



**ISTO NÃO É UM HOSPITAL: HOSPITAL
INTEGRATIVO E MULTIDISCIPLINAR PARA
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO 2020.1

ACADÊMICO ARTHUR FURTADO DA SILVA

ORIENTADOR: LUCAS SABINO DIAS

COORIENTADORES: AMÉRICO ISHIDA E PATRÍCIA PAIVA D'ALESSANDRO

COLABORADORES: MÉDICOS, ENGENHEIROS, ENFERMEIRA, FISIOTERAPEUTA, PACIENTES COM DII, AMIGOS, FAMÍLIA, ASSOCIAÇÕES...



RESUMO

O trabalho teve como objetivo elaborar diretrizes de estudo preliminar arquitetônico e urbano de um hospital de alta complexidade, especializado em Doenças Inflamatórias Intestinais, que estabelecesse conexões com a cidade de Biguaçu-SC e que potencializasse um atendimento de excelência a nível nacional. Foi utilizado para tal as metodologias de estudo bibliográfico e exploratório, utilizando uma abordagem qualitativa, quantitativa e propositiva, com orientação de referencial teórico. Foram coletados dados através de um questionário online aplicado aos pacientes e entrevistas semiestruturadas com médicos de centros de referência nessas doenças. A análise do material empírico permitiu a criação de diretrizes regionais, arquitetônicas, urbanas e de gestão para a criação e manutenção de centros de referências em Doenças Inflamatórias intestinais, em especial para hospitais multidisciplinares e integrativos. O estudo levantou algumas fragilidades do processo de projeto e implantação de edifícios hospitalares, propondo algumas abordagens e soluções para tal. Propôs, também, a adoção de estratégias para evitar o desperdício de recursos com a aplicação do conceito de desospitalização e, por fim, procurou estreitar as relações entre o hospital e a rede de atenção primária e secundária, buscando um sistema de saúde mais eficaz.

Palavras-chave: Doença Inflamatória Intestinal. Hospital especializado. Atendimento multidisciplinar. Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT

The objective of the work was to elaborate preliminary architectural and urban study guidelines for a hospital of high complexity, specialized in Inflammatory Bowel Diseases, that would establish connections with the city of Biguaçu-SC and that would enhance an excellent service at a national level. For this purpose, bibliographic and exploratory study methodologies were used, using a qualitative, quantitative and propositional approach, with guidance from a theoretical framework. Data were collected through an online questionnaire applied to patients and semi-structured interviews with doctors at referral centers for these diseases. The analysis of the empirical material allowed the creation of regional, architectural, urban, and management guidelines for the creation and maintenance of reference centers in Inflammatory Bowel Diseases, especially for multidisciplinary and integrative hospitals. The study raised some weaknesses in the design and implementation of hospital buildings, proposing some approaches and solutions for this. It also proposed the adoption of strategies to avoid wasting resources by applying the concept of dehospitalisation and, finally, it sought to strengthen the relationship between the hospital and the primary and secondary care network, seeking a more effective health system.

Keywords: Inflammatory Bowel Disease. Specialized hospital. Multidisciplinary care. Integrative and Complementary Practices.

SUMÁRIO - 1ª ETAPA

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E ANÁLISE			
1.	Introdução	04	
2.	Motivação Pessoal	06	
3.	Objetivos	06	
3.1.	Objetivo Geral	06	
3.2.	Objetivos Específicos	06	
4.	Fundamentação Teórica	07	
4.1.	Contextualização Histórica	07	
4.1.1.	Histórico dos Cuidados com a Saúde no Brasil	07	
4.1.2.	O SUS e as Medicinas Integrativas	08	
4.1.3.	Doenças Inflamatórias Intestinais	09	
4.1.3.1.	Doença de Crohn	09	
4.1.3.2.	Retocolite Ulcerativa	09	
4.1.4.	Manifestações Extraintestinais	10	
4.2.	Conceitos	10	
4.2.1.	Multidisciplinaridade e <i>Integratividade</i>	10	
4.2.2.	Desospitalização	11	
4.2.3.	Telemedicina e Telessaúde	12	
4.2.4.	Biofilia e Design Biofílico	12	
4.2.5.	Neuroarquitetura e Teoria de <i>Einfühlung</i>	12	
5.	Levantamento e Análise de Dados	13	
5.1.	Estudo sobre DII - ABCD	13	
5.2.	Dados quantitativos - DII BRASIL	13	
5.3.	Pesquisa sobre DII - Renata Froes	13	
5.4.	Questionário Online	14	
5.4.1.	Análise Inicial	14	
5.5.	Entrevistas Online	15	
5.5.1.	Entrevista 01	15	
5.5.2.	Entrevista 02	16	
5.5.3.	Entrevista 03	17	
6.	Localização	18	
7.	Justificativas Para a Escolha da Cidade e do Terreno	19	
8.	Análise do Local	20	
8.1.	Santa Catarina	20	
8.2.	Biguaçu	20	
8.3.	Problemas da cidade de Biguaçu	21	
8.4.	Aspectos Climáticos	22	
8.5.	Cheios e Vazios	23	
8.6.	Equipamentos Públicos de Saúde	23	
9.	Análise do Entorno	24	
9.1.	Terminal	24	
9.2.	Perspectivas e Diretrizes do Plano Diretor	25	
10.	Análise Do Terreno	26	
10.1.	Características	26	
10.2.	Legislação	26	
10.3.	Microclima	27	
10.4.	Estratégias Bioclimáticas	27	
11.	Visita Técnica	28	
11.1.	Hospital Unimed Litoral	28	
12.	Diretrizes Regionais	29	
12.1.	Diretrizes Nacionais	29	
12.2.	Diretrizes Região Sul	30	
12.3.	Diretrizes Estaduais	31	
12.4.	Diretrizes Municipais	32	
13.	Classificações do Estabelecimento	33	

SUMÁRIO - 2ª ETAPA

DIRETRIZES DE ESTUDO PRELIMINAR		
14.	Diretrizes de estudo preliminar urbano	34
14.1.	Bairro e Município	34
14.2.	Terreno	35
15.	Diretrizes de estudo preliminar Arquitetônico	36
15.1.	Fluxos do terreno	36
15.2.	Programa de Necessidades	37
15.3.	Setorização no terreno	39
15.4.	Evolução Volumétrica	40
15.5.	Partido Arquitetônico	43
15.6.	Partido Paisagístico	44
ESTUDO PRELIMINAR ARQUITETÔNICO		
16.	Estudo preliminar arquitetônico	45
16.1.	Plantas Baixas	45
16.2.	Cortes	53
16.3.	Fachadas	59
16.4.	Perspectivas	60
16.5.	Detalhes e Especificações Arquitetônicas	85
17.	Considerações finais	92
18.	Referências Bibliográficas	93

1. INTRODUÇÃO

A origem da palavra hospital deriva do latim hospes, que significa “hóspedes” ou “hospedeiro”. Foi com o surgimento do Cristianismo que as igrejas passaram a abrigar doentes em seus mosteiros e com o aumento no número de doentes, foi necessário criar nos seus entornos os primeiros estabelecimentos hospitalares. Entretanto, “o personagem principal do hospital não era o doente a ser curado e sim o pobre que estava morrendo e precisava de ser assistido material e espiritualmente” (CATÃO, 2011, p. 101). Nesse período, durante a Idade Média, o hospital era considerado um local para morrer, sendo temido pela população com poucos recursos.

Essas características se mantiveram até o início do século XVIII, com o Hospital Geral destinado inicialmente ao internamento de doentes, loucos, devassos e prostitutas. Em meados do mesmo século se tornando uma instituição de exclusão e assistência sem a prática médica, pois não se via cientificamente justificativas para tal. (CATÃO, 2011, p. 103)

Em decorrência do aumento excessivo de internações, surgiu a necessidade de elaborar mecanismos para a desospitalização. Algumas das maneiras encontradas para tal foram as ofertas de assistência médica gratuitas ou mais baratas, hospitalização a domicílio e dispensação de medicamentos e consultas sem internação. Vários projetos procuraram implementar essas ideias, que acabaram não se consolidando, pois apesar das vantagens econômicas, as desvantagens no caso de epidemias eram muito grandes.

Como consequência, no final do século XVIII com o advento do hospital como instrumento terapêutico, várias observações e visitas passaram a serem feitas, com destaque para as viagens do inglês Howard e do francês Tenon, que através de estudos empíricos procuravam elaborar um novo projeto para a reconstrução dos hospitais.

Através de registros dos diferentes casos e das diferentes evoluções das doenças, junto da transição do poder de controle transferida dos religiosos para os médicos, que acaba surgindo uma medicina que deixa de cuidar de um indivíduo e passa a cuidar de uma sociedade. Para isso os estatutos são criados e regidos por um Estado que passa a ser disciplinador. (FOUCAULT, 1984, p 101-102)

Desta maneira, o foco da doença deixa de ser o doente e moléstia que ele carrega e passa a ser o ambiente que o circunda: a alimentação, a temperatura do ambiente, a água, o ar e junto do médico disciplinador surge o hospital médico. Foucault esclarece que o surgimento desse novo modo disciplinador está atrelado aos hospitais militares e marítimos, pois para criar um soldado era necessário grandes gastos, e se uma moléstia o atingisse todos os recursos gastos seriam desperdiçados. (1984, p. 104)

O hospital moderno torna-se então não só um lugar de cura e tratamento, mas também um lugar de aprendizado e experimentação de novos saberes, estando atrelado diretamente a este feito da disciplina médica. Deste modo, “o hospital moderno é o resultado histórico das políticas sociais dos Estados e dos progressos científicos da humanidade.” (CATÃO, 2011, p. 108)

No hospital contemporâneo duas vertentes teórico-operacionais têm predominado nas reformas de gestões hospitalares:

Uma tecnocrática (consiste na aplicação de métodos científicos na resolução de problemas sociais) e gerencial (assemelhando-se a qualquer outra empresa) e faz suas avaliações com base em evidências (conjunto de informações utilizadas para confirmar ou negar uma teoria ou hipótese científica). “A preocupação com a satisfação do cliente

(interno e externo) e métodos de padronização de procedimentos, objetivando aumentar a produtividade e a eficiência, são alguns de seus pilares conceituais.” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.850)

A outra perspectiva, desenvolvida nos Estados Unidos da América, e denominada de managed care (cuidado gerenciado) defende a diminuição da autonomia do médico e de outros profissionais da saúde. Criando uma série de protocolos que visa restringir o acesso ao atendimento necessário, seja limitando as solicitações de exames ou controlando encaminhamentos para especialistas, além de tornar o atendimento multiprofissional sem a necessidade de atendimento por um médico e ainda a prática de premiação por sub-tratamentos com o objetivo de reduzir gastos e gerar mais lucro.

A concepção Paidéia surge como uma outra vertente possível, com a ideia de reconstruir o trabalho clínico segundo um “neo-artesanato”, sem desconsiderar por completo os métodos de padronização. Denomina-se a esse processo de clínica ampliada e compartilhada. CAMPOS e AMARAL apresentam alguns pontos que mostram as dificuldades para essa nova concepção:

“Há, de fato, obstáculos políticos, estruturais e culturais para a realização dessas reformas que estimulem e possibilitem a realização de uma clínica singular e compartilhada. Nos sistemas públicos, costuma haver excesso de demanda, além disso, médicos e enfermeiros no Brasil têm múltiplos empregos, predominando formas de contratação para plantões, o que gera uma inserção vertical desses profissionais nos serviços, com redução do número de médicos e enfermeiros com inserção longitudinal (horizontal no tempo, os denominados diaristas) em enfermarias e ambulatórios. Isso vem produzindo um modo inadequado de inserção particularmente dos médicos e enfermeiros em hospitais públicos. Em consequência, em enfermarias e ambulatórios predomina um regime de trabalho semelhante ao do pronto-socorro, em que uma mesma equipe não se responsabiliza pela atenção ao mesmo paciente durante todo o processo terapêutico.”(2007, p.852)

Deste modo, a medicina tradicional busca somente tratar as doenças e, por muitas vezes, deixa de lado o indivíduo que tem a doença. Já a clínica ampliada busca, para além desse tratamento, encontrar as situações que ampliam os riscos ou vulnerabilidades das pessoas, além de diversificar a produção de saúde seja de maneira “curativa, preventiva, de reabilitação ou com cuidados paliativos”. Dessa forma, amplia também a autonomia dos usuários, garantindo a capacidade de compreensão e atuação em si próprios, além de gerar o autocuidado e a autocompreensão de si e da enfermidade no mundo. (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.852)

Nesse contexto, torna-se essencial, além do exposto, rever a ideia de que um hospital deve estar isolado do meio urbano, de que o lugar do doente é longe do viver social. Para além, torna-se imprescindível colocar o doente como protagonista da cidade, assim como do ambiente construído e do meio que o circunda. Paralelamente, torna-se importante ampliar o uso do termo hospital, ora intitulado-o como ambiente propulsor de saúde, ora como estabelecimento assistencial de saúde e ora como espaço do cuidar. Ambos surgem da necessidade de (re)caracterizar os significados e históricos da palavra hospital.

Ao negar a palavra hospital, o nome do TCC manifesta-se com o intuito de questionar o entendimento que se tem, ainda hoje, do que é um hospital. Assim como, da necessidade de se transformar esse entendimento através da participação integral dos atores envolvidos, sejam eles pacientes, médicos, enfermeiros, psicólogos, arquitetos, engenheiros, administradores, dentre outros.

No entanto, não basta querer mudar a percepção do que é um hospital, se este não se transmutar desde a sua idealização. Para tal, o trabalho busca abordar e desenvolver temas como Biofilia, Neuroarquitetura e Teoria de Einfühlung.

Também serão abordados alguns conceitos que visam contribuir para uma gestão e atendimento mais efetivos, a exemplo da desospitalização, da telemedicina, da telessaúde e do atendimento multidisciplinar e integrativo. Tais conceitos vêm se mostrando como importantes geradores de bons resultados na prática hospitalar, entretanto carecem de planejamento prévio nos projetos hospitalares.

A essência do projeto se encontra também na busca pelo atendimento de todas as necessidades de pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Desde as manifestações dos primeiros sintomas, passando pelos exames e consultas iniciais, os primeiros tratamentos, até os tratamentos mais avançados na área. Tudo com um objetivo principal: minimizar os impactos da doença na qualidade de vida dessas pessoas.

Tendo essas diretrizes como alicerces do projeto, buscou-se explorar tudo o que se tem feito acerca das DII e, por fim, prospectar novos horizontes de integração entre as diferentes áreas profissionais. Nessa perspectiva, foram encontrados novos tratamentos promissores, além de práticas, que apesar de poucas comprovações científicas, podem auxiliar no tratamento ou no bem-estar do paciente. Todas de alguma maneira institucionalizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que este trabalho é um conjunto de experiências tanto de vivências hospitalares retiradas dos relatos do questionário e das entrevistas aplicadas, como de vivência e de desenvolvimento de projetos de hospitais. Além disso, o trabalho busca discutir os papéis de um equipamento regional dentro da cidade que ele está inserido, propondo diretrizes urbanas além das arquitetônicas. Bem como de propor diretrizes regionais acerca das DII para uma melhor assistência aos pacientes com essas doenças.

2. MOTIVAÇÃO PESSOAL

Foi à partir dos 11 anos que comecei a sentir os primeiros sintomas da doença. Ao ir a um médico clínico geral me foram solicitados exames que não se mostraram suficientes para o diagnóstico da doença. Com esses exames o médico chegou a conclusão equivocada de que meus sintomas eram "manhas" de criança.

Após algum tempo outros sintomas começaram a aparecer e, ainda sem diagnóstico, passei por uma cirurgia. Um ano depois, aos 16 anos, os sintomas voltaram mais fortes e o mesmo problema que havia me levado a cirurgia reapareceu. Atendi novamente com um clínico geral que presumiu que eu tinha alguma doença gastrointestinal e me encaminhou para um médico gastroenterologista.

Enquanto aguardava a consulta com o especialista passei por uma crise severa que me levou a ficar internado. Pouco tempo depois da consulta fui diagnosticado e iniciei o tratamento. Desde então passei por alguns tratamentos com imunossuppressores, corticosteróides e imunobiológicos.

Seis anos foram necessários para identificar que eu tenho Doença de Crohn. E a demora no diagnóstico foi o motivo que me levou a fazer uma cirurgia que não seria necessária caso tivesse iniciado o tratamento mais cedo. Desde então, mesmo com os tratamentos, minhas idas a hospitais são frequentes, seja para consultas nos ambulatórios seja para atendimento em pronto-atendimentos.

E é por vivenciar a arquitetura hospitalar durante uma parte considerável da minha vida que percebi o quão precário pode ser o ambiente hospitalar e, ao mesmo tempo, propício a criar afinidades entre as pessoas. Diante disso, identifiquei que estes vínculos podem implicar em melhoras significativas nos pacientes ou nas relações entre os pacientes com as doenças.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Elaborar diretrizes de estudo preliminar arquitetônico e urbano de um hospital de alta complexidade, especializado em Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), que estabeleça conexões com a cidade de Biguaçu-SC e que potencialize um atendimento de excelência a nível nacional.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

estruturar diretrizes de planejamento urbano e regional para que o hospital atue como um centro de referência em ensino, pesquisa, atendimento e tratamento das DIIs;

Propor diretrizes urbanas que visam melhorar as conexões da cidade, de forma a tornar o hospital um potencializador dessas conexões a nível local e municipal;

Convidar os moradores do bairro para adentrar no complexo assistencial de saúde, almejando a oferta de uma área pública propulsora de saúde;

estudar a implantação de um edifício que se integre e reforce a paisagem urbana pré-existente, colaborando no desenvolvimento do bairro e da cidade;

conceber mecanismos de articulação entre o hospital, a rede de atenção básica e os familiares, buscando diagnósticos mais precoces e a desospitalização;

traçar diretrizes projetuais que relacionem os conceitos de humanização para que os usuários tenham uma vivência positiva no ambiente de saúde;

desenvolver o conceito de Medicina Integrativa e atendimento multidisciplinar, incorporando as medicinas convencionais e medicinas complementares no projeto.

RELATO

"Vivo com a doença a 5 anos oficialmente. Demorei 2 anos para obter o diagnóstico. Desses 5 anos tive apenas 1 de remissão. Por eu ser uma paciente também psiquiátrica e com problemas psicológicos, a doença é mais difícil de controlar. Estou desempregada faz um tempo, porque a doença não deixa eu ficar no emprego. Minha mãe e meu pai pagam juntos um plano de saúde com muita dificuldade. Depois de muitos anos finalmente achei médicos excelentes que atendem pelo meu plano, porém como são muito bons é difícil conseguir consulta, a agenda deles só fica lotada. Esse ano já fiquei internada 2 vezes em hospital normal, e 1 em um hospital psiquiátrico, por tentativa de auto extermínio. É difícil ver um futuro com qualidade de vida. Uma doença que quase ninguém conhece, não sabe tratar, ou nem se importa. Um tabu."

Pessoa com Doença de Crohn, entre 18 e 24 anos,
extraído do questionário online

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

4.1.1. HISTÓRICO DOS CUIDADOS COM A SAÚDE NO BRASIL

Até 1808 - Pouco se tinha feito em relação a saúde no Brasil e basicamente cada indivíduo se responsabilizava por si (COMUNICAÇÃO, 2017, n. p.).

1948 - Criou-se do primeiro Conselho de Saúde. Considerado como marco inicial da Saúde Pública Moderna por William Wech. “A saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa de governo. Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores seriam as possibilidades econômicas de um país.” (COMUNICAÇÃO, 2017, n. p.).

1954 - “Estabeleceu normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde. Art.1º É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo (Lei nº 2.312, de 3/9/1954).” (COMUNICAÇÃO, 2017, n. p.).

1971 - Criou-se a Central de Medicamentos que iniciou a produção e distribuição de medicamentos essenciais, incluindo os imunobiológicos (COMUNICAÇÃO, 2017, n. p.).

1986 - Ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco para as bases da criação do Sistema Único de Saúde (COMUNICAÇÃO, 2017, n. p.).

1988 - Constituição Federal, de 1988 garante no Art. 196 que a saúde é direito de todos e o Estado tem o dever de provê-la.

1993 - Iniciou-se a instalação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) (COMUNICAÇÃO, 2017, n. p.).

1999 - Criou-se a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASÍLIA, 2011, p.6).

2002 - Regulamentou-se a assistência domiciliar. E criou-se o Cartão Nacional do SUS (COMUNICAÇÃO, 2017, n. p.).

2004 - Instituiu-se as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Humanização do SUS e da Saúde do Trabalhador. (BRASÍLIA, 2011, p.7).

2006 - Aprovou-se a Política Nacional de Atenção Básica com diretrizes e normas que regulamentam o Programa de Saúde da Família, o Programa Agentes Comunitários e a Política de Saúde da Pessoa Idosa (COMUNICAÇÃO, 2017, n. p.).

2010 - Criou-se a Universidade Aberta do SUS onde universidades disponibilizam cursos gratuitos à distância, com duração média de 60 horas, a profissionais que atuam no SUS (BRASÍLIA, 2011, p.7).

2011 - “Regulamentação da Lei n.º 8.080, de 19/9/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).” Criação do Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. (BRASÍLIA, 2011, p.7).

Após uma análise geral sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), SALDIVA e VERAS apresentam dados demonstrando que o problema do SUS não está somente no seu financiamento, mas também na gestão dos seus recursos. A descentralização, que distribui a gestão entre as esferas federal, estadual e municipal, assim como a falta de conhecimento técnico, fazem com que as prefeituras destinem o dinheiro que recebem para gastos em saúde, na compra de ambulâncias, as quais levam os pacientes para os municípios vizinhos. E o que parece ser uma economia para o município, acaba sobrecarregando o sistema e tornando-o ineficaz (2017, p.50).

SALDIVA e VERAS defendem também que “a melhoria da gestão e redução dos custos requer a introdução de tecnologias e a inteligência em saúde para a prevenção das doenças” (2017, p.58). Nesse sentido, a informatização do sistema e uma análise mais profunda sobre os dados que o SUS coleta é necessária. Podendo, assim, prevenir surtos de doenças infecciosas ou produzir análises de custo-efetividade de procedimentos já realizados ou a serem implantados.

