

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE VIGILANCIA EM SAÚDE

Michael Jordan Teixeira Morouço Silva

O PAPEL E O LUGAR DO HOSPITAL NA HISTÓRIA DO PENSAMENTO SANITÁRIO,  
NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

RIO DE JANEIRO  
2013

Michael Jordan Teixeira Morouço Silva

O PAPEL E O LUGAR DO HOSPITAL NA HISTÓRIA DO PENSAMENTO SANITÁRIO,  
NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim  
Venâncio como requisito parcial para  
aprovação no curso técnico de nível médio em  
saúde com habilitação em Vigilância em  
Saúde.

Orientador: Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim

Rio de Janeiro  
2013

*Dedico este trabalho  
a todos que acreditaram e confiaram  
de alguma forma no meu potencial e  
me incentivaram a continuar.*

## **AGRADECIMENTOS**

Antes de qualquer pessoa que devo os respectivos agradecimentos, agradeço tudo e mais essa conquista a Deus, nosso Pai, que me concede o dom da sabedoria e da ciência, que me fortalece e me faz continuar e persistir, independente do que aconteça, me animando e nutrindo minhas esperanças naquilo que almejo, que não me abandona mesmo nas fraquezas e incertezas de minha fé, que a cada dia que passa me concede novamente o dom da vida e me acolhe e ama.

Agradeço também aos meus pais. Minha mãe Bianca, que me gerou e me deu a oportunidade de hoje estar aqui, acompanhou meu crescimento, me aconselhou e foi quem sempre esteve ao meu lado, que sempre foi mais que uma mãe, sempre foi minha inspiração pela força e garra que tem. Meu pai Miguel, que sempre me aconselhou e me ajudou, fazendo de tudo só pra me ver feliz, quem eu adotei todos os jeitos e manias, quem também me inspira e me faz enxergar a vida de outra maneira, me mostrando que eu posso ser capaz de tudo, se deixar a preguiça de lado. Obrigado por todo esse amor e por toda a força que sempre me deram.

Ao meu padrinho Sem. Adriano, meu segundo pai, que esteve ao meu lado, que sempre me ouviu meus desabafos, me aconselhou e me ensinou também a enxergar tudo com outros olhos, me ensinou a ter persistência e lutar por cada sonho que existia dentro de mim, me aprofundou na fé e me aproximou de Deus, que me dá força e mesmo distante se faz presente, nem que seja em oração.

Aos meus irmãos André, Lohanna e Tábatta, que sempre me perturbam, não me deixam escrever por estarem gritando, correndo de um lado pro outro ou brigando, mas animam meus dias e por tudo que me ensinam com sua inocência de criança.

À minha namorada Gabrielle, que esteve comigo todo esse tempo, por tudo que me cobrou, me deu força e animou, por sempre me ouvir e por ter largado até suas obrigações quando ajuda pedi, por todo o amor que me dá e por me fazer tão feliz, sempre alegrando meus dias com seu sorriso.

À minha querida orientadora Grácia, por todo apoio e por me fazer acreditar no meu potencial, por ter se disponibilizado a escrever junto comigo este trabalho e pela atenção e pelo modo carinhoso como sempre me tratou. Assim também agradeço a Gladys, que sempre

esteve disposta a me ajudar e que esteve comigo nessa reta final e em nenhum momento desistiu de mim.

A todos os professores da EPSJV que contribuíram na minha formação, por todo o ensinamento passado, por me fazer crescer não só profissionalmente, mas também pessoalmente.

A todos os politécnicos, em especial Thyago Miguel, Brenda Rodrigues, Felipe Gonçalves e Iury Soares por serem mais que amigos, serem meus irmãos e fazerem cada dia dentro da politécnica especial e único. Lembrarei de cada história, zoação e parceria, de cada café no LAVSA. Agradeço a vocês por me ajudarem em todas as situações e por fazer minha passagem pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio ser bem melhor.

Ao LAVSA em geral que sempre me aturou e me acolheu nos finais de tarde e nos desesperos diários de trabalhos, em especial à grande Ieda Barbosa, coordenadora do curso e que sempre me deu injeção de ânimo durante esses três anos.

Aos meus amigos em geral, que me ajudaram, atrapalharam, estiveram comigo, me abandonaram, me ensinaram sobre a vida e a dar valor as pequenas coisas.

*“A Arquitetura Hospitalar é um instrumento de cura do mesmo estatuto que um regime alimentar, sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos”  
(Foucault)*

## RESUMO

Aborda como surgiram os primeiros movimentos de humanização do ambiente hospitalar. Apresenta a arquitetura hospitalar tendo como ideia principal à melhoria das instalações físicas para que as pessoas sintam-se mais confortáveis e cuidadas. A tendência é fazer com que o espaço arquitetônico contribua para o bem estar dos usuários e profissionais, e seja também útil, funcional, flexível, adaptável e preparado para as novidades do futuro, visando à promoção da saúde. Tem-se assim um ambiente mais agradável e mais eficiente, com melhor aproveitamento do espaço, racionalização de funções, redução de custo e diminuição de tempo para realização de tarefas. Desse modo se agilizam procedimentos técnicos, administrativos e humanos propiciando também melhores condições de trabalho e mais chance para o paciente restabelecer sua saúde. Relata, de forma breve, a história do hospital e sua concepção ao longo do tempo, até chegar à era Pré Contemporânea. Discute a tendência que é fazer com que o espaço arquitetônico contribua para o bem estar dos usuários e profissionais, e seja também útil, funcional, flexível, adaptável e preparado para as novidades do futuro, visando à promoção da saúde e descrevendo o processo de normatização e humanização do ambiente.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 OBJETIVOS.....	10
1.1.1 Objetivo Geral.....	10
1.1.2 Objetivos Específicos.....	10
1.2 JUSTIFICATIVA.....	10
<b>2 EVOLUÇÃO DO HOSPITAL</b> .....	12
<b>3 COMPREENDENDO O ESPAÇO</b> .....	18
3.1 ESPAÇO EDIFICADO.....	19
3.1.2 Normatização (RDC 50).....	20
3.2 ESPAÇO INSTALADO.....	22
3.2.1 Política Nacional de Humanização (PNH).....	22
3.3 ESPAÇO OCUPADO.....	24
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	26
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	27

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve o objetivo geral de analisar a evolução histórica da arquitetura hospitalar a fim de compreender a influência que o espaço hospitalar exerce no processo de recuperação dos usuários, e por objetivos específicos, destacar o papel do hospital na história do pensamento sanitário e na rede de serviços; compreender a contribuição da programação arquitetônica dos estabelecimentos assistenciais de saúde (RDC 50), na definição das unidades hospitalares; ressaltar importância da ambiência no edifício hospitalar para humanização do cuidado.

Foi um estudo qualitativo, realizado por meio de revisão bibliográfica em publicações científicas (artigos, teses, dissertações), livros e documentos publicados pelo Ministério de Saúde (MS) referentes à programação arquitetônica e planejamento de estabelecimentos assistenciais de saúde, organizações não governamentais.

