUÇÃO CIPLAN N.º 3, DE 25 DE MARÇO DE 1981

OS SECRETÁRIOS-GERAIS DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no desempenho de suas funções de Coordenadores da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), instituída pela Portaria Interministerial n.º 5, de 11 de março de 1980, tendo em vista proposta do grupo de trabalho interministerial designado pela Resolução CIPLAN n.º 23/80 e recomendação de aprovação pela Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde do Ministério da Saúde,

RESOLVEM:

- 1 — Aprovar as normas para a adequação e expansão da rede de atenção à saúde nas unidades federadas, em anexo.
- 2 — As presentes normas representam uma proposta de orientação a ser implementada, experimentalmente, pelo período de um ano e sujeita a reexame e aprimoramento com os subsídios e sugestões que advirão da prática.

SUMÁRIO

- I — Critérios para identificação e dimensionamento das necessidades de adequação e expansão da rede dos estabelecimentos de saúde.

1. Diagnóstico.
2. Dimensionamento das necessidades.
- II — Critérios para fixação dos limites de complexidade dos níveis de atenção à saúde.
 1. Nível primário.
 2. Nível secundário.
 3. Nível terciário.
- III — Estrutura do módulo de atenção.
- IV — Tipos de estabelecimentos que comporão o sistema de atenção à saúde, segundo as atividades neles desenvolvidas.

1. Tipos de estabelecimentos.
2. Atividades típicas de cada estabelecimento.
3. Programa arquitetônico mínimo dos estabelecimentos.
- V — Critérios para o dimensionamento das necessidades de recursos humanos e materiais para os estabelecimentos de saúde.
 1. Recursos humanos.
 2. Recursos materiais.
- VI — Articulação funcional entre os estabelecimentos do módulo de atenção.
- VII — Critérios de eleição de prioridades para expansão da rede.

ANEXOS

- I — Estrutura do módulo de atenção para os agrupamentos populacionais de médio e grande portes.