Para além de uma educação técnica para os gestores é fundamental que sejam ofertados aos profissionais da saúde uma educação continuada e permanente como o exemplo da Universidade Aberta do SUS, que contribui para que os profissionais evitem pedidos de exames ou encaminhamentos desnecessários, e que acabam onerando o sistema.

4.1.2. O SUS E AS MEDICINAS INTEGRATIVAS

1972 - Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Departamento de Medicina Tradicional com o intuito de incentivar os países integrantes a adotarem, nos seus sistemas de saúde, práticas e abordagens mais naturais, seguras e com uma melhor relação custo-efeito.

1978 - Declaração de Alma Alta na República do Cazaquistão, apresentou a ideia de Universalidade e integralidade e articulou a noção de sistema de saúde com ênfase na atenção primária de saúde. (FACCHINI, 2018, n.p.)

2006 - O Ministério da Saúde aprovou através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), contando com 5 práticas: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, antroposofia e termalismo. (BRASIL, 2006, p.20)

2017 - Através da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, o Ministério da Saúde inclui outras 14 práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. São elas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. (BRASIL, 2017, p.63)

2018 - O Ministério da Saúde inclui mais 10 práticas no rol das Práticas Integrativas através da portaria nº 1.988, de 20 de Dezembro de 2018. São elas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais.

No Brasil, antes mesmo da Declaração de Alma Alta, já existiam várias experiências em Atenção Primária à Saúde (APS) e isso vinha ao encontro com o Movimento de Reforma Sanitarista Brasileira que já possuía diretrizes de universalidade e integralidade da saúde juntos de uma APS forte. Com a Constituição de 1988, quando o SUS foi idealizado, a ideia de APS já estava totalmente consolidada, o que fez com que os pacotes criados pelo Banco Mundial não afetassem o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no país. (FACCHINI, 2018, n.p.)

Além de adicionar mais 10 práticas à PNPIC, outro aspecto interessante da portaria nº 1.988 de 2018 foi a atualização das modalidades de atendimento para algumas dessas práticas. Antes os atendimentos poderiam ser aplicados somente na modalidade Ambulatorial, agora podem ser ofertados também nas modalidades: Hospitalar, Hospital dia e Atenção domiciliar. (BRASIL, 2018, p.110)

Mesmo com a adição de novas modalidades de oferta de atendimento, o tipo de financiamento para essas práticas foi definido como advindo do Piso de Atenção Básica (PAB). Dessa maneira a portaria acaba limitando e/ou desestimulando algumas práticas já ofertadas em outras áreas de complexidade, como é o caso de alguns Hospitais Universitários que desenvolvem estudos, pesquisas e procedimentos de algumas Práticas Integrativas.

A inclusão dessas práticas no rol de procedimentos e terapias ofertados pelo SUS surgem como uma estratégia para diminuir a necessidade de atendimento nos níveis secundário e terciário com a saúde. Para além disso, atuando na Atenção Primária à Saúde, com a prevenção de doenças, e aplicando políticas eficazes, o SUS consegue diminuir drasticamente os custos com possíveis internações ou desenvolvimento de doenças mais graves.

Posto isso, implementar e gerar resultados também nos níveis mais avançados é um dos desafios que o SUS tem pela frente. Os hospitais, por exemplo, tem custos de implantação e manutenção muito altos. Descobrir maneiras de diminuir esses custos para que se tornem viáveis a implantação dessas terapias é o primeiro passo para avançar na política de Práticas Integrativas.

4.1.3. DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS

A Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU), são as principais enfermidades que englobam as chamadas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). Elas são caracterizadas como doenças crônicas, ou seja, não podem ser resolvidas e nem põe em risco a vida de uma pessoa em um curto período de tempo, mas a longo prazo podem impactar na qualidade de vida e atividades diárias dos doentes, podendo inclusive causar a morte por eventuais complicações.

O primeiro relato sobre a doença foi apresentado através de um ensaio em 1932 para a Associação Médica Americana pelo Dr. Burrill Bernard Crohn. Tal ensaio foi escrito por três médicos, incluindo o Dr. Crohn, que foi também o primeiro a descrever uma imagem endoscópica do que viria a ser uma Colite Ulcerativa (KORELITZ, 2014).

Mesmo que o relato trouxesse dados referentes a uma nova doença, foi somente na década de 1950 que a doença atingiu reconhecimento nacional, quando o então Presidente dos Estados Unidos da América Dwight D. Eisenhower teve uma obstrução do intestino delgado e teve como diagnóstico a Ileíte Regional. (KORELITZ, 2014)

Desde então as DII vêm se tornando cada vez mais frequentes, com estudos indicando um aumento da sua incidência. As DII são consideradas um problema sério de saúde, pois atingem, em sua maioria, pessoas jovens, além de apresentar recorrências de crises e evoluir para cenários de alta gravidade. Hospitalizações e cirurgias são frequentes e impactam drasticamente a qualidade de vida dos pacientes (SOUZA; TRONCON; RODRIGUES; VIANA; ONOFRE; MONTEIRO; PASSOS; MARTINELLI; MENEGHELLI, 2002, p.99).

4.1.3.1. DOENÇA DE CROHN

A Doença de Crohn é considerada uma doença inflamatória séria do trato gastrointestinal. Ela pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal da boca até o anus, mas afeta predominantemente o intestino grosso (cólon) e a parte inferior do intestino delgado (íleo). Diferente da Retocolite alguns trajetos do trato gastrointestinal podem estar saudáveis. Não se sabe bem quais os motivos mas,

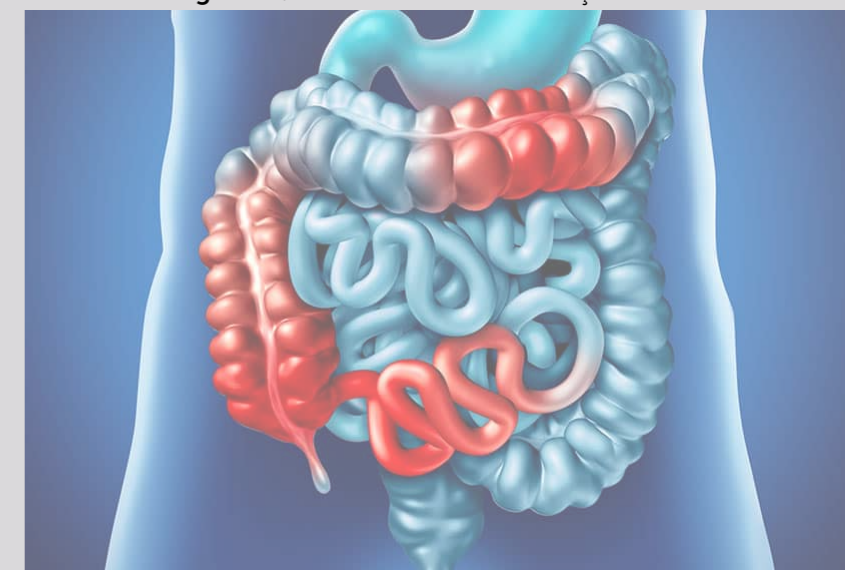
"Dentre as causas mais prováveis da doença incluem-se: agentes infecciosos; fatores psicossomáticos; genéticos; imunológicos, e, ainda, fatores ambientais, principalmente aqueles relacionados com a dieta, sendo considerada, por muitos, como uma "doença do mundo moderno". A dificuldade em se estabelecer o agente causal compromete o tratamento da doença, levando a tratamentos sintomáticos clínicos e/ou cirúrgicos." (SCHOFFEN; PRADO, 2011)

Os tratamentos atuais buscam reduzir a inflamação em si e tentam controlar alguns sintomas, sendo os principais a diarreia e cólica abdominal e às vezes febre e sangue retal. Pessoas com Crohn podem ter também perda frequente de apetite e de peso e são constantes manifestações de fadiga e cansaço.

4.1.3.2. RETOCOLITE ULCERATIVA

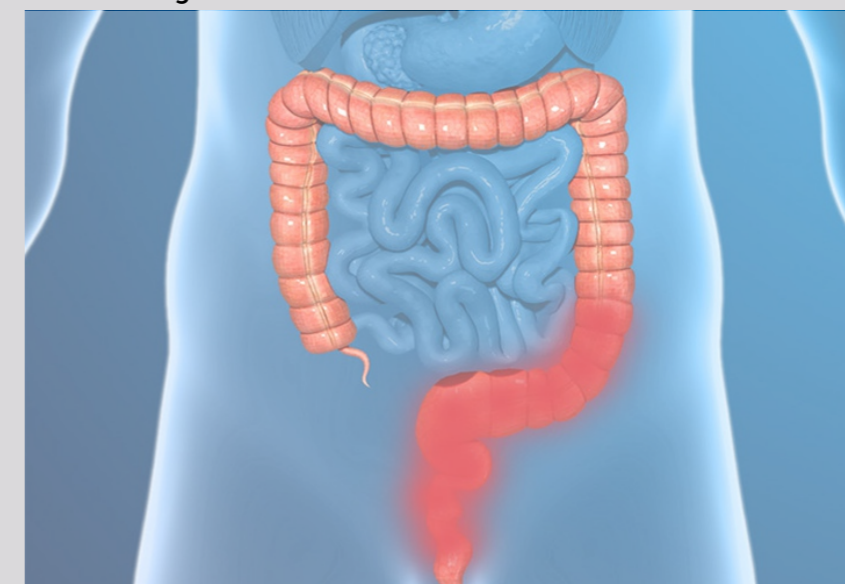
Diferente da Doença de Crohn, a Retocolite Ulcerativa atinge no máximo o reto e se estende de forma contínua até o intestino grosso (cólon), sem nenhuma área saudável nesse trajeto e sem atingir outras partes do trato gastrointestinal. Os sintomas principais são diarreia geralmente com presença de sangue e às vezes dor abdominal. A Retocolite pode ser dividida ainda em: proctite ulcerativa se atingir a parte inferior do cólon e o reto; colite distal se atingir apenas o lado esquerdo do cólon; ou pancolite se atingir todo o cólon.

Figura 01: Acometimento da Doença de Crohn



Fonte: <https://www.tn8.tv/salud/451120-colitis-conoce-mas-esta-terrible-enfermedad/>

Figura 02: Acometimento da Retocolite Ulcerativa



Fonte: <https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/doenca-de-crohn-entrevista/>

4.1.4. MANIFESTAÇÕES EXTRAINTestinaIS

Além de acometer o trato gastrointestinal, as doenças inflamatórias intestinais (DII) podem desencadear uma série de manifestações extraintestinais (MEI), definidas como "patologias primárias da própria DII" (OLIVEIRA, 2011, p.1). Ou ainda provocar complicações secundárias provenientes de efeitos colaterais das medicações utilizadas no tratamento da doença (OLIVEIRA, 2011, p.2).

As principais manifestações extraintestinais e complicações secundárias são as musculoesqueléticas, renais, oftalmológicas, dermatológicas, muco-cultâneas, cardíacas, pancreáticas, hepatobiliares, tromboembólicas, neurológicas, hematológicas e pulmonares (OLIVEIRA, 2011, p.1-2).

Em 2011 foi feito um estudo com 49 pacientes com DII no ambulatório de referência do hospital universitário da Universidade Federal de Sergipe, e se constatou que, dos 49 pacientes, 41 (83,6%) deles possuía alguma MEI (TORRES; SANTANA; TORRES; MOURA; TORRES NETO, 2011, p.117).

De acordo com outro artigo publicado no *jornal World J Gastroenterol*, a frequência das MEIs em pacientes com DII pode variar entre 6% e 47%. E completam que o desenvolvimento de uma MEI pode aumentar as chances de desenvolvimento de outras MEIs. (ROTHFUSS; STANGE; HERRLINGER, 2006, p.4819)

Nesse cenário, é possível dizer que para tratar uma pessoa com DII é importante que além de um médico coloproctologista ou gastroenterologista, outros médicos façam acompanhamento dos pacientes. É importante também que durante este acompanhamento seja mantida certa comunicação entre os diferentes especialistas e que as decisões de tratamento possam ser tomadas em conjunto.

Quadro 01: Especialidades médicas e não médicas para a equipe multidisciplinar.

GASTROCLÍNICO	NUTRICIONISTA
GASTROCIRURGIÃO	NUTRÓLOGO
PROCTOLOGISTA	PSICÓLOGA
COLOPROCTOLOGISTA	PSIQUIATRA
DERMATOLOGISTA	ENFERMEIRA
REUMATOLOGISTA	FARMÁCIA
OFTALMOLOGISTA	SERVIÇO SOCIAL
OTORRINOLARINGOLOGISTA	FISIOTERAPEUTA
ENDOCRINOLOGISTA	EDUCADOR FÍSICO
HEPATOLOGISTA	PNEUMOLOGISTA
HEMATOLOGISTA	NEFROLOGISTA
ANGIOLOGISTA	UROLOGISTA
ORTOPEDISTA	GINECOLOGISTA

ARQUITETURA

Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 03: Equipe multidisciplinar



Fonte: <http://gastrokt.com.br/noticias/a-importancia-da-equipe-multidisciplinar.html>

Quadro 02: As 29 Práticas Integrativas e Complementares regulamentadas pelo SUS

ACUPUNTURA	OSTEOPATIA
VENTOSA	HOMEOPATIA
MOXABUSTÃO	TERMALISMO
ELETROESTIMULAÇÃO	CRENOTERAPIA
FITOTERAPIA	MEDICINA ANTROPOSÓFICA
LIAN GONG	BIODANÇA
CHI GONG	TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA
TUI NÁ	MUSICOTERAPIA
TAI-CHI-CHUAN	ARTETERAPIA
SHANTALA	DANÇA CIRCULAR
MASSAGEM	AYURVEDA
MEDITAÇÃO	YOGA
REFLEXOTERAPIA	AYURVEDA
REIKI	NATUROPATIA
QUIROPRAXIA	

Fonte: Elaborado pelo autor

4.2. CONCEITOS

4.2.1. MULTIDISCIPLINARIDADE E INTEGRATIVIDADE

Na área médica, o conceito multidisciplinar é aplicado quando profissionais de diversas especialidades fazem uma avaliação de um mesmo paciente, cada qual conforme sua especialidade, ou seja, sem gerar diferentes pontos de vista sobre um mesmo problema. Por exemplo, se o paciente tem uma doença de pele, uma dermatologista vai emitir um parecer sobre esse problema, os outros profissionais irão no máximo encaminhar esses pacientes.

Já na *integratividade*, toda a equipe pode opinar e inclusive estabelecer relações entre os pareceres de um mesmo problema. Considera-se que as causas podem estar atreladas à doença base, e quando isso acontece, encontrar os problemas que causaram a doença em questão é mais importante do que apenas tratá-la.

Nesse cenário, uma equipe multidisciplinar e integrativa para as DIIs pode acelerar as descobertas de manifestações extraintestinais, que muitas vezes passam despercebidas pelo médico especialista. Pode, ainda, contribuir para uma descoberta e um tratamento precoces, diminuindo as chances de evolução para quadros graves e acelerando o processo de cura ou de melhora do paciente, tanto dos sintomas quanto de sua qualidade de vida.

Em 2017 foi feito um estudo pela Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, no qual foi levantado que cerca de "84% dos pacientes tiveram interesse em obter acesso a clínicas multidisciplinares" (MACHADO, 2017, p.15), indicando que ter um atendimento com uma equipe multidisciplinar pode acabar tranquilizando pacientes, pois todas as suas patologias em tese estariam sendo tratadas. E, em uma doença onde grande parte do controle se passa pelo lado emocional, estar tranquilo é extremamente importante.

4.2.2. DESOSPITALIZAÇÃO

O conceito de desospitalização se relaciona ao conceito de humanização, proporcionando "aos usuários uma recuperação mais rápida no domicílio buscando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares" (SILVA; SENA; CASTRO, 2017, p.2). Dessa forma, auxilia também na redução de custos com a assistência hospitalar, que por serem altos demandam prioridade dos leitos para os casos mais graves.

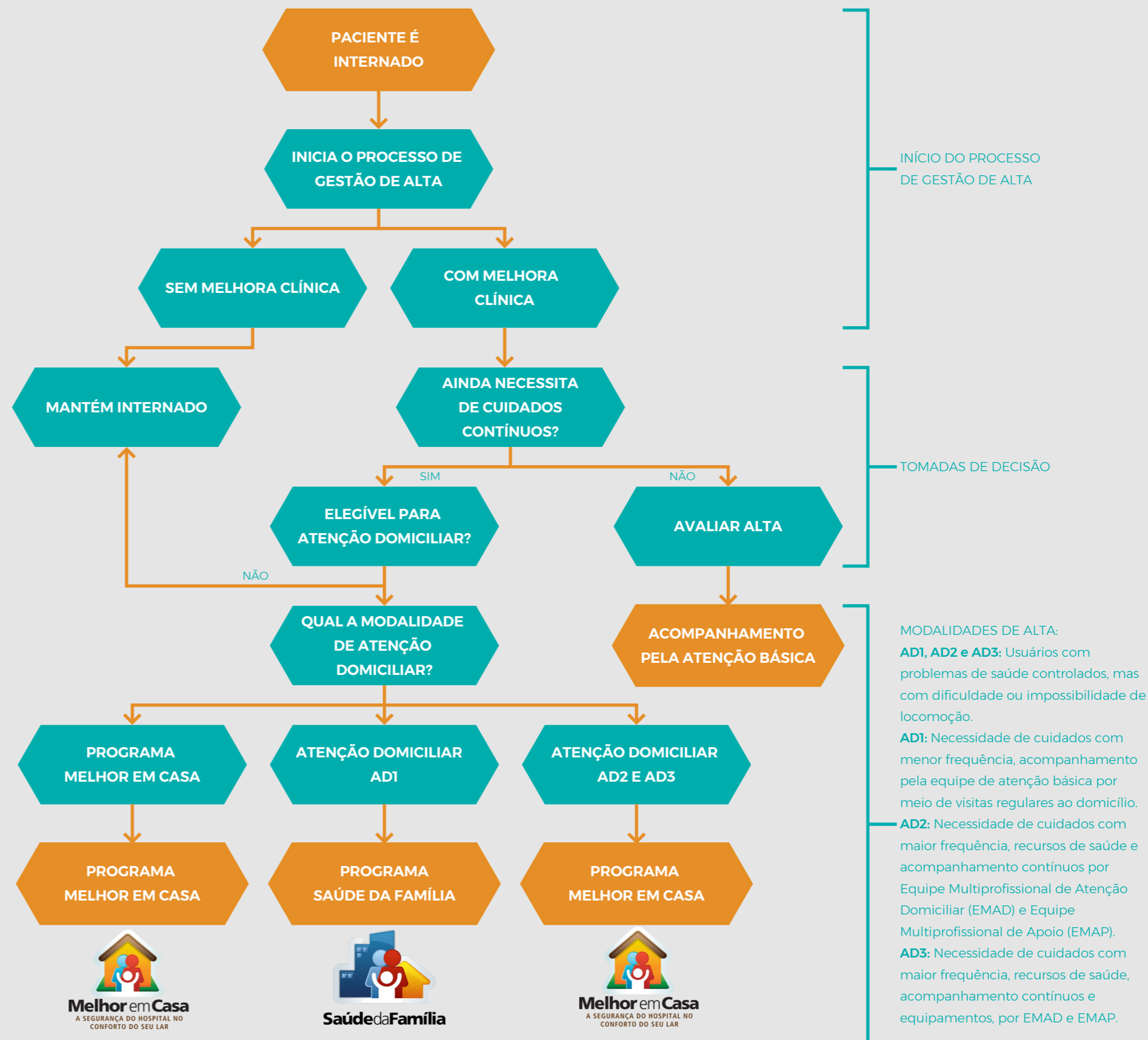
A desospitalização surge então com o intuito de acelerar o processo de alta hospitalar com continuação do cuidado em casa. Entretanto, surgem alguns desafios principalmente em relação a aceitação da família e do cuidador, pois consiste em uma alteração da vida do familiar.

A questão social é outro ponto importante. Muitas famílias não possuem condição financeira ou estrutura física em suas casas para receber os pacientes em desospitalização. E mesmo para as famílias que tem condições, a literatura "aponta que os familiares sentem insegurança e medo em assumir o cuidado no domicílio, apesar da vivência e do aprendizado propiciado ainda no ambiente hospitalar" (SILVA; SENA; CASTRO, 2017, p.8).

Para que se tenha uma melhor aceitação dos familiares Silva, Sena e Castro recomendam "a criação de mecanismos e estratégias de articulação mais eficazes entre o hospital e a [Rede de Atenção a Saúde] RAS para oferecer aos profissionais e aos familiares segurança ao assumir o cuidado do usuário no domicílio." (2017, p.9).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece através da portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011 o programa de Atenção Domiciliar que regulamenta o programa Melhor em Casa, responsável pela desospitalização no âmbito do SUS.

Figura 04 - Fluxograma de desospitalização do programa de desospitalização Melhor em Casa, do SUS.



Fonte: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf e http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ad_desospitalizacao.pdf

4.2.3. TELEMEDICINA E TELESSAÚDE

O Programa Nacional de Telessaúde foi criado em 2007 pelo Ministério da Saúde. O estado de Santa Catarina, no entanto, já contava com algumas experiências e uma considerável cobertura em sua rede de saúde estadual e hoje conta com a cobertura de 100% de seus municípios.

O sistema Telessaúde Santa Catarina conta com algumas modalidades, a teleconsultoria cujo objetivo é sanar dúvidas em relação a ações na saúde; a tele-educação cujo intuito é oferecer educação continuada e permanente à distância; o telediagnóstico o qual permite emitir laudos, acessar ou enviar exames à distância; e a segunda opinião formativa, que, através da teleconsultoria, pode auxiliar outros profissionais a terem uma segunda opinião sobre determinado caso clínico, ajudando a solucioná-lo.

Para o hospital prestar atendimento de telessaúde é importante que, além de uma infraestrutura, o hospital estabeleça uma relação de fácil acesso com médicos da família que atendem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com isso, demandas relacionadas a casos mais leves ou à renovação de receitas de medicamentos podem ser atendidas por meio do médico de família. E, caso o paciente venha a ter nova queixa, tanto o próprio paciente quanto o médico da UBS podem recorrer a equipe de telessaúde presente no hospital.