O desenvolvimento deste estudo tem sua base no reconhecimento de que a qualidade do espaço físico de uma unidade de saúde tem real influência no processo de recuperação dos usuários.

Um estabelecimento de saúde agrupa uma série de edifícios quando o sistema é pavilhonar ou pavimentos quando o sistema é em monobloco, sendo estes constituídos por unidades ou departamentos que realizam variadas funções, porém são interdependentes e realizam funções específicas requerendo espaços e instalações diferenciadas. Para que estas funções sejam exercidas adequadamente é preciso que os estabelecimentos de saúde permaneçam atualizados, acompanhando os progressos tecnológicos, médicos, da administração hospitalar, as demandas assistenciais e a política pública – privada que abrange o setor.

Um Estabelecimento Assistencial de Saúde é um organismo em constante mutação - vivo, não só pela necessidade de adaptação de novas tecnologias ou mudanças na função de determinados espaços, mas também à necessidade de expansão.

Uma dinâmica acelerada é inerente à própria natureza das atividades desenvolvidas no edifício hospitalar. As grandes mudanças que ocorrem na área médica, tecnológica, seja nas técnicas terapêuticas ou na própria construção e na manutenção do edifício, tem solicitado mudanças na forma de se projetar os hospitais, tornando-os mais rapidamente capazes de

serem adaptados e adaptáveis, quanto ao uso, à introdução de novas instalações e equipamentos.

A identificação da importância de se organizar um ambiente hospitalar visando o bem-estar do indivíduo bem como a compreensão da sua contribuição no processo da cura é um fator relevante para a realização desta pesquisa, uma vez que apontando os caminhos para reestruturação do espaço e construção de um ambiente mais humanizado, seja capaz de motivar mudança nos ambientes hospitalares da atualidade. Um ambiente acolhedor, adequado, equilibrado, harmonizado, estimula diversos sentidos ajudando no desenvolvimento dos trabalhos dos profissionais naquele contexto inseridos, um bem estar para os visitantes e na cura dos usuários. Outro fator que justifica a escolha do tema é o grande interesse pessoal pelo assunto, bem como seu enquadramento no perfil acadêmico.

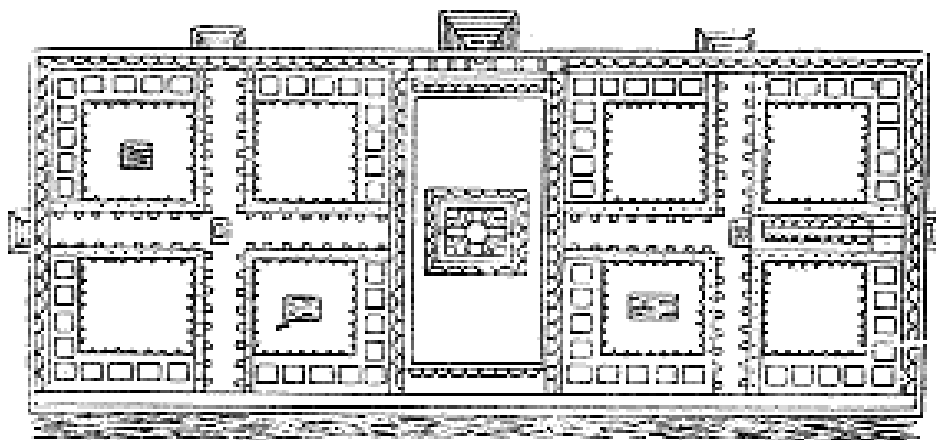
## 2. EVOLUÇÃO DO HOSPITAL

Desde a antiguidade (século VII a.C. – século V) verifica-se a presença de alguns lugares relacionados à melhoria da saúde, podendo ser de caráter religioso, público ou privado (abrigo, asilos, casas de caridade,) e aqueles destinados a promover a higidez do ambiente (termas, banhos, aquedutos).

Na Idade Média (século V – século XV) a Igreja alcançou destaque em relação ao cuidado por ter adquirido grande poder político e social. A preocupação se dava na caridade com o doente, pregado pelo cristianismo. Essa época foi marcada pelo novo modelo arquitetônico vinculado às igrejas: as nave. Com isso, o planejamento hospitalar passou a incorporar a forma de organização que separa os pacientes por sexo e patologia, como também as funções de alojamento e logística. Fatores como iluminação, abastecimento de água e ventilação foram sendo mais considerados.

As construções renascentistas são mais complexas utilizando duas formas básicas: o elemento cruciforme e o pátio interno ou claustro rodeado por galerias e corredores, sendo o claustro utilizado como elemento organizador na distribuição destes edifícios. E também modelos em forma de “T”, “U”, “L” e quadrados. O Ospedale Maggiore em Milão de acordo com Miquelin (1992, pg. 41) é um dos exemplares mais importantes da época contendo os elementos básicos das construções hospitalares dos próximos quatro séculos.

Figura 1 – Ospedale Maggiore de Milão, 1456.



Fonte: Tratado de arquitetura de FILARETE apud MIQUELIN, 1992.

Com o passar do tempo, a história das civilizações demonstrou a existência de diferentes interpretações e concepções sobre a saúde, a doença e o cuidado, as quais fazem com que a compreensão sobre quem, onde, como ocorrem as doenças e as mortes.

*O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento de onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. (Foucault, 1979. p. 102)*

A I Revolução Industrial, no século XVIII, gerou inúmeras mudanças no modelo de produção. As novas técnicas empregadas trouxeram para o interior hospitalar um grande processo de discussão tanto na forma, quanto na função, tanto físico, quanto funcional, acabando por promover um avanço na arquitetura.

Consequentemente, os lugares e equipamentos destinados a abrigar e a cuidar de pessoas em sofrimento e a manter o ambiente salubre ganharam novos significados, mudando suas organizações, tecnologias e formas arquitetônicas ligadas ao aprimoramento das ciências.

*O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. (Foucault, 1989. p. 99)*

O hospital dessa época destinava-se ao cuidado, à assistência, que resultava em um melhor conceito para restabelecimento da saúde, a cura. Possuía permeado em suas missões, a ação terapêutica.

“Somente no século XVIII, o hospital perdeu suas missões de misericórdia e caridade da Idade Média e tornou-se um lugar tradicionalmente voltado para o tratamento e recuperação dos enfermos”. (Ribeiro, 1993)

Além de que nem sempre era possível, o hospital adquiriu também outras missões, tais como tornar a morte indolor, ou ocultá-la. O hospital se converteu em um centro médico, onde se curava e se lutava contra a morte. Surgiram às primeiras cirurgias no espaço hospitalar, ainda que restritas à dor e à hemorragia.

Estas novas missões não só influíram no caráter assistencial, mas sim em um fator importante afetando o espaço.

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Ao médico se pergunta como o hospital deve ser construído e organizado.

A tipologia em pavilhão foi muito difundida pela Europa e em seus domínios coloniais. Nesta tipologia percebemos uma influência científicista e racionalista.

As principais vantagens desta tipologia são:

- ➔ Melhor ventilação e iluminação natural;
- ➔ Separação dos pacientes em pequenos grupos e por patologia;
- ➔ Hospitais menores que os da Idade Média.