O hospital contará também com uma equipe de telessaúde com apoio assistencial e a educação permanente a profissionais da área da saúde, ajudando a fortalecer principalmente a rede de Atenção Básica do SUS. E junto disso promover palestras e congressos que ajudem a divulgar as doenças para que novos casos sejam diagnosticados mais precocemente.

4.2.4. BIOFILIA E DESIGN BIOFÍLICO

O termo biofilia pode ser traduzido como "amor a vida", e foi cunhado pelo psicanalista Erich Fromm em 1964 e difundido por Edward O. Wilson em 1984. Biofilia pode ser entendida como "a atração do ser humano por tudo o que é vivo" (UGREEN, 2020).

O conceito de Design Biofílico surge com a ideia de que a maior parte do desenvolvimento humano se deu no meio natural. Porém, com a evolução da tecnologia e a rápida urbanização essa ligação com o meio natural se encontra cada vez mais distante.

O uso de estratégias de projeto que buscam trazer a natureza para dentro dos ambientes construídos acabaram dando ao Design Biofílico o grande papel de prevenir problemas como a ansiedade e a depressão. Estudos feitos em 1984, pelo médico Roger Ulrich, em um hospital da Pensilvânia nos Estados Unidos revelaram, que o simples fato de alguns quartos terem uma janela com vista para as árvores reduziam o tempo de internação de alguns pacientes, além de diminuir a necessidade de medicamentos tomados pelos mesmos.

O contato direto com elementos naturais é a solução mais adotada, por meio do uso de artifícios como: o contato ou as vistas para as plantas: ver ou escutar água de um córrego, ou mesmo peixes em um lago; ter a percepção de dia e noite com a luz natural e sentir o ar através de uma brisa de uma janela aberta. No entanto, existem outras alternativas menos usuais, mas também eficazes, como o uso de formas e padrões naturais que relacionam-se a natureza, como hexágonos que remetem as colmeias; processos naturais que nos denotam o tempo passado devido ao envelhecimento dos materiais ou das árvores que crescem e florescem.

4.2.5. NEUROARQUITETURA E TEORIA DE EINFÜHLUNG

A Neuroarquitetura pode ser explicada através da junção de três campos essenciais: o sensorial, ligado a nossas sensações; o cognitivo, relacionado ao conhecimento que adquirimos; e o comportamental em referência as nossas condicionantes de comportamento. Lori Crizel exemplifica:

"Imaginemos que estamos andando pela rua e percebemos que uma dada pessoa se aproxima. Neste momento, desenvolvemos a *sensação* de que essa pessoa poderá nos assaltar. No campo *cognitivo*, aquilo que compreendemos de mundo, indica que essa situação deve ser evitada por inúmeros fatores. Adotamos então um *comportamento* de fuga daquela situação específica. Nesta hipótese, temos nosso campo sensorial sendo interpretado pelo cognitivo que, uma vez traduzido a sensação de conhecimento adquirido, leva-nos a uma tomada de decisão comportamental, no caso, a fuga." (CRIZEL, 2020, p. 38)

Junto da Teoria de Einfühlung, a Neuroarquitetura pode ser aplicada com algumas técnicas de composição espacial. A técnica de *agudeza* ou *contra agudeza*, quando se quer repelir ou atrair, respectivamente, presença do usuário em determinado ponto do percurso; de *singularidade*, quando se pretende estimular um convite; a *profusão*, quando se procura desacelerar o movimento do usuário; a *condução/indução* quando se usam elementos que estimulam a aceleração do movimento. (CRIZEL, 2020)

É possível, também, fazer uso do conceito de linhas construtivas, no qual podemos desenvolver linhas retas, evidenciando decisão, força, confiança, credibilidade. Estas linhas podem-se dividir em: horizontais, que transmitem segurança e estabilidade; verticais ascendentes quando o olhar é conduzido para o alto referenciando segurança e autoconfiança; ou verticais descendentes, que remetem a momentos ligados a introspecção e interiorização. Dentre outros elementos que tentem a transmitir certas sensações pode-se ainda citar o que tende a prender, possuir ou atrair a atenção do usuário. (CRIZEL, 2020)

5. LEVANTAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Durante o processo de pesquisa e coleta de dados percebeu-se que os dados relacionados as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) no Brasil são escassos e/ou não correspondem a realidade.

5.1. ESTUDO SOBRE DII - ABDC

Em 2017, a Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD), realizou um estudo intitulado de "Jornada do Paciente com Doença Inflamatória Intestinal: Estudo quantitativo e qualitativo sobre a vida do paciente com DII no Brasil". Pelo tempo em que o questionário ficou aberto e por ter sido um questionário online, ele acabou não atingindo os casos em sua totalidade, mas foi importante para confirmar dados de pesquisas internacionais e adaptar, por meio de algumas perguntas, a realidade brasileira.

Destaca-se aqui alguns dados importantes: 80% dos pacientes disseram que sua vida é afetada pela doença mesmo em períodos de remissão; mesmo em remissão, 93% dos pacientes sentiram pelo menos algum sintoma; 63% dos pacientes relataram cansaço e fadiga, mesmo em períodos de remissão; 43% dos pacientes foram mais do que quatro vezes em pronto atendimentos antes de receber um diagnóstico final; 40% dos pacientes do SUS tiveram dificuldade em agendar consulta com um especialista; 41% dos pacientes demoraram mais de 12 meses para receber um diagnóstico inicial; 77% dos pacientes se preocupam em quando sua próxima crise pode afetar; 42% tiveram entre 1-3 crises nos últimos 2 anos; 22% dos entrevistados estavam em crise no momento. (MACHADO, 2017, p.15).

Esses dados mostram o quanto as DII podem impactar na qualidade de vida do paciente e o quão angustiante pode ser viver diariamente com o medo de ter uma nova crise a qualquer momento.

5.2 DADOS QUANTITATIVOS - DII BRASIL

Um dado importante para a estimativa do projeto foi conseguido através da Associação Nacional de Pacientes DII BRASIL. A associação conseguiu, através da Lei de Acesso a Informação, fazer um levantamento em todos os Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica (CEAF) dos estados do Brasil. O CEAF é o programa gerido pelo Ministério da Saúde que fornece medicamentos de alto custo utilizados a nível ambulatorial no tratamento de doenças crônicas e raras.

Após conseguir os dados em todos os estados, com exceção do Acre que não tinha os dados solicitados, a associação produziu uma planilha onde constam o total de medicamentos dispensados apenas no mês de dezembro de 2019 para a Doença de Crohn e a Retocolite Ulcerativa. Ressalta-se que os dados não abrangem os medicamentos que são disponibilizados em períodos maiores do que um mês e não consideram o fato de que alguns estados entregam medicamentos para períodos de dois meses.

Vale ressaltar também que nem todos os medicamentos disponíveis para tratamento das DII são disponibilizados pelo SUS. Quando se esgotam as alternativas fornecidas, os pacientes se encontram obrigados a conseguir outros medicamentos por meio da judicialização, que consiste na entrada de um processo judicial contra a União.

Esses processos podem se arrastar por meses ou anos e, enquanto isso, o paciente precisa fazer uso de corticoides que possuem muitos efeitos colaterais, podendo levar o paciente ao desenvolvimento de outras doenças, ou até a realização de cirurgias que podem ser evitadas com o início imediato do tratamento. Ambos os casos oneram o sistema público e interferem, de forma negativa, na saúde mental do paciente.

Dezoito remédios são disponibilizados pela CEAF através do SUS. Somando todos os estados, foram disponibilizados remédios para 57.886 pacientes. Destes, 4.648 são do estado de Santa Catarina.

Além disso, os dados apresentados não contam com os pacientes que recebem os remédios pelos planos de saúde. Segundo o estudo feito pela ABDC, 63% dos pacientes possuem plano de saúde ou convênio e apenas 29% atendem pelo Sistema Único de Saúde.

5.3. PESQUISA SOBRE DII - RENARA FROES

Renata Froes é Gastroenterologista e médica perita do INSS e produziu um estudo entre 2010 e 2014 intitulado "O impacto socioeconômico da incapacidade no trabalho por doença inflamatória intestinal no Brasil". O estudo apontou que de todos os trabalhadores afastados no recorte de cinco anos, 15 mil tinham doença inflamatória intestinal, equivalente a 0,01% dos trabalhadores. Em contrapartida os gastos do INSS com esses pacientes afastados representaram 1% do montante geral. O que também chamou a atenção foi a média de tempo em que o paciente ficou afastado: 314 dias ao ano/paciente. (ABCD, 2018)

O estudo indicou que há maior prevalência de afastamentos por Retocolite Ulcerativa, porém os afastamentos por Doença de Crohn afasta pacientes mais jovens e causa aposentadorias mais precoces. Um dos motivos que podem interferir nesses números é a dificuldade de acesso dos pacientes a exames, diagnósticos e tratamentos adequados. A médica ainda apontou: "A doença vai custar de qualquer forma para o governo. No entanto, com pacientes devidamente diagnosticados e medicados, o País não perderá mão de obra produtiva e, conseqüentemente, terá mais contribuintes" (ABCD, 2018)

5.4. QUESTIONÁRIO ONLINE

Com base nos dados coletados foi possível tomar algumas posições e caminhos a serem seguidos neste trabalho. Entretanto, faltava ainda entender como os pacientes e seus familiares sentiam e viam os ambientes hospitalares, quais seriam os problemas mais frequentes, e como o ambiente construído poderia melhorar para que a qualidade de vida do paciente sofresse o menor impacto possível.

A partir dessas indagações, foi montado um questionário online intitulado de "Pesquisa Sobre as Doenças Gastrointestinais e as Relações Entre Pessoas e Entre as Pessoas e o Ambiente Construído". O questionário buscou não somente entender os pacientes com DII, mas todos os que possuem alguma Doença Gastrointestinal, a exemplo da Gastrite Crônica, além dos acompanhantes, amigos e familiares dos mesmos. Para isso o questionário foi montado para ser respondido em duas etapas, sendo a primeira definidora se o entrevistado seria direcionado para as perguntas voltadas aos pacientes ou para a seção de familiares e amigos.

Foi usado como base para montagem do questionário algumas referências internacionais assim como o questionário realizado pela ABCD, já mencionado anteriormente. O questionário pode ser acessado pelo QR Code 01.

Figura 05 - QR Code com perguntas do questionário online



Fonte: Elaborado pelo autor

A divulgação do questionário se deu através de redes sociais, em grupos nacionais de pacientes e acompanhantes e também em grupos de WhatsApp disponibilizados pelas associações de pacientes e acompanhantes. Algumas associações médicas não contribuíram com a divulgação por entenderem que não competia a elas a divulgação do mesmo, o que acabou limitando um pouco o número de respostas.

O questionário foi divulgado pela primeira vez em 21/10/2019 e foi fechado para recebimento de respostas no dia 6/10/2019. Em apenas 17 dias foram obtidas 228 respostas. A decisão de fechar o questionário em poucos dias se deu devido a preocupação em se conseguir analisar todas as respostas a tempo de finalizar a disciplina de Introdução ao Projeto de Graduação. O mesmo não foi possível devido ao acometimento de uma crise causada pela doença que demandou o interrompimento dos trabalhos por um tempo.

Com a volta ao desenvolvimento do trabalho e a leitura das respostas percebeu-se que o questionário ia muito além de um Trabalho de Conclusão de Curso. Os elogios a iniciativa e os desabaços dos pacientes e acompanhantes que ansiavam serem escutados foram o que motivaram a reabertura do questionário no dia 07/10/2020. Até o dia 21 do mesmo mês já havia atingido 628 respostas.

Considerando que o objetivo inicial do questionário não era o desenvolvimento de uma pesquisa aprofundada sobre as respostas, mas sim a coleta de dados para embasar as proposições arquitetônicas do projeto, não foi solicitada a aprovação do comitê de ética em pesquisa e, portanto, as análises feitas não apresentam caráter de pesquisa científica. Pelas normas do comitê, o questionário se encaixa como pesquisa de opinião, de tal forma que as informações não devem ser consideradas como dados científicos.

5.4.1. ANÁLISE INICIAL

Devido ao número significativo de respostas, superando as expectativas, não será realizado, neste trabalho, um aprofundamento das mesmas. A análise realizada, no entanto, se coloca como uma etapa inicial de um processo de análise que possa desencadear futuramente a escrita de um artigo.

Foi possível ver que na seção sobre o perfil do entrevistado as respostas sobre idade, sexo, estado, e diagnóstico, sintomas, consultas com especialistas e crises acabaram ficando muito próximas as respostas apresentadas no estudo "Jornada do Paciente com DII" da ABCD. Como as perguntas foram feitas de maneira diferente e com opções de respostas diferentes, outras análises poderão ser feitas.

Já nas perguntas sobre os tipos de tratamento que o paciente faz ou já fez no passado, foi possível ver que das 557 respostas, 16% dos pacientes faz uso de terapias alternativas, e 16,5% dos entrevistados já fez uso em algum momento. Esses números, junto das respostas subjetivas, indicam um certo descontentamento dos pacientes com os tratamentos usuais.

Outros dados importantes, que reforçam as outras pesquisas já citadas no trabalho, são: 66% dos pacientes respondeu que tem dificuldade de conseguir agendar uma consulta; 29% dos pacientes atendem com uma psicóloga ou psiquiatra; 28,5% já passaram por pelo menos uma cirurgia; apenas 26,9% dos pacientes está totalmente satisfeito com seus tratamentos; 89,9% gostaria de ser atendido por um ambulatório multidisciplinar, enquanto apenas 6,5% dos pacientes já frequentam clínicas assim; 31% dos pacientes vai até um pronto atendimento quando está com alguma crise; 23,5% dos pacientes precisou ser diagnosticado por um médico particular, enquanto apenas 6,5% tem como cobertura de saúde atual um plano particular.

5.5. ENTREVISTAS ONLINE

Após uma extensa procura de artigos ou estudos que apresentassem experiências de hospitais ou atendimentos multidisciplinares, viu-se que os dados eram extremamente escassos. Os estudos encontrados possuíam linguagens técnicas referentes a áreas da medicina ou de áreas afins. Surgiu, então, a necessidade de procurar alguns centros multidisciplinares existentes no Brasil e entrevistar os seus responsáveis, buscando entender como são as infraestruturas desses centros, como se dão os atendimentos multidisciplinares aos pacientes, e quais os principais problemas enfrentados. A partir disso, montar um panorama geral desses centros e, por fim, evitar ou minimizar os problemas recorrentes no projeto.

5.5.1. ENTREVISTA 01

A primeira entrevista se deu de forma anônima, portanto os dados aqui apresentados serão descritos de forma a salvaguardar a identidade da pessoa entrevistada. Não houve assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no entanto, ele foi apresentado ao entrevistado e o mesmo permitiu a divulgação das informações desde que nenhuma informação possa dar indícios de sua identidade ou da instituição a qual representa.

A entrevista se deu de forma remota, sem chamada por voz ou vídeo, sendo realizada por meio de troca de mensagens. A entrevista se estendeu por 3 dias, conforme a disponibilidade do entrevistado em responder às perguntas feitas.

O roteiro desta entrevista se assemelha ao aplicado nas entrevistas posteriores.

A instituição em questão pode ser classificada como um hospital terciário, com aproximadamente 400 leitos e conta com uma equipe multidisciplinar para Doenças Inflamatórias Intestinais. Existe também uma unidade de pesquisa clínica vinculada ao hospital, o que permite aos pacientes que não reagem aos medicamentos disponíveis pelo SUS fazerem parte dos estudos clínicos com os medicamentos ainda em fase de testes.

É importante ressaltar aqui que a pessoa entrevistada em questão é servidora pública contratada pelo Estado, logo, ela não pode entrar com processos via judicial para conseguir medicamentos que ainda não são disponibilizados pelo SUS. Quando isso acontece, ou o paciente é encaminhado para os estudos clínicos ou é recomendado que ele procure atendimento em clínicas particulares ou de convênio.

O atendimento é feito por uma equipe composta por médicos residentes ou contratados da gastroclínica e caso seja solicitado pelo paciente ou indicado pelo médico e aceito pelo paciente, ele é encaminhado para alguém da equipe multidisciplinar (enfermeira, psicóloga, nutricionista, gastrologista, coloproctologista ou patologista) que faz o atendimento em outros consultórios ao lado. É possível também, que o atendimento seja no mesmo consultório com todos os envolvidos, dependendo da necessidade do paciente.

O acesso dos pacientes ao hospital pode acontecer de diferentes formas: por meio das centrais de regulação do estado em que se encontra o paciente; por meio de encaminhamento de pronto atendimento; por meio de encaminhamento de outros ambulatórios do próprio hospital; ou por encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde.

O atendimento é integral, ou seja, ambulatorial, pronto atendimento, internação, cirurgia, imagenologia, laboratorial, endoscópico e infusional. A pessoa entrevistada afirma que exames de colonoscopia conseguem ser feitos em até 3 meses. Já os exames de ressonância e tomografia podem levar um pouco mais, algo em torno de 1 ano. A mesma equipe atende em todos os setores do hospital.

Quando o paciente possui alguma manifestação extra-intestinal ele é encaminhado para as outras especialidades de outros ambulatórios presentes no hospital. Caso o paciente precise de algum atendimento que não tenha no hospital ele é encaminhado direto para outro profissional e conversado sobre o caso.

O ambulatório conta com aproximadamente 400 pacientes cadastrados. Os atendimentos são feitos em apenas um dia da semana e são atendidos em torno de 30 pacientes, por vezes havendo encaixes. Em outros dois dias na semana os pacientes que fazem aplicação endovenosa são atendidos no centro de infusão, aproximadamente 10 pessoas nos dois dias. Esses pacientes não são atendidos no ambulatório, o atendimento se dá durante a infusão.

Devido a grande demanda e a quantidade reduzida de profissionais atendendo, os retornos acabam sendo bem mais longos (6 meses) do que em outros hospitais (geralmente 3 meses). O paciente também conta com um sistema de pronto atendimento no próprio ambulatório e caso o paciente tenha algum sintoma ou alguma crise que não possa esperar até o dia do atendimento eletivo, ele é atendido ali mesmo. Esse sistema reduziu significativamente a demanda que chega aos serviços de pronto atendimentos.

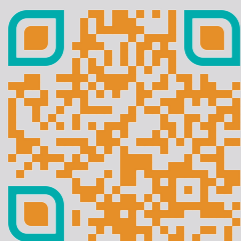
5.5.2. ENTREVISTA 02

O segundo entrevistado foi o Professor Doutor Adérson Omar Mourão Cintra Damião, com formação em medicina, residência em clínica médica, especializações, mestrado e doutorado em gastroenterologia. Desde 1985 é Médico-Assistente Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e da Universidade de São Paulo (USP), também participa do Grupo de Doenças Inflamatórias Intestinais do Hospital das Clínicas, em São Paulo. Possui como linhas de pesquisa: Doença inflamatória intestinal, Doença celíaca e Litogênese biliar de colesterol.

O contato inicial se deu através de um e-mail encaminhado para o Hospital Sírio-Libanês, que possui um Núcleo de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), obtendo-se resposta do Dr. Adérson. A entrevista foi realizada de forma remota, por meio de uma chamada de vídeo e voz, sem haver gravação da mesma. A duração da entrevista foi de, aproximadamente, 1 hora e 2 min.

Um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) foi assinado, e é possível visualizar uma cópia exemplo através do QR Code presente na figura 06. O roteiro da entrevista também pode ser encontrado através de outro QR Code, o presente na figura 07.

Figura 06: QR Code - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 07: QR Code - roteiro da entrevista 02



Fonte: Elaborado pelo autor

A entrevista se iniciou com uma apresentação do entrevistador, do trabalho e dos objetivos da entrevista. Logo após, foi solicitado ao entrevistado que falasse um pouco de sua formação, sobre sua relação com o Hospital Sírio-Libanês e sobre a criação do Núcleo Multidisciplinar de DII do hospital.

O entrevistado fez um relato sobre seu percurso acadêmico e profissional, mencionou que o Núcleo do hospital Sírio-Libanês havia sido criado a pouco tempo, que ainda estavam em processo de juntar médicos e enfermeiros e que ver o conceito de multidisciplinaridade funcionando no hospital ainda era um plano futuro.

Diante do exposto, o entrevistado achou que seria mais proveitoso tratarmos sobre sua experiência no Hospital das Clínicas da USP, pois vinha desenvolvendo um trabalho em cima das DII desde 1985. Portanto, as informações e dados a seguir serão relacionadas ao Hospital das Clínicas.

O entrevistado falou que quando se tornou médico do Hospital, o ambulatório de gastroenterologia contava com, aproximadamente, 150 pacientes de DII, atendidos pela equipe de cirurgia. Além disso, haviam outros pacientes espalhados por outros ambulatórios. A primeira coisa feita pelo Dr. Adérson foi iniciar, em um caderno, a organização de todos esses pacientes que estavam espalhados pelo hospital.

Depois de juntar todos os pacientes, começou a divulgar no hospital que estava sendo criado um grupo de DII. Hoje, o ambulatório de DII conta com mais de 3500 pacientes, sendo a maior parte da cidade de São Paulo, mas atendendo pessoas do todo o Brasil. O atendimento se dá em três dias da semana e são, aproximadamente, 50 pacientes por dia, chegando a um total de 150 por semana.

Sobre o atendimento multidisciplinar o médico aponta ainda a necessidade de melhorias, pois cada especialidade atende separado em seu ambulatório. Ele critica ainda que a enfermeira que acompanha o ambulatório de DII, acaba tendo que se dividir entre outros ambulatórios. E que seria muito importante que ela estivesse em 100% dos atendimentos, pois ele entende o papel da enfermagem como a primeira linha de atendimento e fundamental.

Ainda que não haja um atendimento multidisciplinar completo, as especialidades se juntam periodicamente para fazer reuniões multidisciplinares. Essas reuniões tem o intuito de unir o grupo, criar protocolos de atendimento e discutir casos. Aponta também que o ideal seria que as reuniões fossem quinzenais, mas elas têm ocorrido mensalmente.

Em relação aos horários de atendimento, houve uma tentativa de marcar horários fixos, mas devido as problemáticas com a mobilidade urbana de São Paulo, muitos pacientes acabavam se atrasando. Por isso, hoje os atendimentos são feitos por ordem de chegada. Os pacientes devem ir preparados para passar uma tarde inteira e, os que precisam, fazem as infusões nesse meio tempo. Em relação ao protocolo de atendimento, eles levam em conta que se o paciente está bem ele é atendido de quatro em quatro meses, se está mal de um em um ou dois em dois meses.

Por fim, em relação ao espaço físico, o ambulatório conta com um setor de infusão de medicamentos, uma recepção e espera divididas com a endocrinologia, e existe apenas banheiros na espera. Em relação aos exames, todos podem ser feitos no hospital mesmo, sendo os de imagem os mais demorados, podendo levar de três meses a um ano para serem feitos, já os endoscópicos podem levar até três meses.

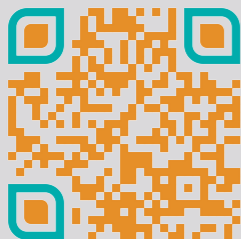
5.5.3. ENTREVISTA 03

O terceiro entrevistado foi o Professor Doutor Everson Fernando Malluta, com formação em medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina, doutorado também em medicina pela Universidade de São Paulo e especializações/residências médicas em Endoscopia digestiva e gastroenterologia. Também participa do Ambulatório Interdisciplinar de Doenças Inflamatórias Intestinais na Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, em Itajaí. Possui como linhas de atuação: gastroenterologia, endoscopia digestiva e colonoscopia.

O Doutor Fernando foi recomendado pelo Doutor Adérson como uma das melhores experiências de ambulatório multidisciplinar em Doenças Inflamatórias Intestinais. A entrevista se deu de forma remota, tanto por meio de ligação de voz, sem haver gravação da mesma, quanto por troca de áudios e mensagens. A duração da entrevista foi de, aproximadamente, 1 hora e 30 min.

Um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) foi assinado, e é possível visualizar uma cópia exemplo através do QR Code presente na figura 08. O roteiro da entrevista também pode ser encontrado através de outro QR Code, o presente na figura 09.

Figura 08: QR Code - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 09: QR Code - roteiro da entrevista 03



Fonte: Elaborado pelo autor

Esta entrevista seguiu o mesmo roteiro da entrevista anterior. A seguir são apontados os pontos principais pelo Dr. Everson.

O médico Dr. Everson entrou para a Univali como professor em 2006. Pouco tempo depois, no mesmo ano, entrou para a direção e administração do ambulatório de intestino, onde atua até os dias de hoje. Entre os anos de 2010 e 2011, e a partir de uma parceria entre os cursos de Medicina, Psicologia, Nutrição e Unidade de Saúde Familiar e Comunitária, o Ambulatório Interdisciplinar de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) foi criado.

Hoje o ambulatório conta com dois médicos especializados em gastroenterologia e um em proctologia, um nutricionista, um enfermeiro, dois nutricionistas, um psicologista. Todos se reúnem em uma sala, onde discutem os casos que são atendidos no ambulatório. A triagem inicial com os pacientes é realizada por uma equipe composta por um acadêmico de cada curso: psicologia, nutrição e medicina.

Os pacientes que atendem ali são referenciados e encaminhados de outras unidades, sejam das Unidades Básicas de Saúde ou de hospitais e clínicas, públicas ou privadas. Desde que o paciente já possua o diagnóstico e tenha um encaminhamento de outro profissional ele poderá ser atendido no ambulatório.

O atendimento é parcial, ou seja, a equipe multidisciplinar só presta atendimento ambulatorial com as consultas eletivas, ou infusional para os pacientes que necessitam fazer infusões de medicamentos intravenosos. Todas as outras necessidades ficam dependendo do SUS ou de particulares.

Quando o paciente possui alguma manifestação extra-intestinal, de dermatologia ou reumatologia, ele é encaminhado para as outras especialidades presentes no mesmo ambulatório, mas não há uma troca de informação com as especialidades. Quanto às outras manifestações, o paciente é encaminhado para o SUS ou consultas particulares.

O médico atentou para um problema recorrente: os exames de imagem e as cirurgias que os pacientes necessitam fazer são encaminhados pelo SUS e entram na mesma fila dos pacientes de outras doenças, aumentando o tempo de espera. O médico diz que uma colonoscopia pelo SUS pode demorar de 2 à 3 anos para sair. Esse cenário é problemático tratando-se de uma doença na qual a demora para um diagnóstico correto ou para a realização de uma cirurgia pode acabar agravando o caso do paciente ou até levá-lo a morte.

O médico falou também sobre a limitação que o ambulatório tem em relação a quantidade de pessoas que pode atender, pois a procura acaba sendo maior do que o que a capacidade de atendimento da equipe.

O ambulatório conta com aproximadamente 200 pacientes cadastrados. Os atendimentos são feitos todas as sextas-feiras e são atendidos em torno de 6 pacientes por dia, por vezes havendo encaixes e pacientes que precisam apenas renovar receitas.

O ambulatório conta com representação da Associação ABCD. Ali são promovidas reuniões bimestrais com os pacientes e a coordenação da reunião é revezada entre as disciplinas já mencionadas. A reunião é aberta e pacientes de outros lugares podem participar.

6. LOCALIZAÇÃO

Figura 10 - Mapa de localização do terreno em Biguaçu.



Figura 11 - Mapa de localização do terreno em Biguaçu com justificativas para a escolha do terreno



7. JUSTIFICATIVAS PARA A ESCOLHA DO TERRENO

A cidade escolhida para a implantação do hospital é Biguaçu, localizada na Macrorregião da Grande Florianópolis no estado de Santa Catarina. A proximidade com a capital do estado se torna necessária, pois os pacientes de DII podem fazer alguns tratamentos que são ofertados pelo estado somente em Florianópolis, como o transplante de medula óssea e tratamentos com medicina nuclear.

Um dos critérios para a escolha do local de implantação foi a facilidade ao transporte público, pois ao lado do terreno escolhido, localizado no bairro Jardim Janaína, está prevista a construção do Terminal Norte (de Biguaçu), que irá integrar os 9 municípios da região metropolitana da Grande Florianópolis em um sistema único de transporte coletivo. Este, contará com BRTs que se ligam ao Terminal Sul (em Palhoça) e ao Terminal do Centro (em Florianópolis). Ainda, se for instalado o transporte hidroviário, proposto pelo Observatório de Mobilidade Urbana da UFSC, o ponto de embarque ficará a 3,5 Km do terreno escolhido. (WERNER KRAUS JR, 2019)

Outra diretriz para a escolha do terreno se deu pelo tamanho do mesmo, que segundo classificação feita pelo Instituto de Planejamento do Distrito Federal deve ser de no mínimo 30.000m² para um equipamento regional (GOIANIA apud IPDF, 2006). O terreno também possui uma localização estratégica, pois se encontra às margens da Rodovia BR 101, possuindo fácil escoamento ao norte e ao sul do estado por esta rodovia e ao interior do estado pela Rodovia SC 282, garantindo ao hospital um status de equipamento regional.

Em relação às características físicas e morfológicas, o terreno é acidentado e possui amplos platôs que permitem entradas em diferentes níveis. Os vários acessos ao terreno por vias internas do bairro ou pela BR 101 contribuem também para a separação de fluxos, algo necessário em hospitais.

8. ANÁLISE DO LOCAL

8.1. SANTA CATARINA

De acordo com dados do IBGE do Censo de 2010, Santa Catarina contabilizava uma população de 6.248.436 milhões de habitantes. Estimativa do mesmo Instituto indicava, para 2019, uma população aproximada de 7,2 milhões. Além disso, se somado todos os municípios da microrregião de Florianópolis, tem-se estimado um número aproximado de 1 milhão de habitantes. Esse valor corresponde a 14% da população total de Santa Catarina em uma área equivalente a menos de 0,03% do território do estado. (IBGE, 2019, n.p.)

Nesse sentido, a densidade habitacional de Santa Catarina estimada para 2019 é de, aproximadamente, 74,84 hab/km². Para a microrregião de Florianópolis a tendência é de chegar em 342,36 hab/km². Essa alta densidade na microrregião de Florianópolis se deve em parte por Florianópolis se tratar da capital e também uma das cidades mais antigas do estado. (IBGE, 2019, n.p.)

8.2. BIGUAÇU

O município de Biguaçu é integrante da microrregião de Florianópolis. A distância, através de rodovias, até a capital do estado é de 22 km e em linha reta de 16 km. (MAPAS, 2020, n.p.) O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística fez uma estimativa para o ano de 2019 na qual a cidade teria atingido uma população de 68.481 habitantes, em uma área de 367,87km², chegando a uma densidade de 186,16 hab/km². (IBGE, 2019, n.p.)

Se comparado os dados de 2010 e 2019, Biguaçu é o quinto dos nove municípios da microrregião de Florianópolis que mais cresceu, superando inclusive São José, que possui atualmente a maior densidade habitacional da microrregião com 1.638,99 hab/km² (IBGE, 2019, n.p.). Biguaçu, além de possuir muitos lotes vazios na malha urbana, apresenta muitas áreas a serem loteadas, o que demonstram um grande potencial de crescimento.

Segundo notícia publicada no portal de notícias G1 de Santa Catarina, o prefeito Ramon Wollinger tomou como prioridade em sua administração a pasta da saúde e, em consequência disso, em 2017 o município realizou mutirões para normalizar as filas para consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos. O portal também relata que, desde a inauguração da Unidade de Pronto Atendimento do município, aproximadamente 40% dos atendimentos são de pacientes provenientes de cidades vizinhas e que não possuem Pronto Atendimento próprio. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BIGUAÇU, 2018)

Esses fatos demonstram a importância com a qual a saúde vem sendo tratada em Biguaçu, além da grande capacidade que a cidade tem de absorver demandas dos municípios vizinhos, o que acaba contribuindo para que os atendimentos de média e alta complexidade na microrregião de Florianópolis não se concentrem somente na capital, mas se distribuam pela microrregião.

Tabela 01 - Área territorial e população estimada para 2019

MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE FLORIANÓPOLIS	ÁREA DA UNIDADE TERRITORIAL km ²	POPULAÇÃO ESTIMADA 2019 pessoas	DENSIDADE ESTIMADA 2019 hab/km ²
Florianópolis	674,84	500 973	742,35
São José	150,45	246 586	1 638,99
Palhoça	394,91	171 797	435,03
Biguaçu	367,87	68 481	186,16
Santo Amaro da Imperatriz	344,24	23 245	67,53
Governador Celso Ramos	127,36	14 471	113,63
Antônio Carlos	529,92	8 513	16,06
Águas Mornas	326,66	6 469	19,80
São Pedro de Alcântara	140,07	5 823	41,57
Total	3.056,31	1 046 358	342,36

Fonte: (IBGE, 2019, n.p.)

8.3. PROBLEMAS DA CIDADE DE BIGUAÇU

A RUA QUE CONTORNA O MORRO É UMA RUA SINUOSA, CARENTE DE UM PERCURSO CLARO E, ALÉM DE POSSUIR MUITOS TRECHOS INTERROMPIDOS POR MUDANÇAS DE RUAS, TAMBÉM TÊM VÁRIOS DOS SEUS TRECHOS SEM OCUPAÇÃO, O QUE ACABA TORNANDO ELA UMA RUA NÃO ATRATIVA

BARREIRA FÍSICA PROMOVIDA PELO MORRO ENTRE OS BAIRROS, ATUALMENTE NÃO EXISTE UMA VIA QUE ATRAVESSE ELE COMPLETAMENTE, EXISTEM APENAS TRECHOS INTERROMPIDOS POR CASAS

BARREIRA FÍSICA PROMOVIDA PELA BR 101 ENTRE OS DOIS LADOS DA MESMA

NO ENCONTRO DA VIA QUE CONTORNA O MORRO COM A BR 101 NÃO EXISTE UM MEIO DE ATRAVESSAR PARA O OUTRO LADO DA RODOVIA SEM SER NECESSÁRIO FAZER O RETORNO MUITO A FRENTE DE ONDE É O ENCONTRO DAS DUAS

RIO BIGUAÇU TAMBÉM FUNCIONA COMO BARREIRA, JÁ QUE A ÚNICA MANEIRA DE ATRAVESSÁ-LO HOJE NO MEIO URBANO É ATRAVÉS DA BR 101

TERRENO

BIGUAÇU

LIMITE MUNICIPAL

SÃO JOSÉ

AVENIDA DAS TORRES

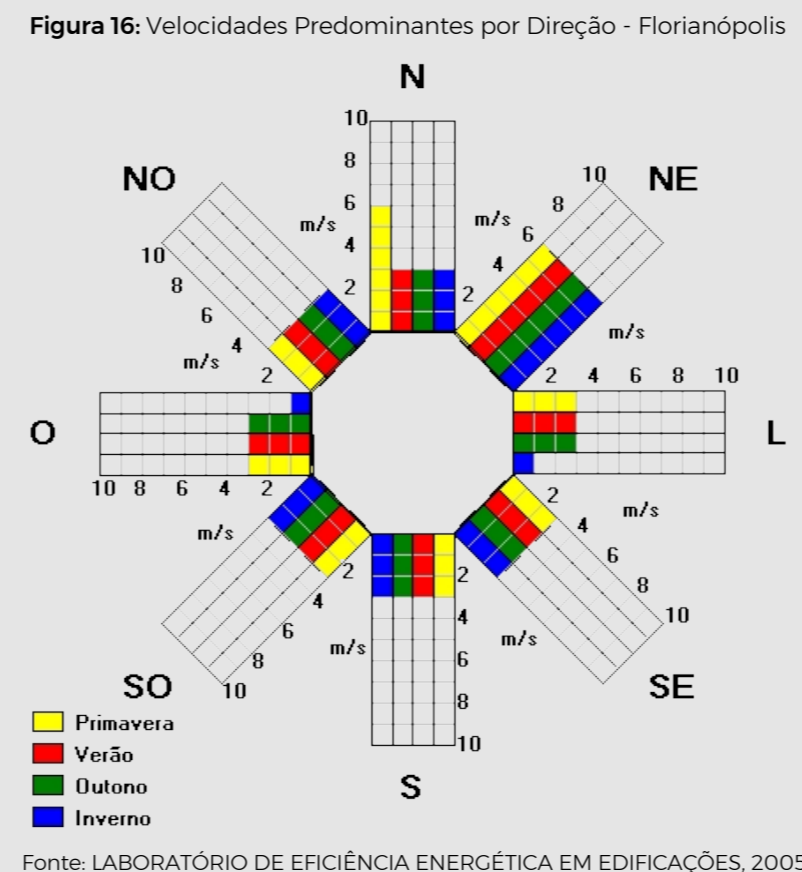
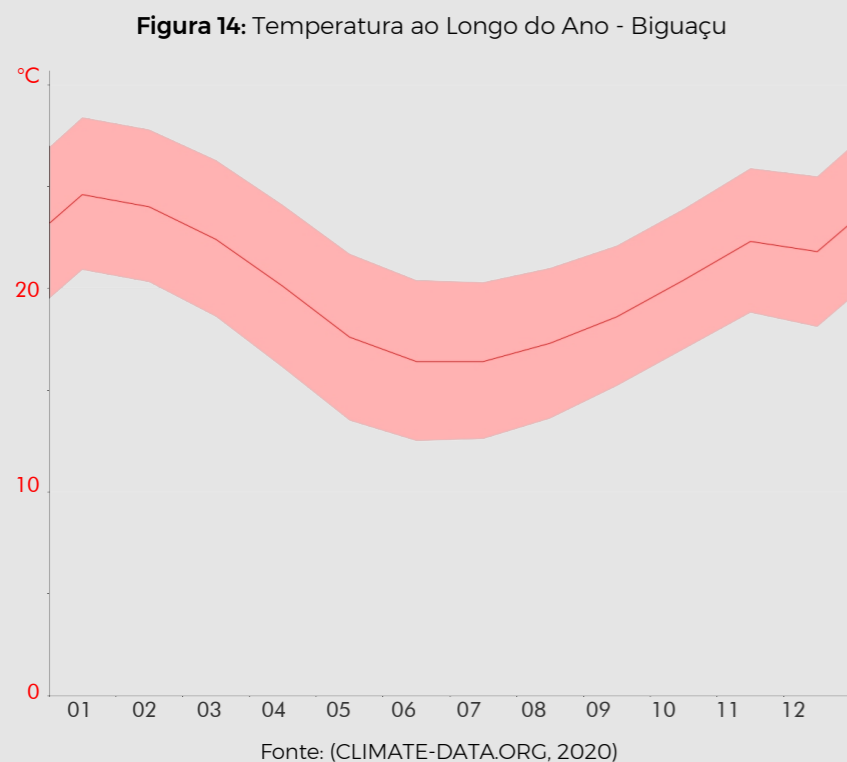
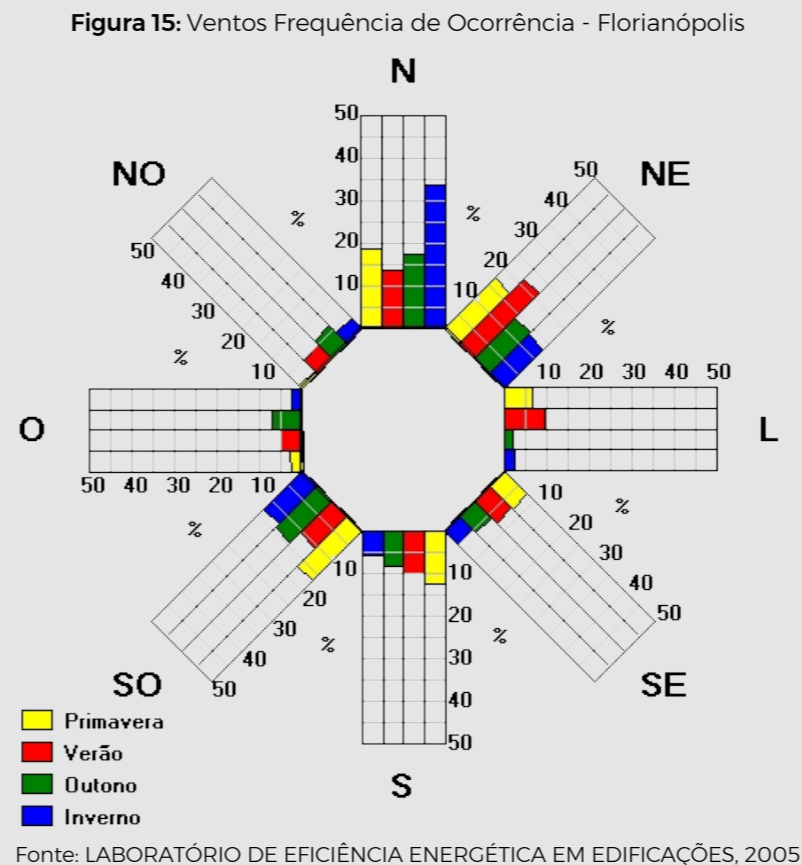
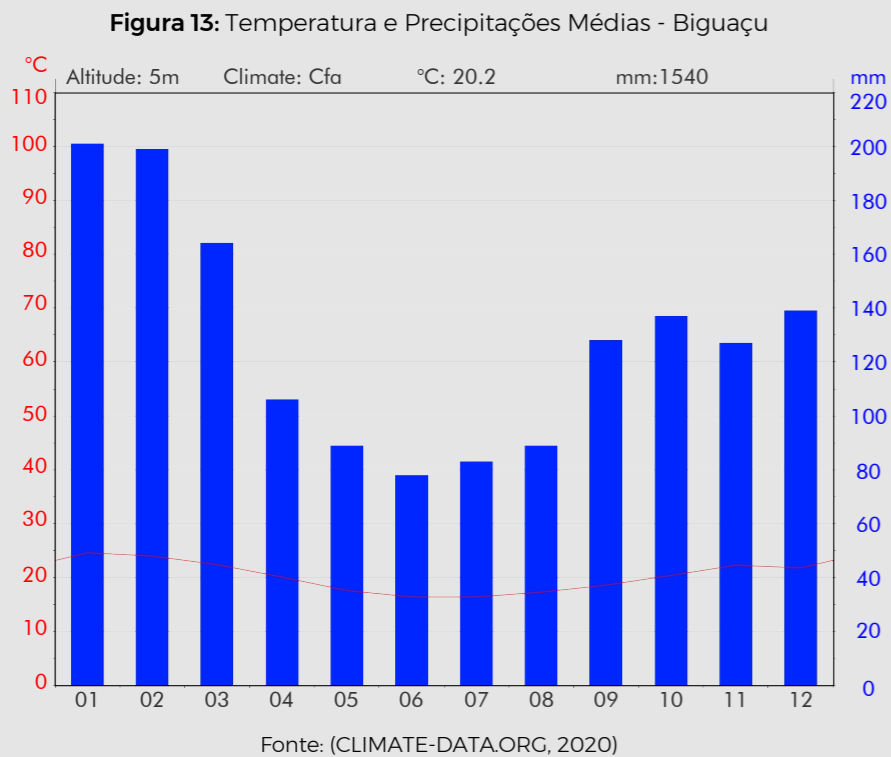
LIMITE MUNICIPAL

DESCONTINUAÇÃO DA AVENIDA DAS TORRES

O PLANO DIRETOR PREVÊ A CONTINUAÇÃO DA AVENIDA DAS TORRES SEGUINDO AS LINHAS DE TRANSMISSÃO, MAS SERÁ NECESSÁRIO UM ESTUDO PARA LIGAR AS RUAS DE BAIRRO ATÉ A AVENIDA DAS TORRES

ALÉM DE TODAS AS BARREIRAS JÁ APONTADAS, MUITAS RUAS DO MUNICÍPIO SÃO RUAS SEM SAÍDA, INCLUSIVE AS RUAS PRINCIPAIS DE BAIRRO QUE MUITAS VEZES NÃO CHEGAM DIRETAMENTE NAS RUAS INTERNAS DA CIDADE. ISSO FAZ COM QUE A POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO ACABE OPTANDO, NA MAIORIA DAS VEZES, POR USAR A BR 101 PARA SE LOCOMOVER DO QUE AS RUAS INTERNAS DO MUNICÍPIO.