Estes critérios se basearam em teorias (Teoria dos Miasmas<sup>1</sup> associada à Teoria Microbiana de Pasteur<sup>2</sup>) e leis em vigor.

O conceito de doença baseado na Teoria de Miasmas influenciou todas as ações de promoção à saúde nessa época e os hospitais assimilaram uma nova missão, baseada numa perspectiva curativa em detrimento do puro armazenamento dos doentes.

Pasteur no contexto da Teoria Miasmática fundamentou a ideia do contágio pela ação destes agentes e foi então que, em 1868, ele pode identificar as causas e o controlo destas moléstias, desenvolvendo assim a Teoria Microbiana das doenças.

Essa teoria passou a ser um grande impasse para a continuação do aspecto arquitetônico hospitalar, pois até então não se pensava na cura do indivíduo doente. Passou-se a pensar neste espaço como concebedor de vida e adiador de morte. Através disso se estabeleceram algumas normas técnicas de construções hospitalares, com o objetivo de impedir a proliferação do agente patogênico dentro do ambiente hospitalar e, a partir daí as

---

<sup>1</sup> Baseava-se numa explicação do contágio pelo ar, contato, água, sendo que cada meio possuía seu miasma, que era um meio em potencial para propagação das doenças.

<sup>2</sup> A teoria microbiana das doenças é uma teoria científica que sustenta que os micro-organismos são a causa de inúmeras doenças.

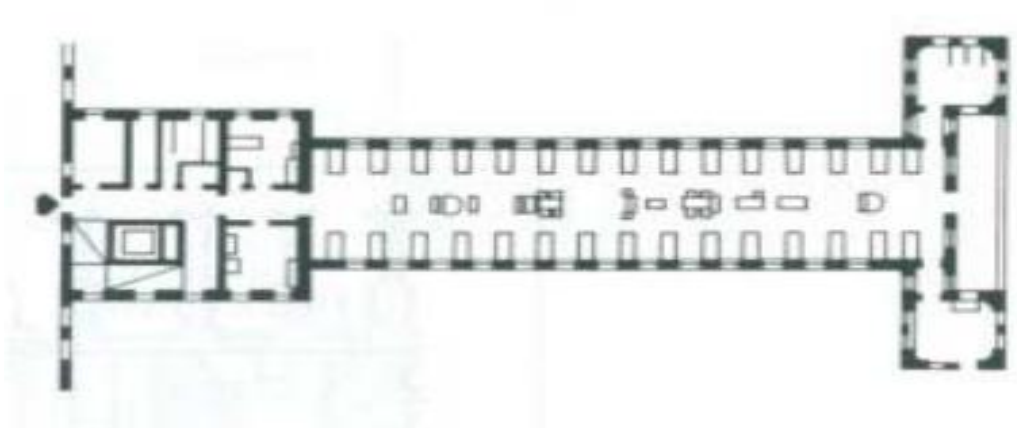
construções adquiriram formas arquitetônicas baseadas pela observação, capazes de tornar a estrutura hospitalar ideal para o comprometimento e resultado ao que se esperava a cura.

Por volta do século XIX, a enfermeira inglesa Florence Nightingale, de acordo com seus escritos, intitulados “Notas sobre Hospitais”, baseadas em suas experiências na Guerra de Crimeia, defendia a ideia de que a deficiência dos hospitais estava presente na falta de iluminação e ventilação natural, área mínima por leito e a própria superlotação. Com isso ela faz algumas sugestões de dimensionamento.

A enfermaria “Nightingale” é basicamente um salão longo e estreito com leitos dispostos nas laterais, com pé-direito generoso com janelas altas entre os leitos em ambas as paredes do salão, proporcionando boa ventilação cruzada. O posto de enfermagem é localizado no centro da enfermaria. Os sanitários ficam em uma das 11 extremidades do bloco com ventilação em três dos seus lados, locais separados para pacientes terminais, escritório destinado a enfermagem, utilidade, copa e depósito.

Constitui-se no elemento mais importante e característico da anatomia hospitalar do fim do século XIX. Essa anatomia dividia as funções de internação, cirurgia e diagnóstico, consultórios para atendimento ambulatorial e de casualidades, administração e serviços de apoio ao edifício. (MIQUELIN, 1992).

**Figura 2 – Enfermaria “Nightingale”**

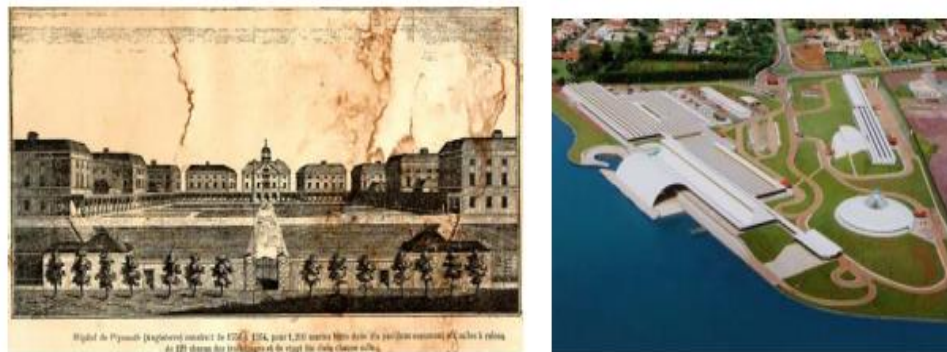


Fonte: MIQUELIN, 1992, p. 47

O edifício hospitalar passava por uma total transformação, sem a qual não seria possível dar suporte físico adequado à renovação das práticas e procedimentos. O hospital

pavilhonar foi, indiscutivelmente, a formidável resposta arquitetônica a esses novos saberes, permanecendo até hoje como alternativa projetual válida<sup>3</sup>.

**Figura 3 – Modelo pavilhonar até hoje sendo utilizado.**



**Fonte: TOLLET, 1892 e Foto do acervo pessoal de João Filgueiras Lima, 2003**

O indivíduo e a população é dada simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população.

No final do século XIX, foram feitas críticas acerca da morfologia pavilhonar, como o aumento nos custos dos preços urbanos; aumento nos recursos humanos; escassez de mão de obra enfermeira; custos superiores ao modelo vertical e redução do tempo médio de permanência dos usuários internados. Os avanços da engenharia, com o uso de concreto armado, estruturas metálicas na construção dos edifícios verticais, a ventilação mecânica e o transporte vertical.

Nas primeiras décadas do século XX o modelo pavilhonar era referência na arquitetura hospitalar. As descobertas científicas do final do século XIX passam a mudar as atitudes e conceitos de planejamento hospitalar principalmente quanto ao papel das bactérias na transmissão de doenças.

O uso dos anestésicos permite o planejamento mais minucioso das cirurgias elevando está técnica no conceito das intervenções médicas. Sendo assim o centro cirúrgico ganha destaque e passa a ser uma área obrigatória em qualquer hospital.