O CENTRO DA CIDADE QUE SE ENCONTRA NO LADO LESTE DO MUNICÍPIO ESTÁ COMPLETAMENTE SEGREGADO DO ATUAL CRESCIMENTO DO MUNICÍPIO. QUANDO ISSO É ANALISADO EM CONJUNTO COM A OFERTA DE TRANSPORTE PÚBLICO, OS PROBLEMAS SE AGRAVAM AINDA MAIS, AS LINHAS MUNICIPAIS SÃO ESCASSAS E COM POUCOS HORÁRIOS. OS TRAJETOS SINUOSOS E SEM ATRATIVOS DESESTIMULAM O PERCURSO DENTRO DA CIDADE E, POR FIM, SE TORNA MAIS FÁCIL E RÁPIDO CHEGAR ATÉ O CENTRO DE FLORIANÓPOLIS DO QUE NO CENTRO DE BIGUAÇU, DANDO A CIDADE UMA IMAGEM DE CIDADE DORMITÓRIO.



8.4. ASPECTOS CLIMÁTICOS

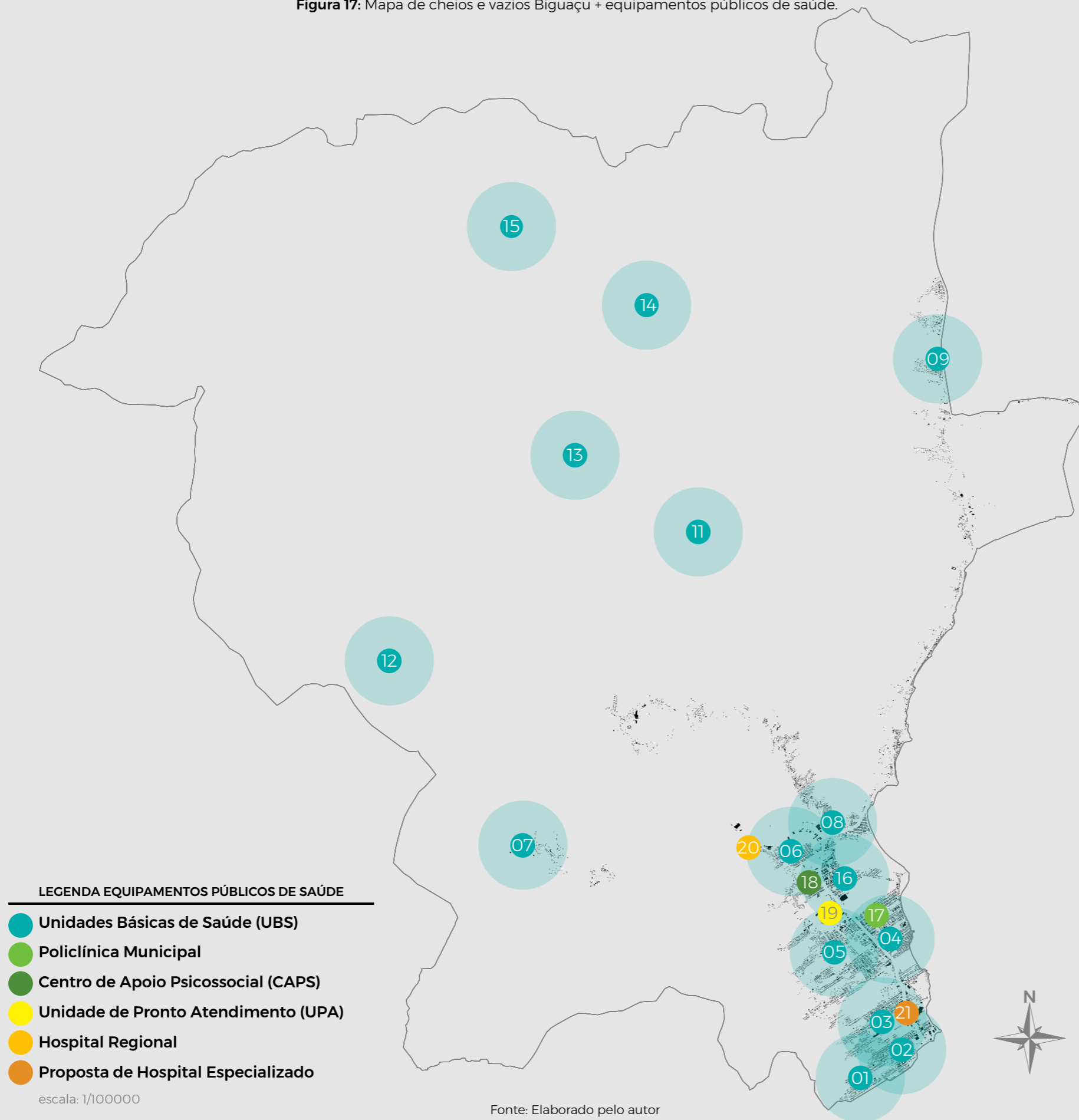
De acordo com a classificação climática de Köppen e Geiger, o clima em Biguaçu é classificado como Cfa - clima temperado chuvoso e quente, sendo úmido em todas as estações e com verões quentes.

Conforme dados retirados do CLIMATE-DATA.ORG e apresentados na Figura 13 e Figura 14, o mês mais seco é junho com uma pluviosidade média de 74 mm e a menor temperatura média mensal de 16.4 °C. Já o mês com a maior precipitação e maior temperatura é janeiro, com 201 mm de pluviosidade e temperatura média de 24.6 °C.

A duração do dia de Biguaçu em 2020 tem seu ápice no dia 21 de dezembro, com 13 horas e 53 minutos de luz solar e o dia com menor duração se dá no dia 20 de junho, com 10 horas e 24 minutos de luz solar. Em relação a nebulosidade em Biguaçu, durante os meses do outono e inverno, o céu permanece sem nuvens ou quase sem nuvens por 62% do tempo e durante a primavera e verão o céu fica praticamente sem nuvens em 45% do tempo. Esses dados indicam que o uso de painéis fotovoltaicos pode ser vantajoso para a obtenção de energia solar, pois há insolação durante todo o ano e mesmo com os céus encobertos as placas solares continuam produzindo energia elétrica.

Com os dados retirados da Figura 15 e da Figura 16, da cidade de Florianópolis, pode-se fazer uma correlação com Biguaçu devido a sua proximidade. Sendo assim, o vento predominante na cidade é o Norte (N), porém conta com uma velocidade média baixa se comparada ao segundo vento mais predominante, o Nordeste (NE). Já o vento sul (S), mesmo não apresentando velocidades e frequências altas, gera mais incômodo devido a massa de ar polar atlântica, que deixa os ventos com temperaturas mais amenas.

Figura 17: Mapa de cheios e vazios Biguaçu + equipamentos públicos de saúde.



8.5. CHEIOS E VAZIOS

Analisando os cheios e vazios do município de Biguaçu (MAPA 01) percebe-se que a porção sudeste é a que possui o maior adensamento urbano. Um dos possíveis motivos foi a instalação dos primeiros colonizadores açorianos de Santa Catarina nessa área. Outro aspecto importante foi a instalação da BR101 que, cortando todo o litoral do município, acabou reafirmando esse crescimento, principalmente na direção sul, mostrando uma certa relação de dependência com Florianópolis, capital do estado.

8.6. EQUIPAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE

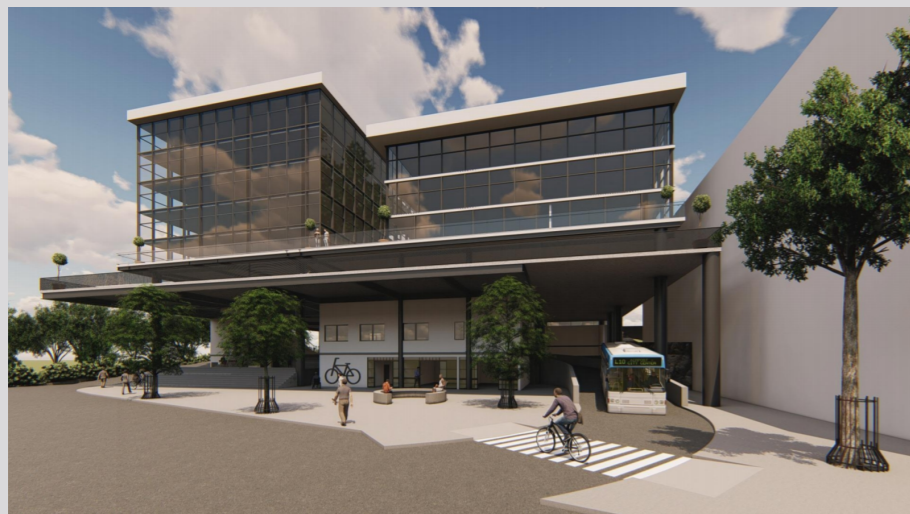
- 01 UBS Bom Viver
- 02 UBS Marco Antônio
- 03 UBS Jardim Janaína
- 04 UBS Saveiro
- 05 UBS Fundos
- 06 UBS Vendaval
- 07 UBS Santa Catarina
- 08 UBS Prado
- 09 UBS Tijuquinhas
- 10 UBS Cachoeiras
- 11 UBS Estiva
- 12 UBS Três Riachos
- 13 UBS Fazenda de Dentro
- 14 UBS Sorocaba de Fora
- 15 UBS Sorocaba de Dentro
- 16 UBS Centro
- 17 Policlínica Municipal de Biguaçu Luis Carlos Martins
- 18 Centro de Apoio Psicossocial CAPS Biguaçu
- 19 Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h
- 20 Hospital Regional De Biguaçu Helmulth Nass
- 21 Proposta de Hospital Especializado em Doenças Inflamatórias Intestinais

9. ANÁLISE DO ENTORNO

9.1. TERMINAL

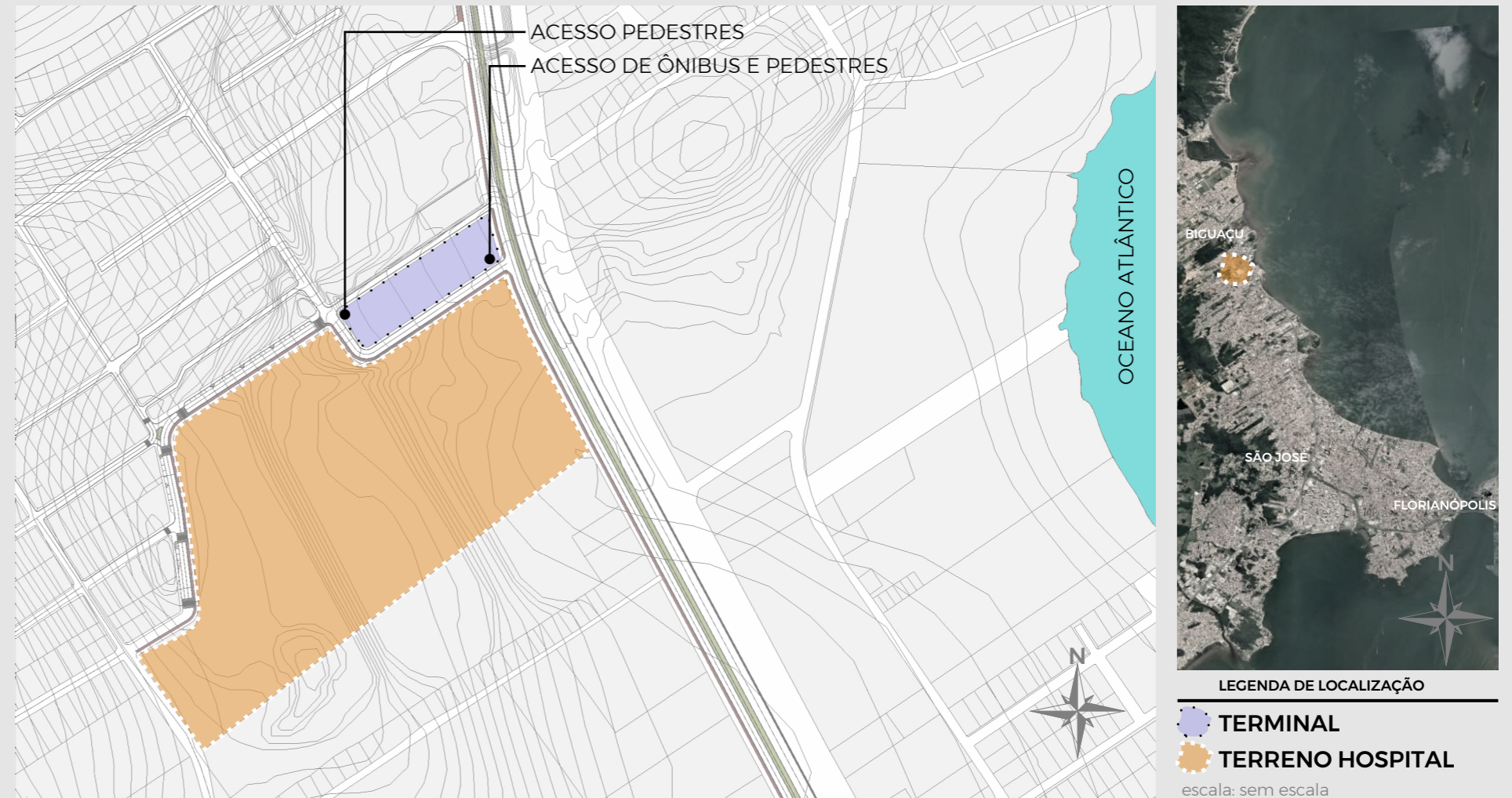
O Terminal Integrado de Biguaçu faz parte de um sistema, proposto pelo Observatório de Mobilidade Urbana da UFSC, que pretende integrar os nove municípios da região metropolitana de Florianópolis. Devido a pandemia causada pelo coronavírus o lançamento do edital para a construção, que estava previsto para 2020, foi adiado e no momento não há previsão de lançamento. O terminal conta com bicicletário e ducha para os usuários do transporte. A proposta inicial contava também com um prédio de apoio com escritórios e comércios além de uma passarela que ligaria ao sistema de BRT e ao outro lado da rodovia BR101, ambos foram retirados e não constam mais nas últimas propostas de construção.

Figura 18: Perspectiva terminal norte de Biguaçu.



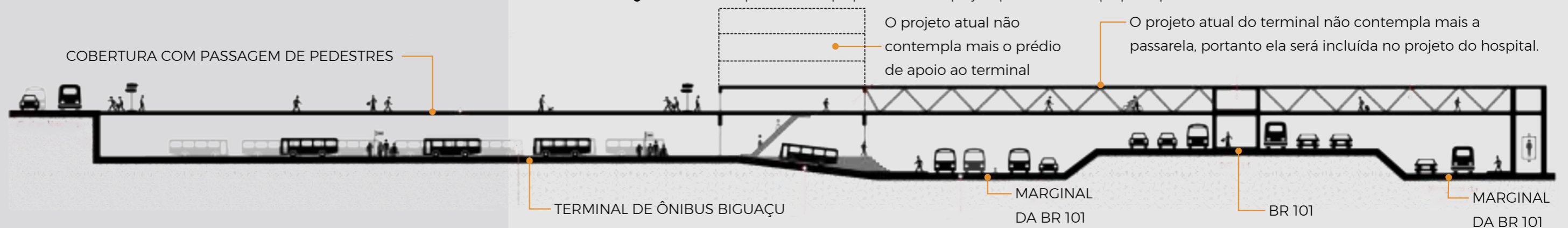
Fonte: <https://observatoriodamobilidadeurbana.ufsc.br/publicacoes/>

Figura 19: Mapa esquemático de localização do terminal em relação ao terreno proposto.



Fonte: Imagem base retirada do Google Earth e anotações feitas pelo próprio autor.

Figura 20: Corte esquemático da proposta inicial de projeto para o terminal proposto pelo Observatório de Mobilidade Urbana da UFSC



Fonte: <https://observatoriodamobilidadeurbana.ufsc.br/publicacoes/>

9.2. PERSPECTIVAS E DIRETRIZES DO PLANO DIRETOR

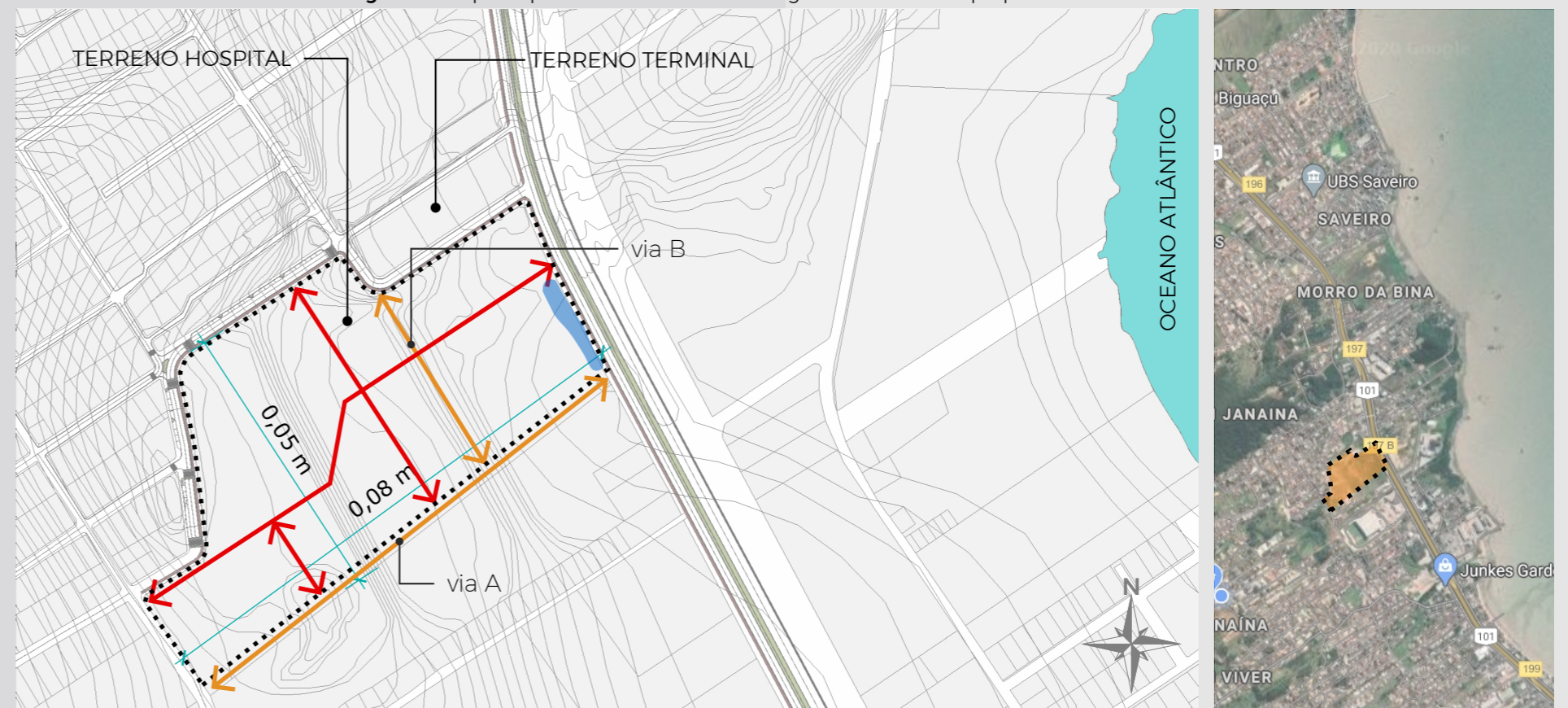
Uma das diretrizes do plano diretor como política de desenvolvimento socioeconômico é melhorar e desenvolver a saúde preventiva no município. Diretriz essa que se encontra em consonância com as desenvolvidas neste projeto, no qual pretende-se, com as terapias alternativas e complementares, promover a saúde preventiva dos pacientes atendidos no hospital, assim como das comunidades do entorno. Busca-se, também, contribuir para uma educação continuada de atenção aos cuidados de saúde.

Do mesmo modo, pretende-se criar uma área pública propulsora de saúde na área externa do hospital, da qual, a população do bairro poderá se apropriar, trazendo vida urbana para o hospital e seu entorno. Em outras palavras, o complexo hospitalar estará dotado de praças, bosques e equipamentos públicos. Estas áreas podem contribuir para que haja uma melhor relação dos pacientes internados com a comunidade local, além de se estabelecerem como conexões em pontos estratégicos do bairro.

Em relação as diretrizes de transporte e mobilidade urbana o plano diretor define como objetivos, entre outros, a criação de ciclovias, ampliação do número de passagens de pedestres na BR 101 e adequação do sistema viário à lei de acessibilidade. Cabe ressaltar que em algumas zonas do plano de uso e ocupação do solo é definida como sendo responsabilidade da prefeitura a implantação e padronização dos passeios públicos conforme as normas de acessibilidade.

O plano diretor prevê também a necessidade de um estudo de impacto de vizinhança para a implantação de um hospital. No entanto, ainda que algumas soluções para diminuir os impactos tenham sido adotadas no projeto, esse não é um objetivo central do trabalho.

Figura 21: Mapa esquemático com dimensões gerais do terreno e proposta de abertura de ruas.



Fonte: Imagem base retirada do Google Earth e anotações feitas pelo próprio autor.

LEGENDA ABERTURA DE VIAS

- Proposta de Via de Pedestres
 - Proposta de Via de Veículos
 - Terreno
- escala: sem escala

Figura 22: Passeios públicos em Biguaçu.



Fonte: Google Earth

O art. 121 do plano diretor define que "na área urbana, as quadras normais não poderão ter comprimento superior a 250,00 m (duzentos e cinquenta metros)". Entretanto, no mesmo artigo, fica definido que "para as quadras que excederem comprimento de 250,00 m (duzentos e cinquenta metros), deverão ser exigidas vias de pedestre".

Com base no exposto, propõe-se a criação de duas vias de veículos, representadas na figura 21 como via A e via B, de forma a diminuir a sobrecarga das vias do entorno do terreno e melhorar as conexões do bairro. Além disso, o fato de a largura do terreno ser menor do que 250,00m possibilita a adoção de uma via de pedestre, mesmo não exigida pelo plano diretor, que poderá contribuir para tornar mais agradável os percursos caminháveis da comunidade local.

10. ANÁLISE DO TERRENO

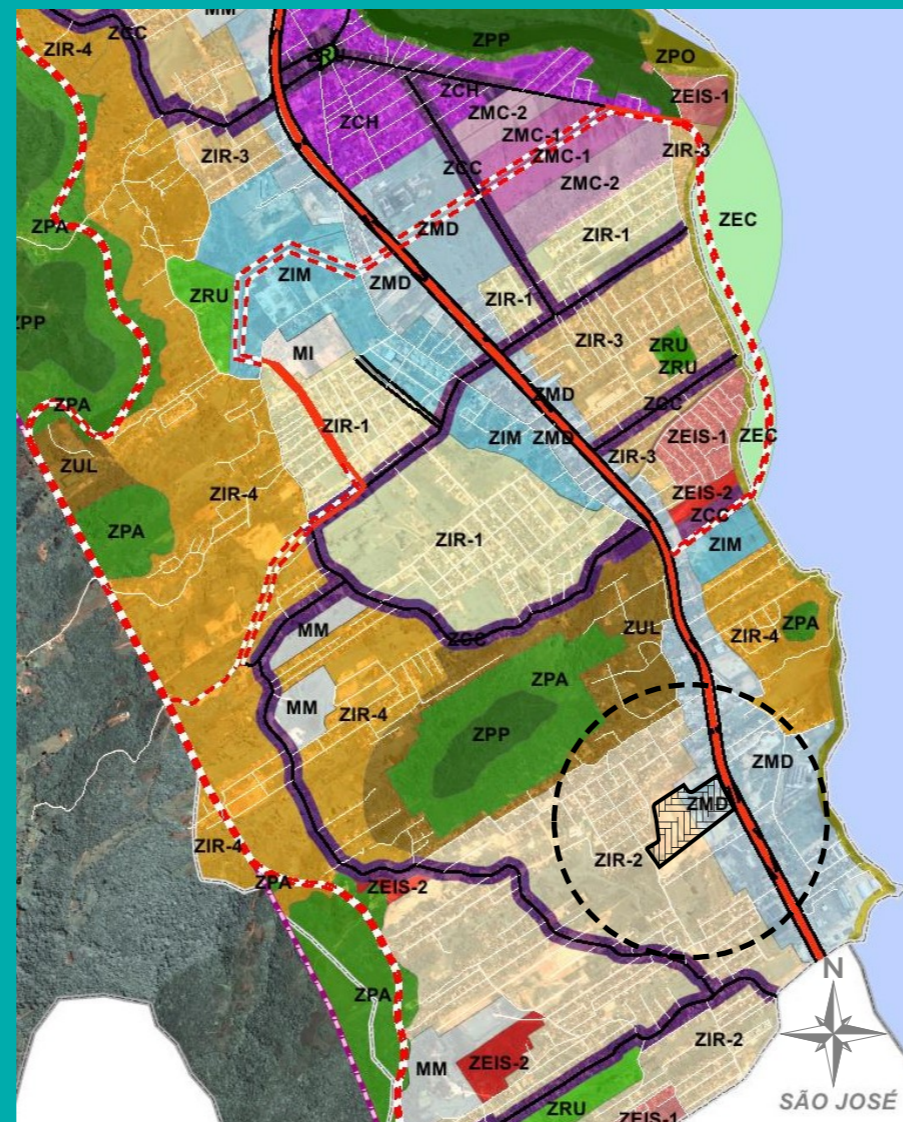
10.1. CARACTERÍSTICAS

O terreno dispõe de uma área de 74.291,22m² disposta em três grandes platôs. Seu ponto mais baixo se encontra na cota de nível de 6,00m, que é coincidentemente o nível mais baixo do lado leste da BR 101 (em relação ao entorno imediato). Por esse motivo, é comum em dias de chuva o acúmulo de água nesse ponto. É importante ressaltar que recentemente o terreno foi aterrado e as águas que antes se acumulavam no terreno criam um efeito de cascata d'água na pista da rodovia BR101.

Já o platô intermediário, que se encontra no nível 19,00m, possui relação direta com a Rua das Missões, que desemboca na Rua Dr. Tancredo Neves, via principal do bairro. Além disso, possui boa relação com a saída de pedestres do terminal de ônibus. O ponto mais alto se encontra no nível 31,00m, esse ponto é um pequeno monte de terra de aproximadamente 3,00m de altura. O platô no terceiro nível está a 28,00m e, por isso, possui forte relação com o bairro e entorno do terreno.

O terreno se encontra a aproximadamente 500 m do mar em sua face nordeste, possuindo vista para o mar em praticamente todos os seus pontos. Além disso, em sua face noroeste, o terreno possui vista para um morro com área de preservação permanente.

Figura 23: Mapa de Zoneamento Urbano do Município de Biguaçu.



Fonte: <https://leismunicipais.com.br/prefeitura/sc/biguaçu>

10.2. LEGISLAÇÃO

A área do terreno possui demarcação de duas zonas de uso e ocupação do solo, são elas:

ZMD - Zona Mista Diversificada - Área destinada ao incentivo de instalação de comércios e serviços que precisam de fácil acesso, sendo geradores de emprego e renda.

Número de Pavimentos Básico: 06

Número de Pavimentos Máximo: 06+02*

Taxa de Ocupação: 65%

Índice de Aproveitamento Básico (IAb): 3,9

Índice de Aproveitamento Máximo (IAm): 5,2*

Taxa de Permeabilidade: 15%

Recuo Lateral: 3,00m

Recuo Fundos: 3,00m

Recuo Frontal: 45m do eixo da BR101

*Através da Outorga Onerosa do Direito de Construir

ZIR2 - Zona de Interesse Residencial 2 - Área destinada ao incentivo de instalação de residências com uso permissível para equipamentos de saúde / assistenciais a saúde.

Número de Pavimentos Básico: 06

Número de Pavimentos Máximo: 06+02*

Taxa de Ocupação: 55%

Índice de Aproveitamento Básico (IAb): 3,0

Índice de Aproveitamento Máximo (IAm): 4,0*

Taxa de Permeabilidade: 20%

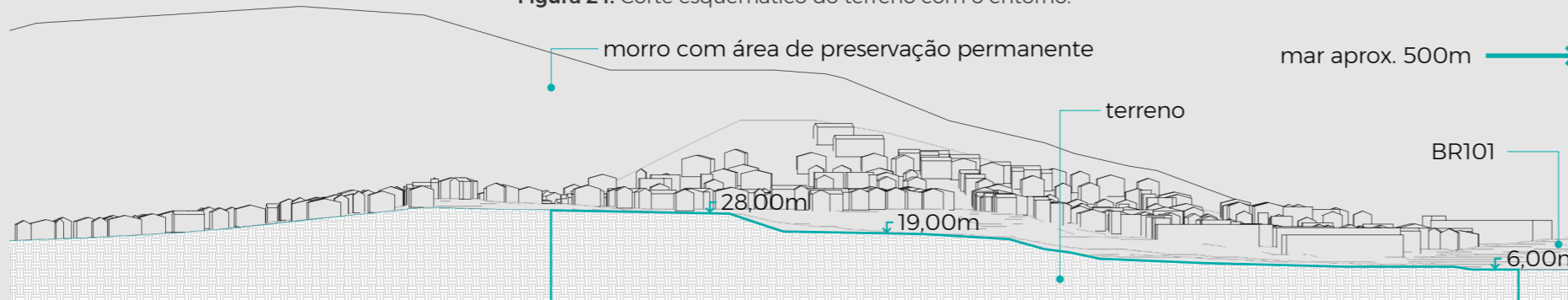
Recuo Lateral: 1/8 da h do prédio (mínimo 1,50m)

Recuo Fundos: 1/8 da h do prédio (mínimo 1,50m)

Recuo Frontal: 6,00m

*Através da Outorga Onerosa do Direito de Construir

Figura 24: Corte esquemático do terreno com o entorno.



Fonte: Elaborado pelo autor

10.3. MICROCLIMA

No entorno imediato do terreno a maior parte dos lotes se encontram vazios ou com casas predominantemente térreas, nos lotes mais afastados. Neste cenário o terreno acaba não sofrendo grandes influências das edificações do entorno no seu microclima. Entretanto, o plano diretor define, por meio da lei de usos e ocupação do solo, a possível construção de edificações de 6 pavimentos, podendo chegar a 8 com o uso da outorga onerosa do direito de construir.

Em relação aos ventos, essas construções poderiam atuar como barreiras, o que possivelmente ocasionaria o efeito de ilha de calor urbano. No entanto, devido a sua extensão, a existência de amplas áreas verdes e por possuir uma de suas faces voltadas a rodovia BR101, a qual forma um corredor natural de ventos, o efeito acabaria sendo amenizado.

O fato de haver predominância do vento Nordeste, e esta mesma face não possuir barreiras naturais, resulta na incidência de ventos durante todo o ano no terreno, contribuindo para o equilíbrio térmico. Já a Norte e Noroeste a presença do morro e as edificações ao longo do bairro atuam como barreiras.

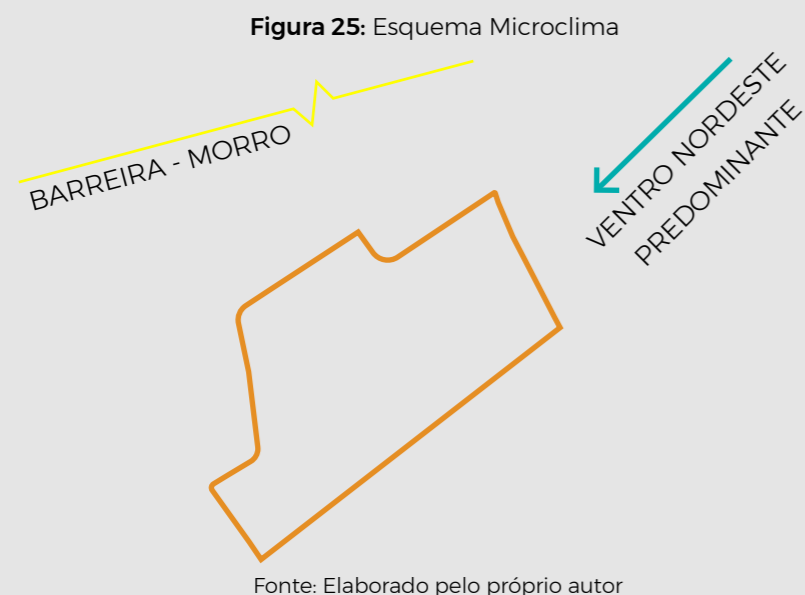
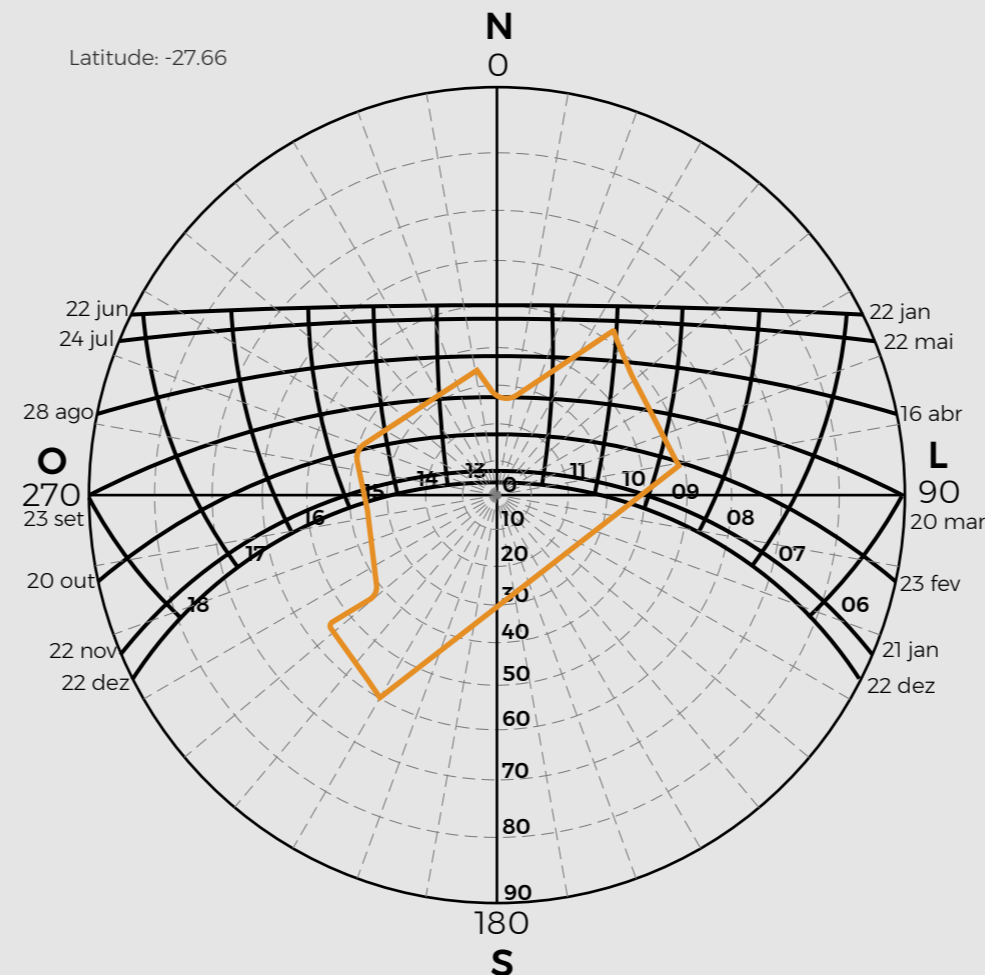
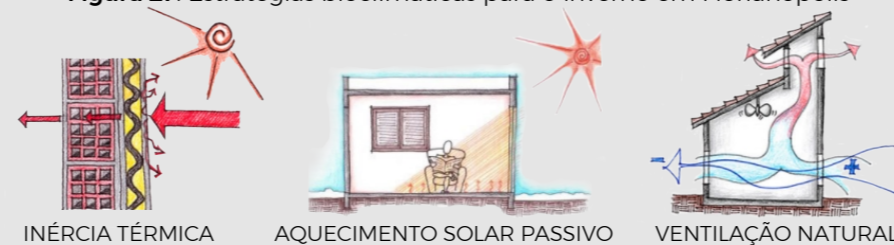


Figura 26: Carta Solar - Florianópolis



Fonte: LABORATÓRIO DE EFICIÊNCIA ENERGÉTICA EM EDIFICAÇÕES, 2005

Figura 27: Estratégias bioclimáticas para o inverno em Florianópolis



Fonte: (LABEEE - LABORATÓRIO DE EFICIÊNCIA ENERGÉTICA EM EDIFICAÇÕES, 2020)

Figura 28: Estratégias bioclimáticas para o verão em Florianópolis



Fonte: (LABEEE - LABORATÓRIO DE EFICIÊNCIA ENERGÉTICA EM EDIFICAÇÕES, 2020)

10.4. ESTRATÉGIAS BIOCLIMÁTICAS

Segundo diretrizes do Laboratório de Eficiência Energética em Edificações as estratégias bioclimáticas¹ concomitantes para as estações do inverno e do verão para a cidade de Biguaçu são: Inércia térmica, que colabora com a diminuição das amplitudes térmicas, intensificada pelo uso do concreto e da alvenaria cerâmica que possuem alta capacidade térmica; e a ventilação natural, que pode ter três diferentes funções: a renovação do ar, o resfriamento psicofisiológico e resfriamento convectivo.

Além das citadas acima, cada estação possui uma estratégia bioclimática própria e que podem seguir caminhos opostos caso não seja tomado o devido cuidado com as soluções construtivas adotadas. No verão, é necessário o sombreamento, principalmente nas aberturas, onde geralmente se utiliza o vidro, que possui baixa capacidade térmica. Já no inverno é necessário o aquecimento solar passivo, ou seja, que o sol penetre no ambiente através das aberturas e o aqueça.

Para estratégia de sombreamento podemos usar algumas soluções construtivas, com uso de quebra-sóis (brises) horizontais e verticais, prolongamentos de marquises e coberturas; por meio de elementos de vegetação; ou pela área edificada do entorno, que pode contribuir para o sombreamento. Já para a estratégia de aquecimento solar passivo tem-se, a indireta, que consiste no uso de elementos com alta inércia térmica; ou a radiação solar direta, obtida através das aberturas ou superfícies envidraçadas. Para esta última, os quebra-sóis utilizados na estratégia de sombreamento devem ter dimensões suficientes para barrar o sol do verão e permitir a passagem do sol no inverno.

¹ Devido à falta de dados bioclimáticos para Biguaçu as informações utilizadas são referentes à cidade de Florianópolis, o que se torna viável por ambos estarem localizados na mesma zona bioclimática.

11. VISITA TÉCNICA

11.1. HOSPITAL UNIMED LITORAL EM BALNEÁRIO CAMBORIÚ - SC

A visita técnica foi realizada no dia 11 de outubro de 2019 no Hospital da Unimed Litoral, em Balneário Camboriú - Santa Catarina. A visita foi guiada pela equipe técnica do Hospital e pela então presidenta da Associação Brasileira de Desenvolvimento do Edifício Hospitalar de Santa Catarina (ABDEHSC), a Arquiteta Patrícia Paiva D'Alessandro, que é também uma das responsáveis pelo projeto do hospital desenvolvido no escritório de arquitetura IDEIN - Ideia + Desenvolvimento.

Tanto a equipe técnica do hospital quanto o escritório de arquitetura que desenvolveu o projeto se preocuparam em criar espaços humanizados com foco no paciente, sem deixar os funcionários e cooperados em segundo plano. Algumas das estratégias usadas na humanização do hospital foram: o uso de iluminação artificial e natural; uso de cores e formas diferentes do habitual nos mobiliários e painéis; e uso de adesivos com motivos diversos.

Figura 29: Recepção e espera do hospital Unimed Litoral



Fonte: http://www.idein.com.br/#!portfolio_saude/unimed_litoral_hospital

A equipe do hospital apontou que essas estratégias, combinadas com o bom atendimento aos pacientes, contribuem para o desenvolvimento de atividades mentais e hormonais e que, por sua vez, resultam em melhoras mais rápidas e eficazes ao paciente. Como consequência das estratégias adotadas, os custos para o hospital são reduzidos, pois os pacientes recebem alta mais cedo, além de aumentar o nível de satisfação com o atendimento prestado pela instituição.

Na ala pediátrica pôde-se ver, na recepção e circulações, vários elementos compositivos com representações infantis. No piso foi proposto uma paginação colorida, com placas de piso vinílico. Nas paredes e nos mobiliários foram utilizadas cores e envelopamento adesivo, com representações infantis e elementos lúdicos em 3D.

Outro ponto importante foi a utilização de películas com imagens que transmitem calma e serenidade. As imagens iam desde paisagens naturais à pessoas em estado de meditação. Foi interessante perceber que isso não se dava somente nos ambientes onde os pacientes transitavam, mas também em ambientes de acesso exclusivo a médicos, enfermeiros ou outros funcionários. Como exemplo tem-se o centro cirúrgico, com uma sequência de faixas verticais com a representação de florestas, que quebrava a linearidade e rigidez das paredes dos corredores.

O hospital possui também um grupo de coral composto por médicos, enfermeiros, funcionários e pacientes. Esse grupo faz apresentações pelo hospital em algumas datas comemorativas. Enquanto se deslocam por todo o hospital, cantam músicas que levam esperança e tranquilidade aos pacientes e acompanhantes.