No início do século XX os hospitais são usualmente privados, mantidos por instituições de caridade, organizações voluntárias leigas ou religiosas. Quando públicos na

---

<sup>3</sup> No Handbuch der Architectur (1897) de Kuhn, na parte dedicada aos hospitais, considera-se o projeto pavilhonar como sendo a forma ideal para o projeto do Hospital. (TOLEDO, 2005)

maioria das vezes a gerência é municipal. Neste período o hospital destina-se ao atendimento de pessoas sem recursos para serem atendidas em casa. Mas com a evolução e o aumento da complexidade dos diagnósticos e procedimentos trás ao hospital até os mais afortunados. (Miquelin,1992)

A distribuição típica de um edifício monobloco vertical na década de 20 era:

- Subsolo: serviço de apoio
- Térreo: consultórios, pronto-atendimento e raio-x
- 1º andar: laboratório e administração
- Intermediários: internação
- Último pavimento: centro cirúrgico

Este novo modelo consistia em uma série de enfermarias Nightingale “empilhadas” e ligadas por um elevador. O aspecto visual era definido pelo arquiteto, muitas vezes, inspirado nos arranha-céus comerciais.

Após a II Guerra Mundial, houve uma incorporação a morfologia do monobloco vertical, um platô horizontal no térreo ou subsolo, com a principal finalidade de abrigar áreas de apoio técnico e diagnóstico, porque equipamentos de grande porte e pesados.

Até o início do século XX predominaram as construções hospitalares de morfologia em U ou quadradas, influenciadas pelo período renascentista europeu.

Em território nacional, apenas na primeira metade do século XX surgiram os complexos hospitalares, influenciados pelas tendências internacionais. Temos como exemplo os edifícios do Hospital Federal Dos Servidores do Estado, Hospital Federal de Bonsucesso e o Centro Psiquiátrico Pedro II, todos localizados no Rio de Janeiro, Brasil.

**Figura 4 – Hospital Federal dos Servidores do Estado**



Fonte: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/hospital/localiza/imagens.asp> (Site Oficial do HSE/MS)

### 3. COMPREENDENDO O ESPAÇO

Encontramos, em geral, muitas definições para a palavra espaço. Porém, em princípio, o espaço pode ser entendido como uma realidade incomensurável que é capaz de atingir o conjunto de tudo aquilo que existe, como o Universo, por exemplo. Se não quiséssemos ser tão generalistas poderíamos dizer que o espaço é, pelo menos, um “ser” (um ente, no seu sentido específico) de difícil (de)limitação, como quando falamos do “espaço vital” – que, por exemplo, para os alemães dos anos 1930 (*lebensraum*) correspondia a praticamente toda Europa, e para os estadunidenses de hoje, parece ser o planeta todo. Num sentido amplo e originário, o espaço pode ser entendido como um meio homogêneo, isotrópico, contínuo, que tende a ser ilimitado, ou de fato o é, no qual se situam corpos e movimentos. (RAMOS, 2010)

Espaço não é a mesma coisa que lugar. Segundo Alves (2004, p. 3), lugar (do latim *locális, de lócus*) é o “espaço ocupado”, uma vez que o espaço só se torna lugar na presença do homem, que o ocupa, habita.

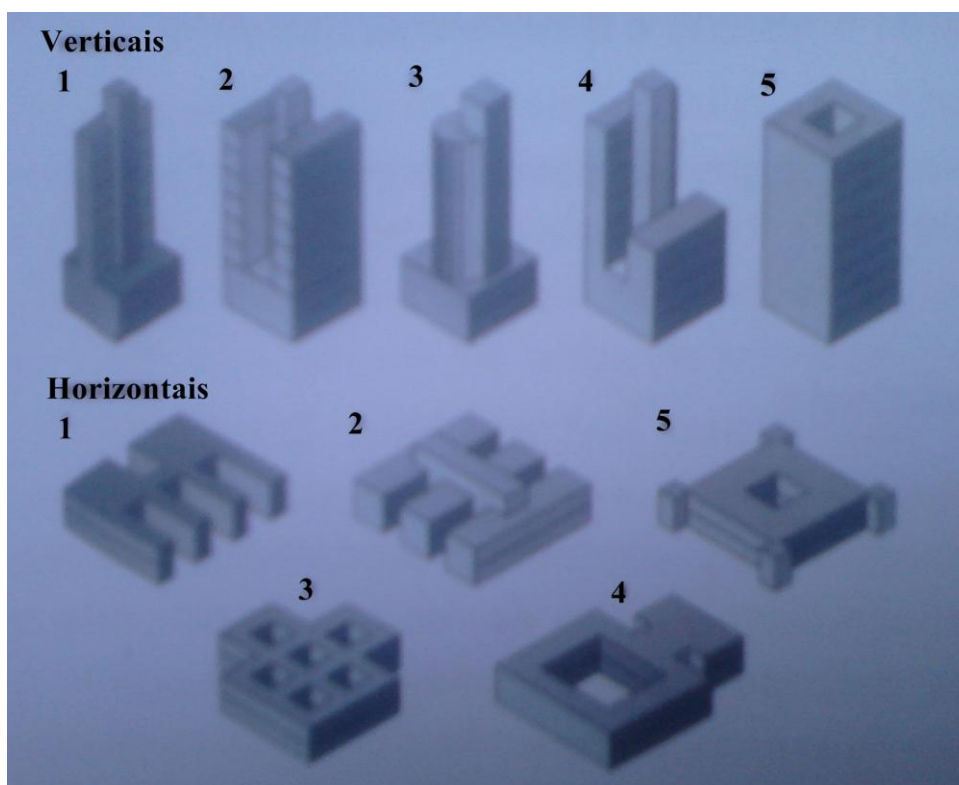
Pondo-se em reflexão acerca do assunto e sobre todos os conceitos que o formam e tentar dar explicação, podemos entender que os espaços hospitalares deverão ser projetados com o olhar crítico sob o conceito de lugar, onde as singularidades e subjetividades daquele meio em que os usuários estão inseridos deverão ser acolhidas.

Segundo Freitas e Lopes (2008), o espaço hospitalar pode ser dividido em três subconceitos: Espaço Edificado, Espaço Instalado e Espaço Ocupado.

#### 3.1 ESPAÇO EDIFICADO

O espaço edificado se liga diretamente à forma arquitetônica que é dada ao espaço no momento de concepção, podendo ser de caráter horizontal ou vertical. Refere-se às plantas de um projeto, partindo do princípio de que estas são capazes de expor visualmente os aspectos da estrutura arquitetônica. Desse modo, podemos analisa-lo em dois aspectos: em suas concepções e em casos de intervenção, segundo Azevedo Neto (2004).

Figura 5 – Tipologias usadas no projeto do edifício hospitalar.



Fonte: GÓES, 2004, p. 47 .

Segundo Góes (2004), há duas tipologias de edifício hospitalar, vertical ( torre simples – 1; torre dupla – 2; torre radial e bloco – 3; lâminas verticais – 4 e monólito vertical – 5) e horizontal (pente e pavilhão – 1; lâminas isoladas articuladas – 2; pátio expandido – 3; pátio compacto – 4 e monólito horizontal – 5).