Figura 30: Maternidade do hospital Unimed Litoral



Fonte: http://www.idein.com.br/#!portfolio_saude/unimed_litoral_hospital

Figura 31: Ala Pediátrica do hospital Unimed Litoral



Fonte: http://www.idein.com.br/#!portfolio_saude/unimed_litoral_hospital

Figura 32: Circulação Centro Cirúrgico



Fonte: http://www.idein.com.br/#!portfolio_saude/unimed_litoral_hospital

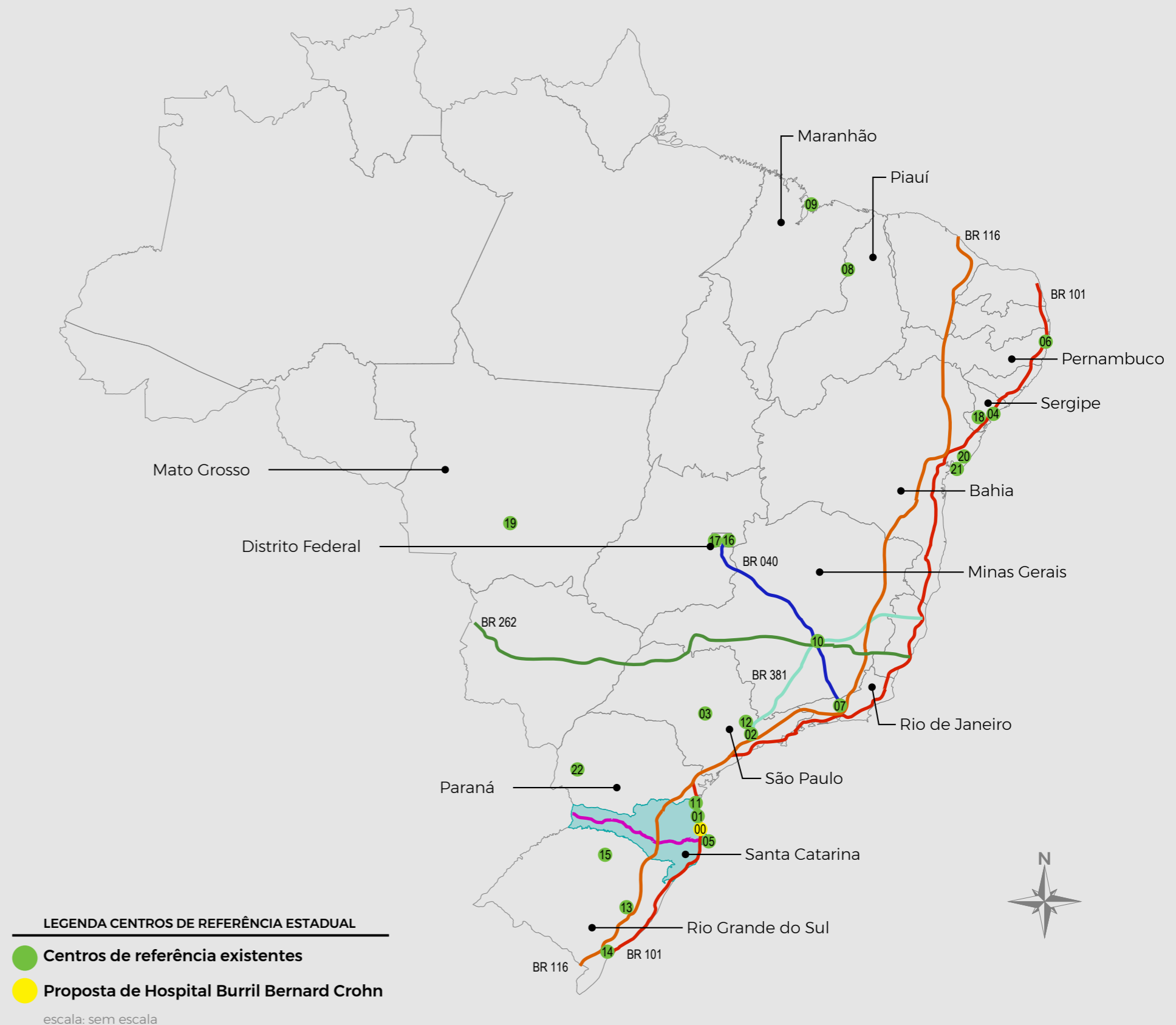
12. DIRETRIZES REGIONAIS

12.1. DIRETRIZES NACIONAIS

É função como **centro de referência nacional** em ensino, pesquisa e tratamento de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII):

- Formar médicos especialistas em DII por meio da residência médica nas diversas especialidades;
- Criar e aperfeiçoar os protocolos clínicos para as DII;
- Regulamentar e ampliar o rol de medicamentos de alto custo disponíveis hoje no SUS, visando diminuir a judicialização;
- Coordenar os centros de referências de DII existentes e facilitar a criação de novos centros em todo o Brasil;
- Criar ficha cadastral para o controle epidemiológico das DII, facilitando a criação de políticas públicas de saúde para quem tem essas doenças;
- Produzir pesquisas qualitativas dos atendimentos, tratamentos e estruturas físicas dos centros de referência em DII para que seja possível um constante aperfeiçoamento dos mesmos.

Figura 33: Mapa do Brasil com suas principais rodovias e centros de referências em Doenças Inflamatórias Intestinais

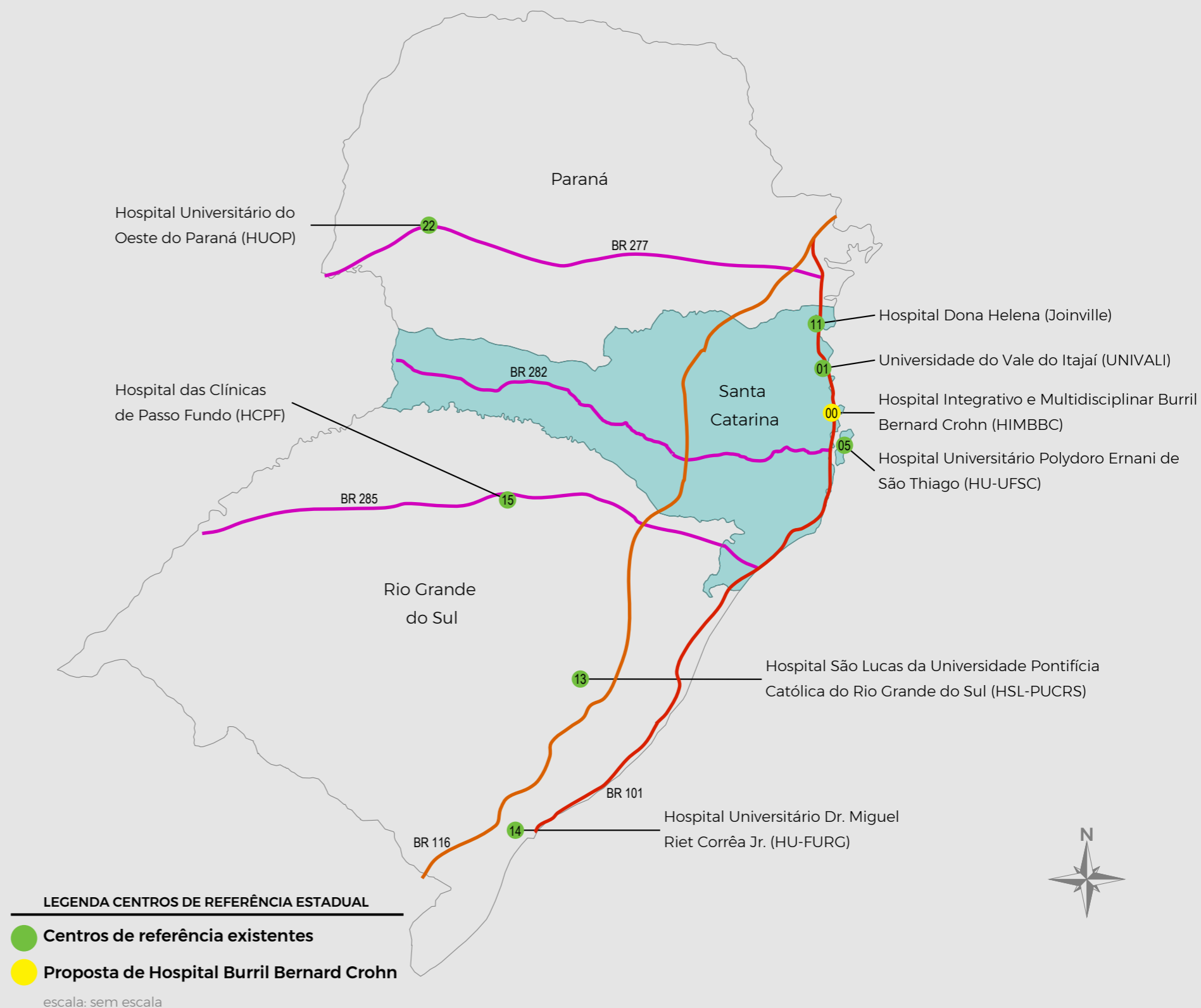


12.2. DIRETRIZES REGIÃO SUL

É função como **centro de referência da região sul** em ensino, pesquisa e tratamento de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII):

- Reunir os dados cadastrais de pacientes com DII nos centros de referência da região sul, de forma a gerar dados epidemiológicos para a criação de políticas públicas nesta região;
- Cadastrar e coordenar os centros de referências de DII existentes nos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, criando um sistema interligado e que ultrapasse as barreiras estaduais, melhorando a gestão do sistema;
- Criar uma rede de apoio entre os estados dessa região para casos de emergência, como a falta ou atraso de medicamentos, ou para cidades de fronteiras que podem compartilhar os centros de referência;

Figura 34: Mapa da Região sul com suas principais rodovias e centros de referências em Doenças Inflamatórias Intestinais

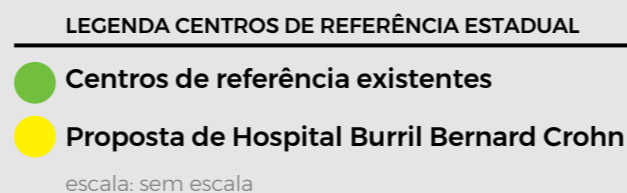
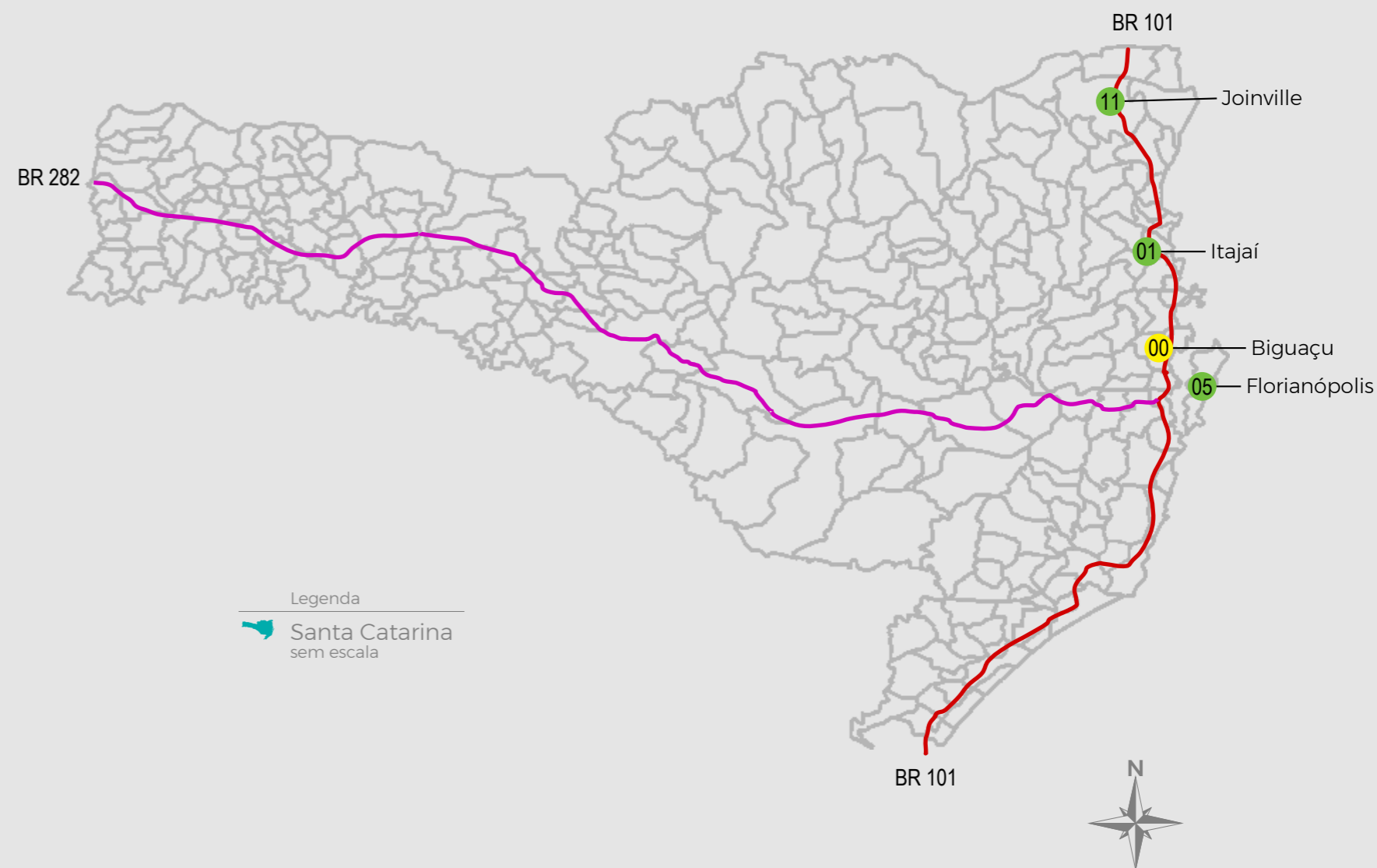


12.3. DIRETRIZES ESTADUAIS

É função como **centro de referência estadual** em ensino, pesquisa e tratamento de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII):

- Cadastrar os pacientes com DII atendidos no hospital;
- Fazer um levantamento periódico de equipamentos de infraestrutura em todo o estado e, se possível, redistribuir ou complementar os equipamentos conforme demanda para que as regiões de saúde dependam cada vez menos da grande Florianópolis e dos grandes centros urbanos;
- Criar uma Rede de Atenção a Saúde da Pessoa com DII, articulada as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o intuito de desenvolver um sistema estadual de desospitalização e de fornecer educação continuada para médicos da família, para que sejam capazes de diagnosticar mais rapidamente novos casos;
- Prestar atendimento multidisciplinar para pacientes com DII de todo o estado;
- Prestar atendimento nas práticas integrativas e complementares, que não exijam frequências curtas, devido ao grande deslocamento de alguns dos pacientes.

Figura 35: Mapa de Santa Catarina com suas principais rodovias e centros de referências em Doenças Inflamatórias Intestinais



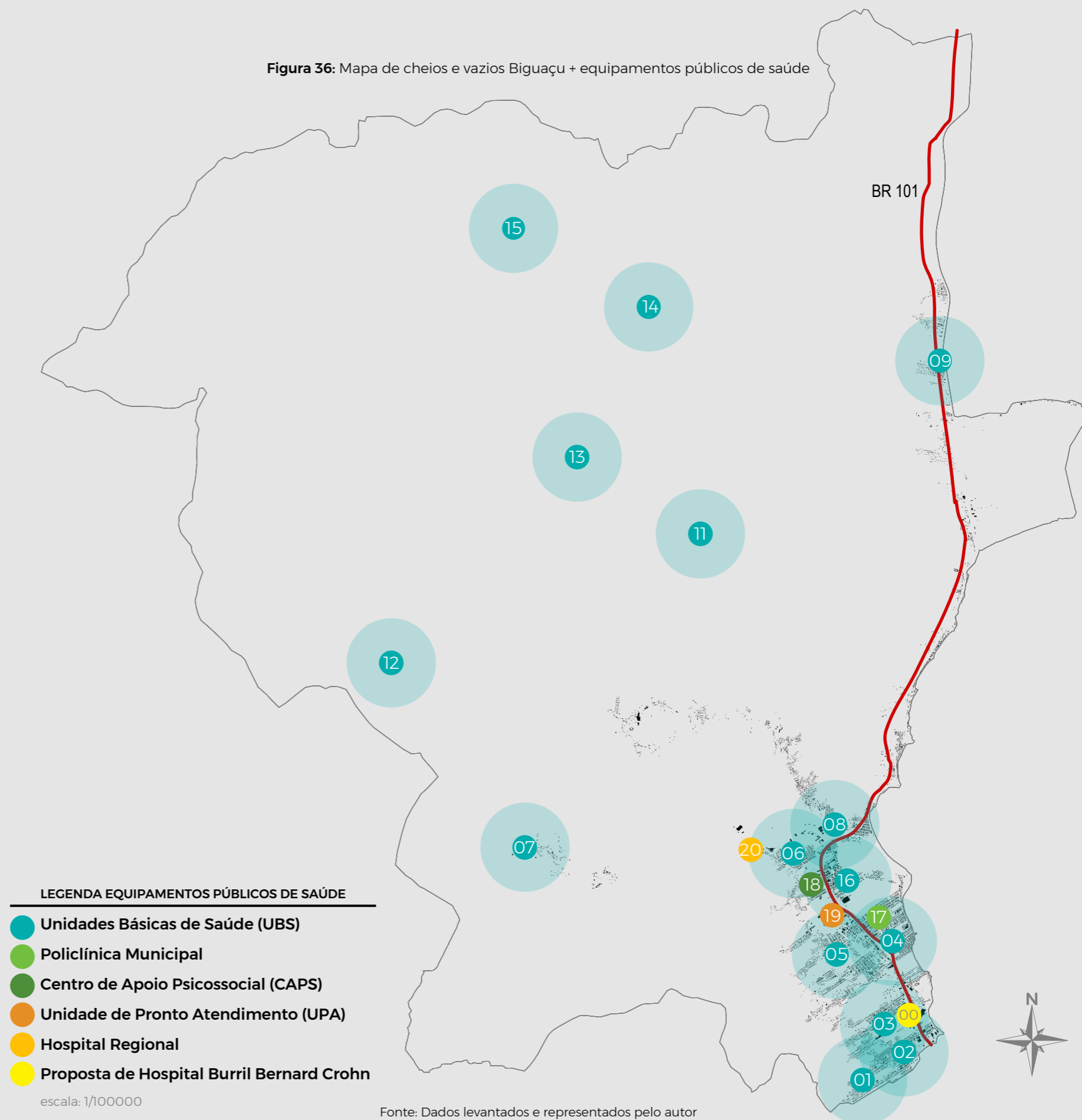
Fonte: Dados levantados e representados pelo autor

12.4. DIRETRIZES MUNICIPAIS

É função como **centro de referência municipal** em ensino, pesquisa e tratamento de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII):

- Prestar o atendimento especializado e multidisciplinar em DII para o município de Biguaçu e para os municípios próximos;
- Cadastrar e prestar apoio aos pacientes com DII no município;
- Fomentar a medicina preventiva, por meio da medicina integrativa e complementar, para minimizar a incidência de novos casos, prestando atendimento nessas práticas, aos pacientes de DII, assim como de toda a população do município;
- Ser campo de estudo permanente e estar em contato constante com os postos de saúde do município para que haja encaminhamentos mais rápidos, assim como para agilizar o processo de desospitalização.

Figura 36: Mapa de cheios e vazios Biguaçu + equipamentos públicos de saúde



13. CLASSIFICAÇÕES DO ESTABELECIMENTO

Segundo as literaturas de Cherubin & Santos (1997) e de Gonçalves (1983) os hospitais podem ser classificados quanto a sua finalidade ou tipo de assistência; quanto a entidade mantenedora; quanto ao objetivo financeiro podendo ser lucrativo, não lucrativo, filantrópico ou beneficente; quanto à disposição física, podendo ser uma edificação única, pavilhonar, horizontal ou vertical; quanto ao corpo clínico se é aberto ou fechado; quanto a competência do corpo clínico podendo ser primário com as práticas preventivas e de clínica básica, secundário de clínica básica sem recursos tecnológicos avançados ou terciário com desenvolvido nível tecnológico; quanto a capacidade e localização; e como sendo geral ou especializado. (PORTAL EDUCAÇÃO, 2020)

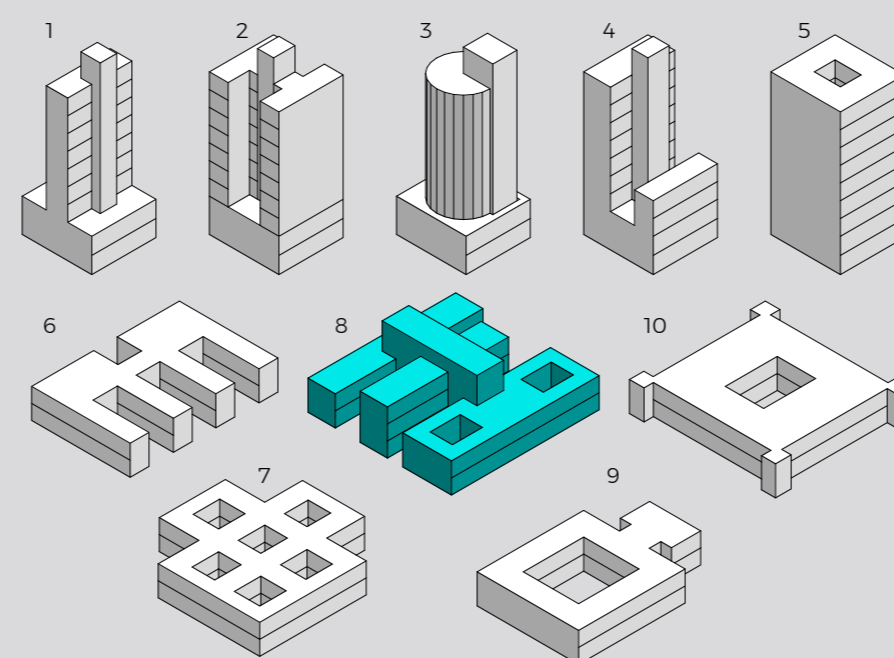
Com base nessas classificações pôde-se caracterizar o hospital proposto como sendo de finalidade à assistência especializada no sistema do aparelho digestivo, com ênfase nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII). O hospital deverá ser gerido pela secretaria da saúde, atendendo 100% de pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS.

O hospital adotará o sistema de Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Tanto procedimentos dito convencionais da medicina ocidental, quanto dito tradicionais e denominados de tratamentos alternativos e complementares terão espaço no programa do mesmo.

Considerando a importância da adaptabilidade e flexibilidade dos edifícios hospitalares será adotado, quanto à disposição física, o sistema de lâminas isoladas articuladas. Esse sistema permite uma maior eficiência em relação a expansões e mudanças sem a necessidade de suspensão de serviços. Miquelin fala sobre a longevidade promovida por alguns hospitais do final do século XIX, nos quais foi adotado um sistema horizontal pavilhonar, que, com os espaços vazios criados por esse sistema, favoreceu futuras alterações, mesmo que isso tenha lhes custado alguns jardins internos. (1992, p.185).

O mesmo autor cita em seu livro um estudo desenvolvido pelo *Department of Health and Social Security* da Grã Bretanha, no qual mostra que "a economia inicial de custos de construção dos blocos compactos [acaba sendo] eliminada pelos custos muito maiores associados à dependência de sistemas de iluminação artificial e ar condicionado." (1992, p.169).

Figura 37: Axonométrica das tipologias mais usadas nos projetos de edifícios hospitalares



Tipologias verticais: 1. Torre simples; 2. Torre dupla; 3. Torre radial e bloco; 4. Lâminas verticais; 5. Monólito vertical
Tipologias horizontais: 6. Pente e pavilhão; 7. Lâminas isoladas articuladas; 8. Pátio expandido; 9. Pátio compacto; 10. Monólito Horizontal

Fonte: (MIQUELIN, 1992, p. 168)

O corpo clínico do hospital é fechado, quando os profissionais são contratados em regime permanente, tendo como intuito criar uma unidade e melhor relação entre a equipe e desta com os pacientes. A edificação é de grande porte, com capacidade estimada de 275 leitos na primeira fase e podendo atingir 475 após as fases previstas. O projeto prevê atendimentos de internação de longa permanência (quando o paciente dá entrada no hospital e realiza todos os procedimentos e tratamentos necessários, sem sair do hospital e até receber alta médica) e atendimentos conhecidos como Hospital Dia (que ofertam atendimentos essencialmente diurnos levando a internações breves de no máximo 12 horas e com tratamento continuado em casa).