Diante do pouco espaço encontrado nas médias e grandes cidades, a solução foi o investimento na verticalização dos hospitais, já que um hospital pode ter apenas 50% do terreno ocupado, demandando uma grande área para sua construção.

Depois de construído, o hospital pode passar por modificações devido ao avanço das tecnologias e da medicina, sendo necessário passar por intervenções na sua estrutura, dentre ela destacam-se:

- *Conservação*: preservação de características históricas e culturais de um bem
- *Restauração*: resgate de características originais da edificação, mantendo viva a história e a cultura de um povo.

- ➔ *Retrofit*: revitalização de edifícios por meio de implementações de tecnologias e programas novos para resolver problemas.

### 3.1.2 Normatização

O Ministério da Saúde é o órgão formulador de políticas de saúde, definindo propósitos e diretrizes para a implementação destas no sistema de saúde e tem a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, como órgão regulamentador deste sistema abrangendo a infraestrutura física dos serviços de saúde, realizando ações fiscalizadoras, quanto à educação das condições do ambiente onde se processa a atividade e a existência de instalações e equipamentos, indispensáveis e condizentes com as suas finalidades, baseada no controle dos riscos associados. Tem como objetivo prevenir, minimizar ou eliminar riscos aos usuários e racionalizar o uso, dando segurança aos pacientes, funcionários e usuários, utilizando-se processos e aperfeiçoando métodos, reduzindo custos e melhorando qualidade.

O sistema nacional de saúde pode ser dividido em dois momentos, um antes da Constituição de 1988 quando era vigente a lei 6229/75 e instaurada a Portaria MS 400/77, a Resolução CIPLAN n.03 e a Portaria MPAS 3046/82. O modelo que vigorava era o assistencialista, com hospitais aloctríos e as três esferas governamentais encontravam-se desarticuladas. Após a Constituição de 1988, sob a vigência da Lei 8.080/90 e o estabelecimento da Resolução RDC ANVISA 50/2002 e da Portaria 1101/02, o modelo passa a dar ênfase na prevenção, visando a universalização do poder federal, passando as três esferas articularem as decisões administrativas e econômicas.

A partir de 2002, a Resolução RDC nº 50, passa a ser a normatização vigente, retificada pelas RDC nº307/02 e Resolução RDC 189/03.

Os objetivos da RDC nº 50 são:

- ➔ Proporcionar a descentralização das decisões de planejamento e projeto
- ➔ Não estabelecer uma tipologia de EAS, nem tampouco programas arquitetônicos pré-definidos
- ➔ Permitir a projeção e a avaliação de qualquer EAS
- ➔ Disponibilizar regras flexíveis.

Suas aplicações:

- ➔ No planejamento de redes físicas

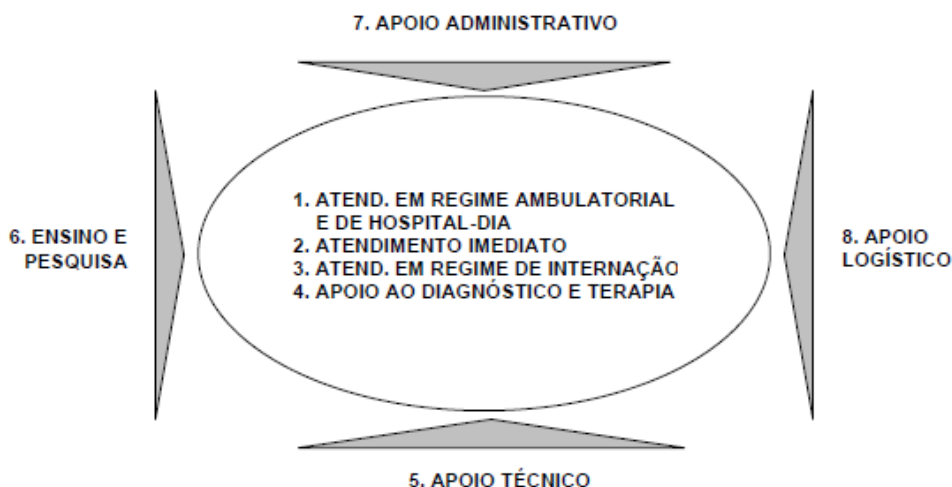
- Na elaboração de projetos de EAS
- Na avaliação de projetos físicos
- Nas inspeções de vigilância sanitária em conjunto com outras normas específicas

Sua abrangência se dá:

- Nas construções novas
- Nas áreas a serem ampliadas de EAS existentes
- Nas reformas de EAS já existentes e aqueles anteriormente não destinados a estabelecimento de saúde.

Ao problematizarmos a Norma observa-se que há uma preocupação em definir algumas funções para as EAS, e nelas seus espaços específicos em uma tentativa de organizar o espaço de acordo com seu uso:

**Figura 6 - Atribuições dos estabelecimentos Assistenciais de Saúde**



Fonte: MS/ANVISA, 2000

1. Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - atenção à saúde incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância em saúde da população e atendimento a paciente externo de forma programada e continuada;

2. Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde - atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, em risco de vida (urgencia) ou com risco de vida (emergência);

3. Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação - atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos);

4. Prestação de atendimento de 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);

5. Prestação de serviços de apoio técnico - atendimento direto a assistência à saúde em funções de apoio (contato direto);

6. Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa - atendimento direto ou indireto relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa;

7. Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa - atendimento ao estabelecimento em funções administrativas;

8. Prestação de serviços de apoio logístico - atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

Pode-se dizer que as quatro primeiras atribuições são atividades fins, ou seja, estão mais diretamente relacionadas a atenção e assistência à saúde. As quatro últimas seriam atribuições meio, voltadas a dar suporte às primeiras para o seu melhor funcionamento.

Cada uma das atribuições são detalhadas em atividades que vão animar esses espaços, por exemplo em relação a atribuição 2 temos:

**ATRIBUIÇÃO 2: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO IMEDIATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

**ATIVIDADES: 2.1-Nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade):**

- 2.1.1-fazer triagem para os atendimentos;
- 2.1.2-prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;
- 2.1.3-fazer higienização do paciente;
- 2.1.4-realizar procedimentos de enfermagem;
- 2.1.5-realizar atendimentos e procedimentos de urgência;
- 2.1.6-prestar apoio diagnóstico e terapêutico por 24 hs;
- 2.1.7-manter em observação o paciente por período de até 24hs;e
- 2.1.8-fornecer refeição para o paciente.

**2.2- Nos casos com risco de vida (emergência) e nos casos sem risco de vida (urgências de alta complexidade):**

- 2.2.1-prestar o primeiro atendimento ao paciente;
- 2.2.2-prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;
- 2.2.3-fazer higienização do paciente;
- 2.2.4-realizar procedimentos de enfermagem;
- 2.2.5-realizar atendimentos e procedimentos de emergência e urgência de alta complexidade;
- 2.2.6-prestar apoio diagnóstico e terapia por 24 hs;
- 2.2.7-manter em observação o paciente por período de até 24 hs;e
- 2.2.8-fornecer refeição para o paciente.

Fonte: MS/ANVISA, 2000

A descrição detalhada das atividades, permite planejar e programar cada espaço de acordo com seu uso e função, propiciando maior adequabilidade, expansibilidade e flexibilidades frente as demandas atuais e futuras colocadas para cada EAS. A RDC 50, como norma orientadora apresenta para cada espaço/atividades uma proposta de dimensões mínimas que vão atender aos critérios ergonômicos, de ambiência e humanização.

UNIDADE FUNCIONAL: 2 - ATENDIMENTO IMEDIATO				
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
2.1.2.2	<i>Atendimentos de Urgência e Emergência</i>			
	<i>Urgências (baixa e média complexidade)</i>			
	Área externa para desembarque de ambulâncias	1	21,00 m <sup>2</sup> de área coberta	
2.1.1	Sala de triagem médica e/ou de enfermagem	1	8,0 m <sup>2</sup>	HF
2.1.2	Sala de serviço social	1	6,0 m <sup>2</sup>	
2.1.3.2.2.3	Sala de higienização		8,0 m <sup>2</sup>	HF,HQ
2.1.4.2.1.5	Sala de suturas / curativos	1	9,0 m <sup>2</sup>	HF,FAM,EE
2.1.4.2.1.5	Sala de reidratação		6,0 m <sup>2</sup> por leito	HF,FAM,EE
2.1.4.2.1.5	Sala de inalação	1	1,6 m <sup>2</sup> por paciente	HF,FAM,FO,EE
2.1.4	Sala de aplicação de medicamentos		5,0 m <sup>2</sup>	HF
2.1.4.2.1.5	Sala de gesso e redução de fraturas	1	10,0 m <sup>2</sup> quando houver boxes individuais = 4,0 m <sup>2</sup> por box	HF,HQ,CD,EE
2.1.5	Sala para exame indiferenciado	1. Cálculo do nº de salas: NAU= PG . CHA . A <sup>4</sup>	7,5 m <sup>2</sup>	HF,EE
2.1.5	Sala para exame diferenciado (oftalmo, otorrino, etc)		A depender do equipamento utilizado	HF,EE,ADE
2.1.5.2.1.7	Sala de observação	1 quando não existir a unidade de emergência	8,5 m <sup>2</sup> por leito	HF,EE
2.1.4	Posto de enfermagem e serviços		6,0 m <sup>2</sup>	HF,EE

**AMBIENTES DE APOIO:**

*Urgência (baixa e média complexidade)*

- Área para notificação médica de pacientes
- Área de recepção de pacientes
- Sanitários para pacientes (geral - mas. e fem. e consultórios de gineco-obstetria, urologia e proctologia)
- Sala de utilidades
- Sala de espera para pacientes e acompanhantes
- Depósito de material de limpeza
- Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- Rouparia
- \*-Sala administrativa
- \*-Copa

<sup>4</sup>NAU= nº de atendimentos de urgência

PG= População geral

CHA= nº de consultas/habitantes/ano

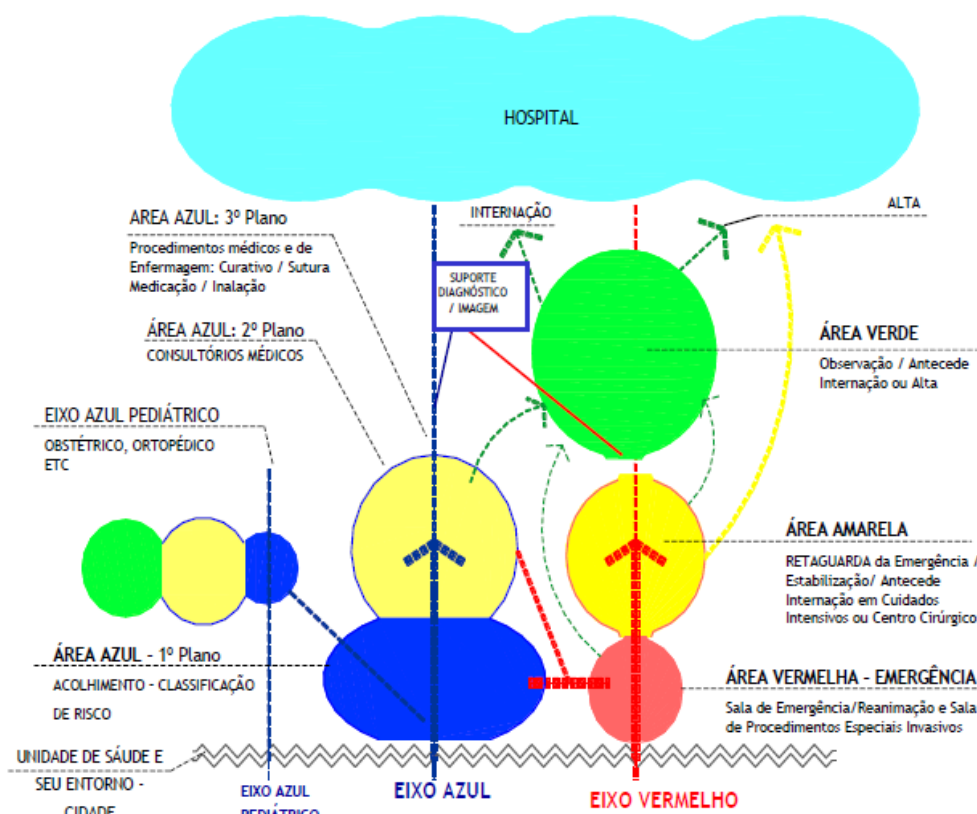
A= Estimativa percentual do total de consultas médicas que demandam atendimento de emergência

Fonte: MS/ANVISA, 2000

Esses elementos dimensionados e organizados vão proporcionar a programação arquitetônica definir a localização/setorização das atribuições e suas atividades, verificando fluxos (horizontais e verticais) de pacientes internos e externos, de visitantes, de serviços, dentre outros de modo a verificar as situações de riscos inerentes a cada um e as possibilidades de proteção do paciente, do trabalhador e do público em geral. A figura 7 abaixo, exemplifica o processo de setorização/localização de funções e atribuições

As intervenções nos espaços físico onde se faz saúde, não se limita a criar ou transformar áreas e funções para uma melhor adequação à demanda, mas sobretudo deve estar orientadas para criação de novos espaços de convivência, de trabalho, de produção de saúde, de interrelação - criação de espaços vivenciais.

**Figura 7** - Setorização de atribuições/atividades



Fonte: Pessati, 2004

Os estudos de projeção arquitetônica - setorização, fluxogramas, grafos, plantas, etc. são de fundamental importância para o bom funcionamento de uma EAS, e devem ser elaborados e discutidos com as equipes de saúde que irão trabalhar e desenvolver as atividades ali alocadas.

Desse modo a RDC 50 se propõe regular o planejamento, a programação, a elaboração e a avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde e se caracteriza como uma orientação que deve nortear discussões e apropriações de seus conteúdos de acordo com o contexto, as finalidades e as funções que um dado equipamento de saúde deve cumprir na organização da rede de serviços para atender aos princípios e diretrizes dos sistema de saúde.

Tem ainda como finalidade, assegurar no desenvolvimento de projetos físicos e na implementação desses estabelecimentos assistenciais de saúde, assegurar nos níveis da atenção básica, secundária e terciária -, segurança e qualidade para melhor atender às necessidades e aos problemas de saúde de uma população em um território delimitado. Com isso cuidar das pessoas e grupos sociais, protegendo e promovendo saúde.

Embora as normas devessem ser cumpridas por estabelecimentos de ordem particular e pública, estes últimos por falta de recursos e circunstâncias temporais durante anos, não acompanharam, inclusive pelas velozes mudanças tecnológicas, não adequando seu espaço físico, deixando de ser unidades de referência.

Por outro lado, uma norma se materializa a partir de uma demanda social em um determinado período de tempo, por isso devem ser revistas e aprimoradas sistematicamente, tendo em vista os avanços da ciência, das tecnologias e das práticas de um determinado campo de conhecimento. Com isso, podem ser mais efetivas e elucidativas, apontando caminhos e direções mais compatíveis às necessidades e finalidades a que se propõe.

### 3.2 ESPAÇO INSTALADO

Relembrando o conceito de ambiência visto anteriormente, o espaço físico necessita de um próximo passo para sua habitação, tendo em visto que o espaço arquitetônico definido por si só não está pronto para ser ocupado.

Azevedo Neto (2004), compreende o espaço instalado, como sendo o espaço onde existem os sistemas funcionais, as instalações elétricas e hidráulicas.

Ao analisarmos e refletirmos a respeito da ambiência, percebemos que tudo que fora citado por Azevedo Neto (2004) sobre o espaço está inserido na cartilha de ambiência do HumanizaSUS (FREITAS; LOPES, 2008).

A arquitetura tem muito a contribuir, baseada na proposta do HumanizaSUS, onde a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, viado a qualidade dos e nos serviços é o ponto chave para uma melhora no sistema. Partindo-se do conceito de espaço físico estabelecido pela proposta, que o entende como espaço social, profissional e de relações interpessoais.

O projeto arquitetônico de um EAS deve ser executado por uma equipe multidisciplinar, em que todos os setores envolvidos tem um representante com voz ativa no processo. Desse modo, toda a informação obtida pela equipe é mostrada ao arquiteto e cabe ao mesmo utilizar os conceitos que propicie a ambientação e humanização do espaço, sendo acolhedor e resolutivo, em conjunto das normas e atendendo a demanda das tecnologias.

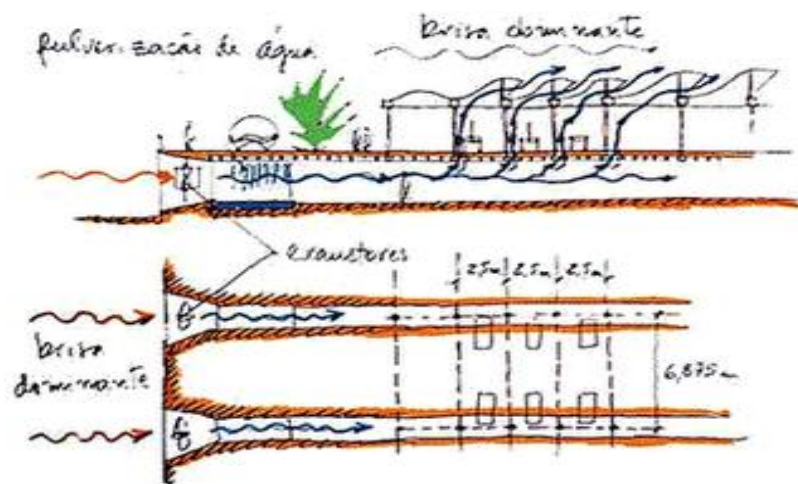
Através do conceito de otimização dos espaços, o arquiteto favorece o procedimento dos trabalhadores, o uso de equipamentos, a privacidade e individualidade do usuário, o acolhimento de visitantes e acompanhantes.

A utilização de conceitos como morfologia e sinestesia, favorece a otimização dos espaços, dando direito ao arquiteto “brincar” com as formas, dimensões, volumes, superfícies, texturas, movimento etc, buscando ativar a percepção, a sensação e o estímulo dos sentidos.

Ao se falar em morfologia, refere-se ao fato de que “formas dimensões e volumes configuram e criam espaços, que podem ser mais ou menos agradáveis ou adequados para as pessoas” (BRASIL, 2006, p. 8).

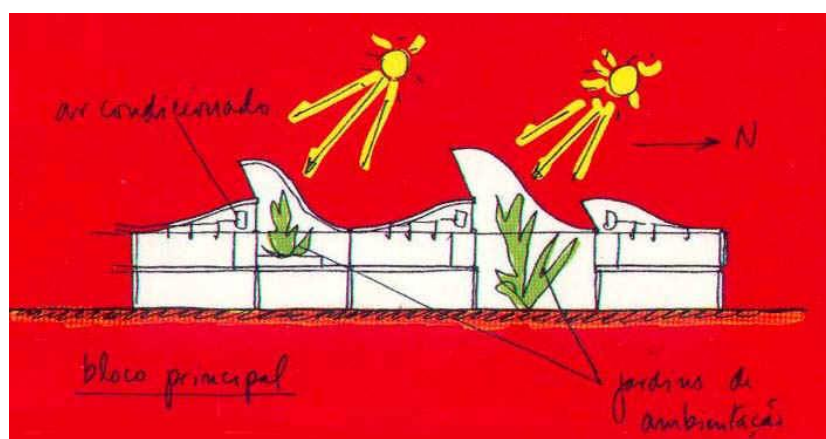
Assim também se deve pensar que a luz influencia no processo saúde-doença por tornar o ambiente favorável ou não à realização das atividades de assistência. O cheiro, que interfere no bem estar do indivíduo que é atendido na instituição de saúde. E o som interfere de modo significativo na promoção a saúde dos usuários, afetando tanto fisiologicamente, quanto psicologicamente os indivíduos.

Figura 8 – Sistema de ventilação, mostrando a renovação do ar no ambiente.



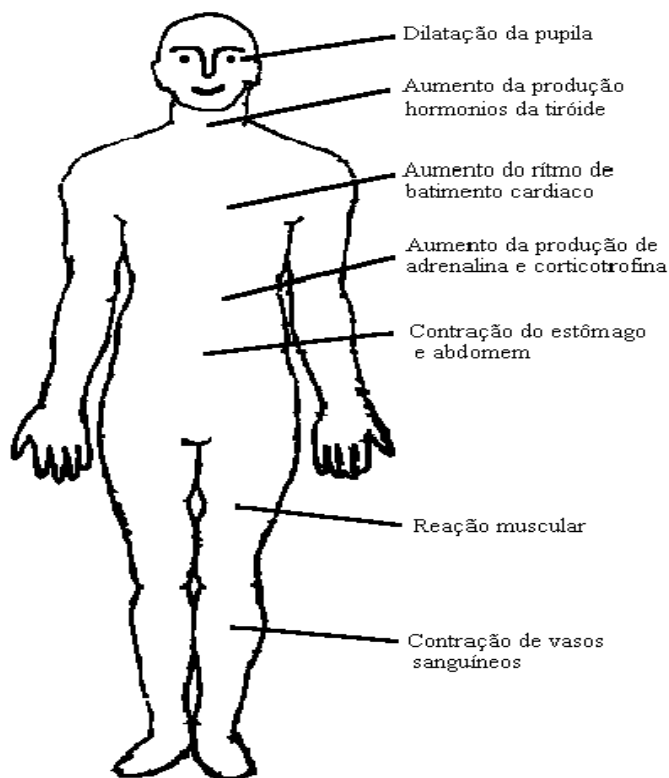
Fonte: LATORRACA (Org.), 2000, p. 192.

Figura - 9 Sistema de Ventilação dos Hospitais da rede Sarah Kubitschek



Fonte: João Filgueira Lima (Lelé), 1980

Figura 10 – Efeito do ruído no organismo humano



Fonte: VIEIRA, 1997, p. 1.

Quando se fala em sinestesia, se “diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas” (BRASIL, 2006, p. 9). Visão, olfato, tato, audição e sentido térmico são os sentidos que nos fazem perceber o ambiente e interagir com o mesmo.

A arte e a cor contribuem fortemente para a ambiência, sendo instrumento de interação do espaço com os sujeitos, já que transmite sensações, influenciando no estado dos mesmos e as cores estimulam o sentido e encorajam ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento, segundo a Cartilha de Ambiência (BRASIL, 2006, p.9).

E por último e não menos importante está o tratamento das áreas externas, que serão os ambientes propícios à troca de valores dos sujeitos.

### 3.3 ESPAÇO OCUPADO

Depois de todo o processo de edificação (espaço edificado), instalação (espaço instalado), nesse próximo passo o hospital passa a abrigar pessoas que irão usufruir e interagir nesse meio a qualidade de espaço ocupado.

Cabe aos projetistas e gestores dos hospitais a preocupação com o bem-estar da equipe de trabalhadores e demais usuários (pacientes, acompanhantes, visitantes, fornecedores etc.), tornando o espaço ocupado confortável e seguro.

As conferências internacionais de Saúde apresentam como requisito para promoção da saúde a criação de ambientes humanizados que acolham os sujeitos, porque o hospital, além da assistência médica, precisa e deve atuar como um promotor de saúde, minimizando as doenças na população e as ocorrências de agravos.

O espaço deve sempre ser projetado para os usuários em função de suas subjetividades e singularidades promovendo o seu conforto e melhorando a ambiência, que é exatamente essa modificação e adaptação, provocando alterações nos processos ali realizados, mudando a visão de que o hospital é ligado a doença e a morte.

Objetos básicos podem ser usados no ambiente, como relógio, espelho e televisão. O relógio ajuda no acompanhamento do tempo, no decorrer do dia e a proximidade de momentos como o almoço e atendimento; o espelho faz com que os usuários não percam a referência de si mesmos e a televisão é para que não percam contato com o mundo.

Outra preocupação deve-se dar também a saúde dos trabalhadores, compreendendo que são os trabalhadores os sujeitos que podem transformar as condições de trabalho, propondo soluções para os problemas encontrados no dia a dia, almejando um trabalho digno e saudável.

O cuidado empregado ao paciente, não deve ser posto de lado quando o assunto é o trabalhador, pois são eles que passam maior parte do tempo dentro dos hospitais interagindo e merecem a devida atenção no planejamento do ambiente.

Além disso, o hospital é feito pelos trabalhadores, seu desempenho profissional é que faz o hospital ser o que é. Sua saúde deve ser garantida para que depois garantam a saúde da população.

#### 4. CONCLUSÃO

O Hospital ao longo de sua evolução, juntamente com a ciência, foi ganhando novos sentidos e dessa maneira passou-se a ter noção da tamanha relevância que o ambiente tem em relação ao usuário, no caso, o paciente enfermo. Deixa-se de pensar em Hospital como um ambiente melancólico, sinônimo de exclusão, sofrimento, de estrutura padronizada e passa-se a pensar na humanização do ambiente, de forma a mudar esse aspecto e dar uma nova cara ao tão temido lugar de cura das doenças.

O ambiente hospitalar por si só não irá “curar” o paciente, a ambientação das unidades hospitalares não necessariamente e diretamente resultará na cura, isso dependerá de toda a equipe de profissionais de saúde que trabalham e exercem sua função dentro desse espaço, para a melhora do paciente.

É dada muita importância às iniciativas de humanização dos projetos e do atendimento quando se pensa a respeito da função que os mesmos exercem na sociedade. Basicamente, o objetivo é criar medidas para evitar que a própria permanência seja fonte de estresse aos que já se encontram física ou emocionalmente fragilizados. A ideia pode não ser nada revolucionária, mas o entendimento sobre como atingir esse objetivo vem motivando grandes mudanças em tudo o que diz respeito a esses ambientes, incluindo a forma como são vistos segundo o pensamento arquitetônico.

O desconforto é um grande promotor de patologias. Em termos leigos isso significa que, para dar conta da missão maior de não fazer mal aos doentes, os arquitetos agora precisam se esmerar na concepção de espaços mais aconchegantes e menos feios. Pacientes e acompanhantes agradecem, especialmente quando o tratamento exige períodos de internação mais prolongados. Como, nesses casos, o leito acaba ganhando status de residência temporária, é razoável esperar que possa ser habitado em condições mínimas de dignidade.

Dessa maneira, entram em questão os mecanismos de interação dos pacientes com o ambiente através da estimulação de todos os sentidos (tato, olfato, visão, audição e conforto térmico), dando conforto tanto ao usuário, quanto ao acompanhante e propiciando melhores condições de trabalho ao profissional que conseqüentemente melhor exercerá sua função.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, L. <sup>a</sup> dos R. *O conceito de lugar*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2004.

AZEVEDO NETO, F. de P.B. de. *Desenvolvimento de tecnologia de gestão para ambiente hospitalares, o caso do Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz*. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2004

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2. Ed. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. *Lei Orgânica da Saúde*. 2. Ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

FREITAS, I. B; LOPES, S. O. F. *Perspectiva do uso da ambiência no contexto do SUS*. Trabalho de Monografia do Curso de Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Cesteh/Ensp/Fiocruz, 2008.

GÓES, R. de. *Manual prático de arquitetura hospitalar*. 1. Ed., São Paulo: Edgard Blucher, 2005.

LATORRACA, G. (Org.). João Filgueiras Lima: Lelé. *Arquitetos brasileiros*. Lisboa: Editorial Blau Ltda.; São Paulo: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 2000.

MIQUELIN, L. C. *Anatomia dos edifícios hospitalares*. São Paulo: Cedas, 1992.

TOLEDO, L. C. *Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil*. Rio de Janeiro: ABDHE, 2006.