O hospital será considerado um hospital referenciado, também conhecido como modelo de "portas fechadas". Esse modelo atende somente pacientes encaminhados de outras unidades, seja de postos de saúde, pronto atendimentos ou de outros hospitais. Dessa maneira, pode ter como foco os pacientes que já frequentam a instituição ou novos pacientes que venham a ter alguma indicação por enfermidade no aparelho digestivo.

Para que novos casos de doenças sejam diagnosticados mais precocemente o hospital contará com uma equipe de telessaúde, com apoio assistencial e educação permanente a profissionais da área da saúde, ajudando a fortalecer principalmente a rede de Atenção Básica do SUS.

14. DIRETRIZES DE ESTUDO PRELIMINAR URBANO

14.1. BAIRRO E MUNICÍPIO

Devido a grande barreira física criada pelo morro (a noroeste), a presença da BR 101 (a nordeste) e a falta de vias que liguem o bairro Jardim Janaína aos bairros do norte de Biguaçu, os moradores do bairro desenvolveram uma relação de dependência com a BR 101, com fortes características de deslocamento pendular. Além disso, os horários escassos de transporte público para o centro de Biguaçu, comparados a grande quantidade de horários de ônibus para Florianópolis, enfraquecem ainda mais a relação do bairro com a cidade, evidentemente reforçando a dependência com a cidade vizinha.

Figura 38 - BR 101 com terreno e morro ao fundo



Fonte: Imagem retirada do Google Earth com anotações feitas pelo autor

Figura 39 - Rua Homero de Miranda Gomes e drenagem urbana do bairro



Fonte: Imagem retirada do Google Earth com anotações feitas pelo autor

Parque linear ligando a borda d'água com a principal via do bairro, que tem uso comercial, dando oportunidade para os moradores do bairro irem de bicicleta ou caminhando até o terminal e até a orla, passando pelo hospital.

PROBLEMAS

A cidade de Biguaçu tem uma longa história com o mar. A economia principal do município no início de sua história baseava-se na pesca artesanal, tanto no mar quanto no Rio Biguaçu, que corta a cidade. Hoje, a principal economia são a indústria de plástico e a produção de hortaliças e palmeiras. Com a construção da BR 101 na década de 1950 o município se virou de costas para o mar e viu seu território ser completamente segregado. Conta, hoje, com poucas travessias entre os lados da rodovia. Além disso, a cidade possui um histórico de desenvolvimento desordenado e de falta de planejamento com relação a sua economia, que, por ser muito dependente de Florianópolis, acaba caracterizando-a como uma cidade dormitório.

Figura 40: Vista aérea da cidade de Biguaçu



sem escala

Fonte: Imagem retirada do Google Earth com anotações feitas pelo autor

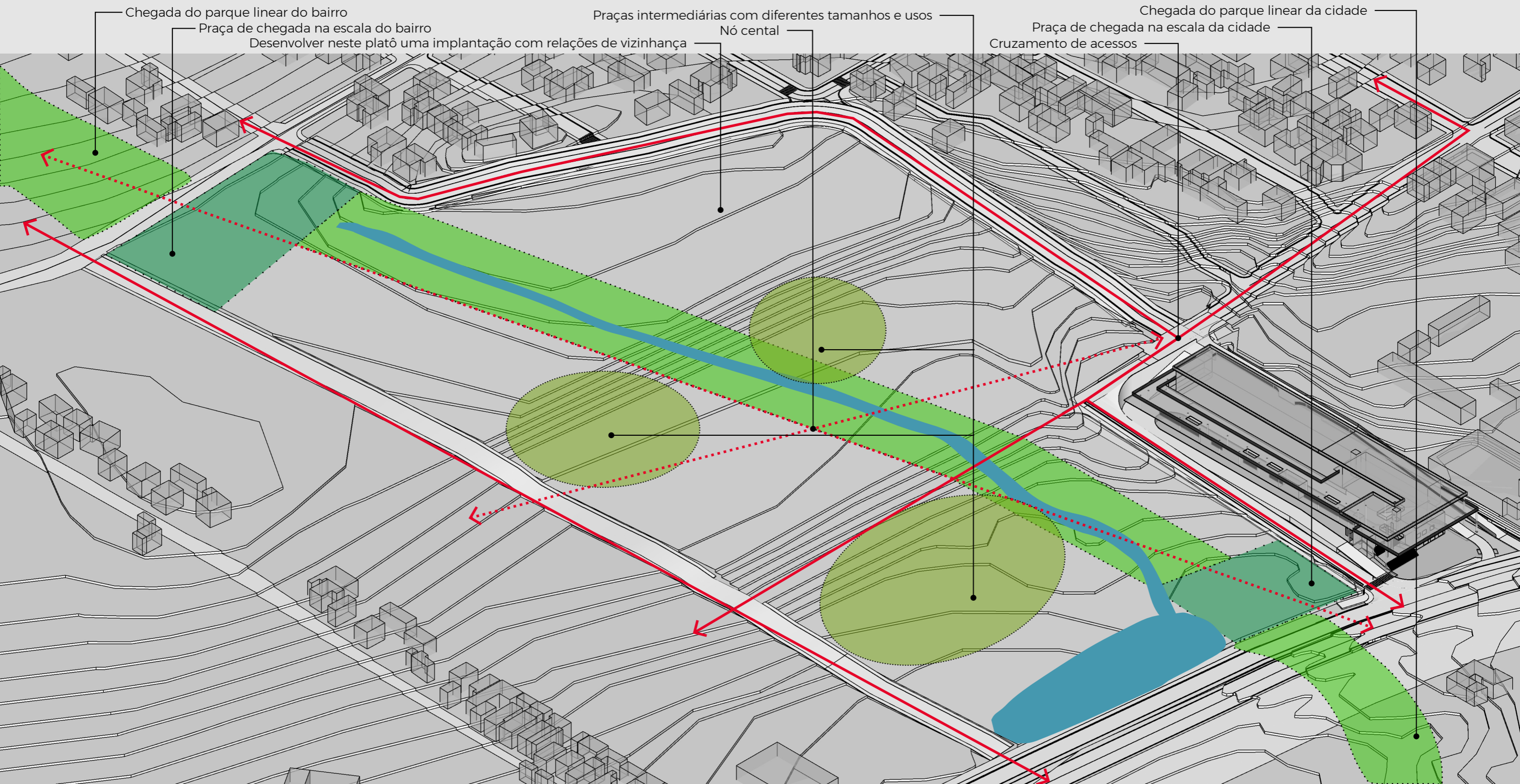
Retirada de algumas casas ligando os pequenos trechos de ruas já existentes, mas não conectadas. Revitalização e ligação com as principais ruas do bairro para melhorar a relação entre os bairros do município

Parque linear em toda a borda d'água, buscando devolver para a cidade a relação com o mar que foi perdida no decorrer da história do município

DIRETRIZES

14.2. TERRENO

Figura 41 - Esquema com diretrizes de anteprojecto urbano para o terreno.



Chegada do parque linear do bairro
Praça de chegada na escala do bairro
Desenvolver neste platô uma implantação com relações de vizinhança

Praças intermediárias com diferentes tamanhos e usos
Nó central

Chegada do parque linear da cidade
Praça de chegada na escala da cidade
Cruzamento de acessos

LEGENDA DE LINHAS E HACHURAS - esc.: 1:5000

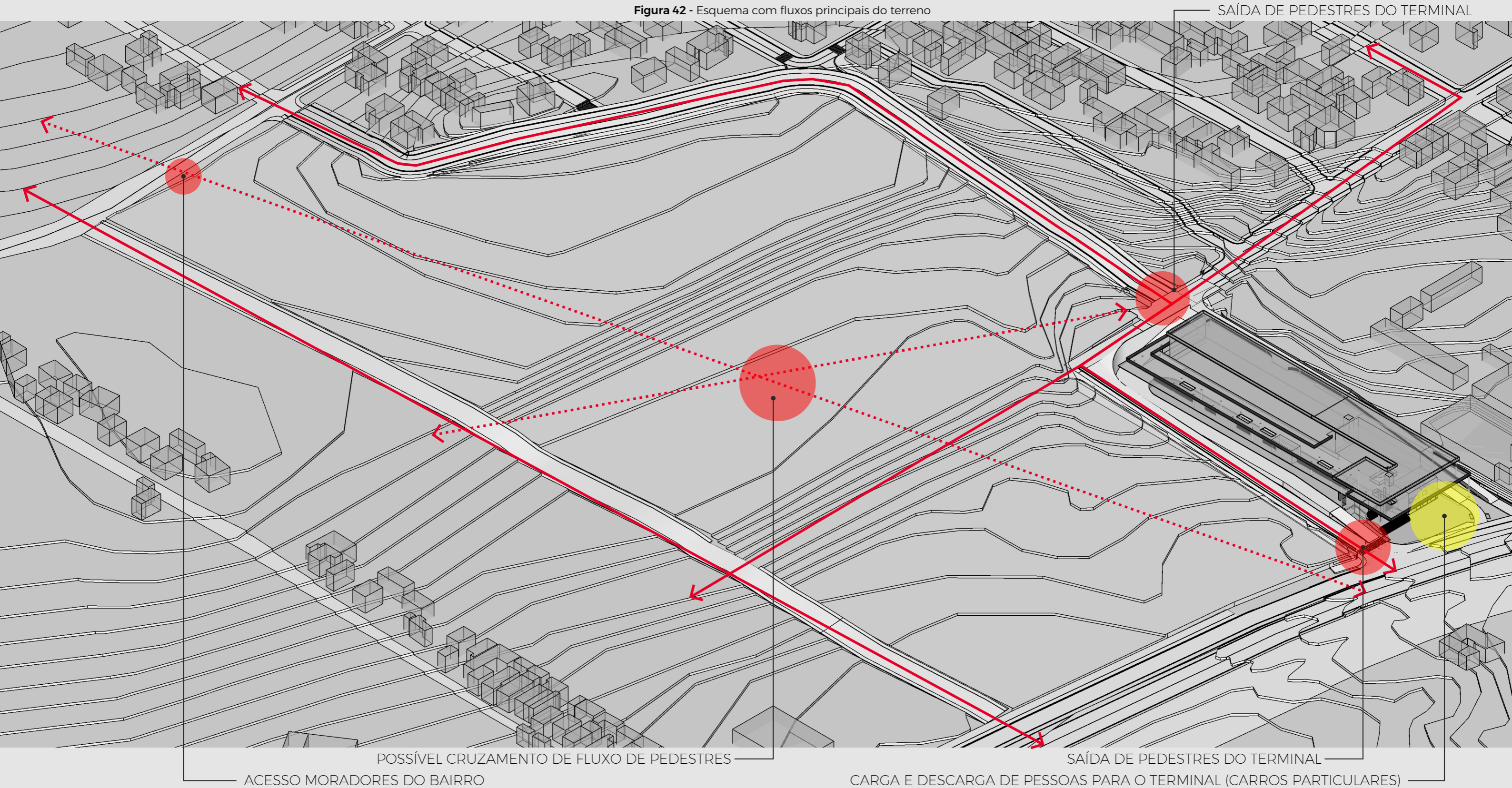
Fonte: desenho pelo autor

- | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|--|
| → DESLOCAMENTO DOS VOLUMES | → VISTA PARA O MORRO (área de preservação permanente) | PARQUE LINEAR | CLARABOIAS (iluminação e ventilação zenital) |
| RECORTE DOS VOLUMES | → VISTA PARA O MAR | PRAÇAS DE ACESSO | JARDIM VERTICAL + SOLÁRIO |
| ↔ FLUXOS IMPORTANTES | MICRODRENAGEM URBANA E TRATAMENTO DE ÁGUAS | PRAÇAS INTERMEDIÁRIAS | TERRAÇOS TERAPEUTICOS |

15. DIRETRIZES DE ESTUDO PRELIMINAR ARQUITETÔNICO

15.1. FLUXOS DO TERRENO

Figura 42 - Esquema com fluxos principais do terreno



Fonte: desenho pelo autor

Quadro 03 - Programa de necessidades Unidade Funcional 2 - Atendimento Imediato

UF-2	ATENDIMENTO IMEDIATO	ASSISTENCIAL				Observações
		Nº ATIV.	UNIDADE/AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		
QTD.	MÓDULOS			ÁREA UNITÁRIA (m²)	ÁREA TOTAL (m²)	
2.1	Urgência Adulto	-	1534	-	552,24	
	Área Externa para embarque e desembarque de ambulâncias	1	64	23,04	23,04	Área coberta
	Sala de Estabilização	1	80	28,80	28,80	Acesso direto ambulâncias (2 leitos)
	Recepção / Registro de pacientes / Informações	1	72	25,92	25,92	06 atendentes (compartilhado com pediatria)
	Espera	1	100	36,00	36,00	20 lugares
	Sanitários Públicos (Fem. + Masc.) PCD	1	12	4,32	4,32	Para a espera principal (compartilhado com pediatria)
	Sanitários Públicos (Fem. OU Masc.)	2	8	2,88	5,76	Para a espera principal (compartilhado com pediatria)
	Fraldário	1	12	4,32	4,32	Para a espera principal (compartilhado com pediatria)
	Sala para Triagem	1	35	12,60	12,60	
	Espera Secundária	1	50	18,00	18,00	10 lugares
	Sanitários Públicos (Fem. + Masc.) P.C.D.	1	12	4,32	4,32	Para a espera secundária (compartilhado com pediatria)
	Sanitários Públicos (Fem. ou Masc.)	2	12	4,32	8,64	Para a espera secundária (compartilhado com pediatria)
	Consultório Diferenciado + Sanitário P.C.D.	2	48	17,28	34,56	
	Sala de Suturas / Curativos	1	36	12,96	12,96	
	Sala de Inalação	1	54	19,44	19,44	Com 04 poltronas
	Sala de Aplicação de Medicamentos	1	110	39,60	39,60	Com 08 Poltronas
	Isolamento com Banheiro P.C.D.	1	70	25,20	25,20	1 leito
	Sala de Observação com Banheiro P.C.D.	1	240	86,40	86,40	8 leitos
	Posto de Enfermagem	1	60	21,60	21,60	(compartilhado com pediatria)
	Sala de Serviços	1	24	8,64	8,64	(compartilhado com pediatria)
	Prescrição Médica	1	8	2,88	2,88	(compartilhado com pediatria)
	Farmácia Satélite	1	25	9,00	9,00	(compartilhado com pediatria)
	Depósito de Equipamentos	1	70	25,20	25,20	Para macas e Equipamentos (compartilhado com pediatria)
	Utilidades	1	20	7,20	7,20	Roupa suja e lixo (compartilhado com pediatria)
	Rouparia	1	12	4,32	4,32	(compartilhado com pediatria)
	D.M.L.	1	12	4,32	4,32	(compartilhado com pediatria)
	Quarto Plantonista / Conforto Médico Feminino com Banheiro	1	30	10,80	10,80	(compartilhado com pediatria)
	Quarto Plantonista / Conforto Médico Masculino com Banheiro	1	30	10,80	10,80	(compartilhado com pediatria)
	Copa de Funcionários	1	30	10,80	10,80	(compartilhado com pediatria e CDI)
	Sanitário de Funcionários Fem.	1	50	18,00	18,00	(compartilhado com pediatria e CDI)
	Sanitário de Funcionários Mas.	1	50	18,00	18,00	(compartilhado com pediatria e CDI)
	Sala administrativa	1	30	10,80	10,80	
2.1	Urgência Pediatria	-	333	-	119,88	
	Espera	1	50	18,00	18,00	10 lugares
	Espera Secundária	1	50	18,00	18,00	10 lugares
	Sala para Triagem	1	35	12,60	12,60	
	Consultório Diferenciado + Sanitário P.C.D.	1	48	17,28	17,28	
	Sala de Observação com Banheiro P.C.D.	1	150	54,00	54,00	5 leitos
	Circulação	-	466,75	-	168,03	0,25x
	TOTAL	-	2333,75	-	840,15	

Fonte: Elaborado pelo autor

15.2. PROGRAMA DE NECESSIDADES

Considerando as diretrizes que indicam a abrangência do maior número possível de tratamentos e necessidades dos pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), buscou-se investigar a rede de saúde do estado de Santa Catarina para encontrar centros de referência dos procedimentos que exigem grande investimento e que ainda possuem baixa aplicação para as DII.

Um desses tratamentos é o Transplante de Medula Óssea (TMO). Por ser um tratamento de alto investimento tanto para a construção quanto para a manutenção, e ainda ser adotado em casos isolados para as DII, entendeu-se não ser viável a inclusão deste no programa. Além disso, sabe-se que Florianópolis conta com um setor de TMO dentro do Hospital Governador Celso Ramos, gerenciado pelo Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon) e sendo suficiente para atender os casos existentes.

O uso da Medicina Nuclear, que vem se mostrando como um importante recurso no diagnóstico das DII, foi também excluído do programa de necessidades pelos mesmos motivos apontados para a TMO. Dessa forma, os pacientes que necessitem deste recurso serão encaminhados para o Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon), em Florianópolis, que possui um setor específico para essa demanda.

Os tratamentos não indicados, ou não contemplados no programa de necessidades, foram desconsiderados no projeto inicial devido a pouca ou baixa aplicação para pacientes com Doenças Inflamatórias Intestinais. Entretanto, poderão ser incluídos em etapas posteriores caso se mostrem promissores, já que o projeto prevê áreas para futuras expansões.

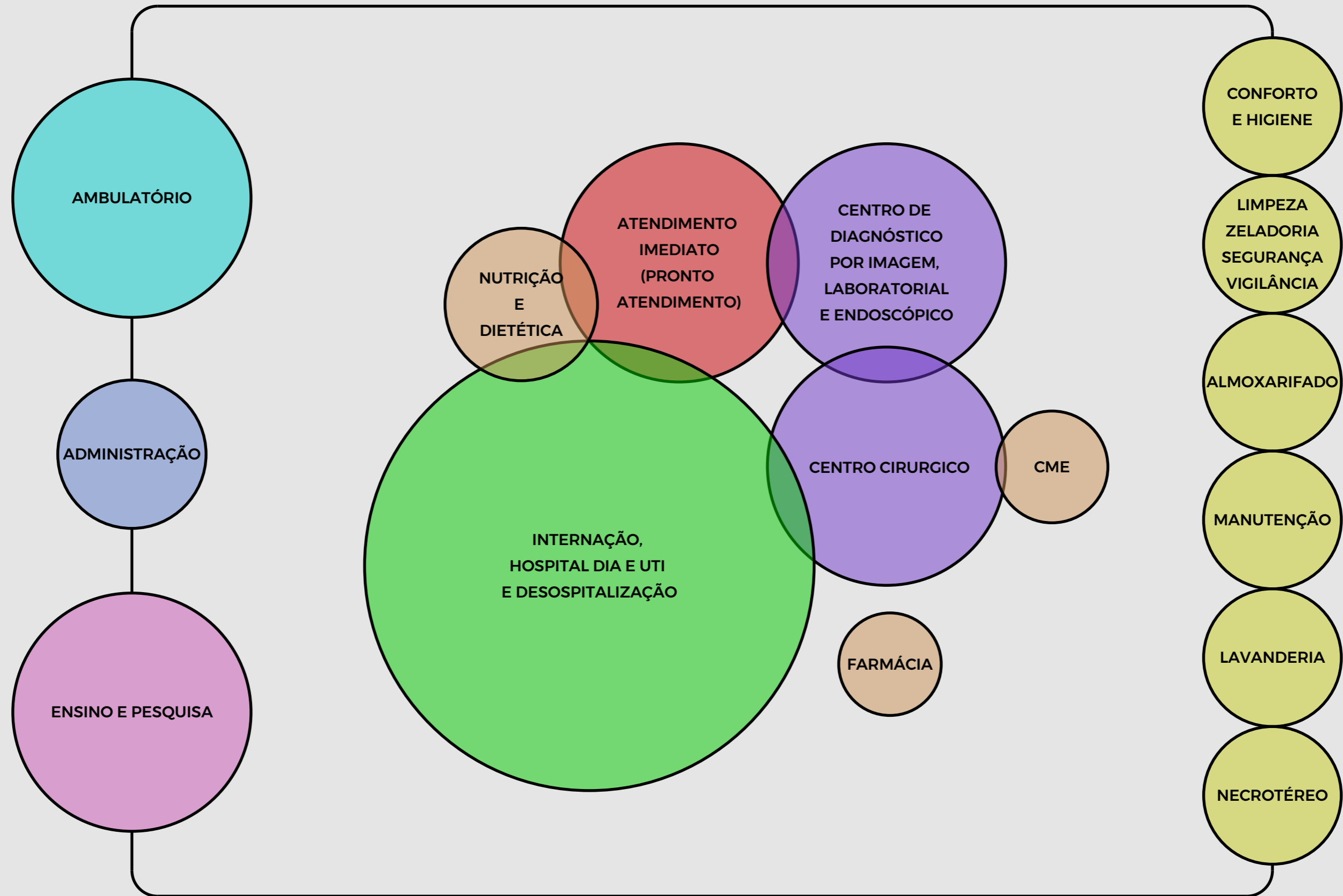
Obs.: O programa de necessidades foi montado com base na RDC 50 e conta com todos os ambientes solicitados pela norma.
 Obs.²: A tabela "Programa de necessidades Unidade Funcional 2 - Atendimento Imediato" se torna apenas um exemplo de como o programa de necessidades foi desenvolvido.
 Obs.³: A tabela "Quadro geral Unidades Funcionais" contém todas as Unidades Funcionais presentes neste projeto.

Quadro 04 - Unidades Funcionais

UF-1	ATENDIMENTO AMBULATORIAL
UF-2	ATENDIMENTO IMEDIATO
UF-3	INTERNAÇÃO
UF-4	APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA
UF-5	APOIO TÉCNICO
UF-6	ENSINO E PESQUISA
UF-7	APOIO ADMINISTRATIVO
UF-8	APOIO LOGÍSTICO

Fonte: Elaborado pelo autor

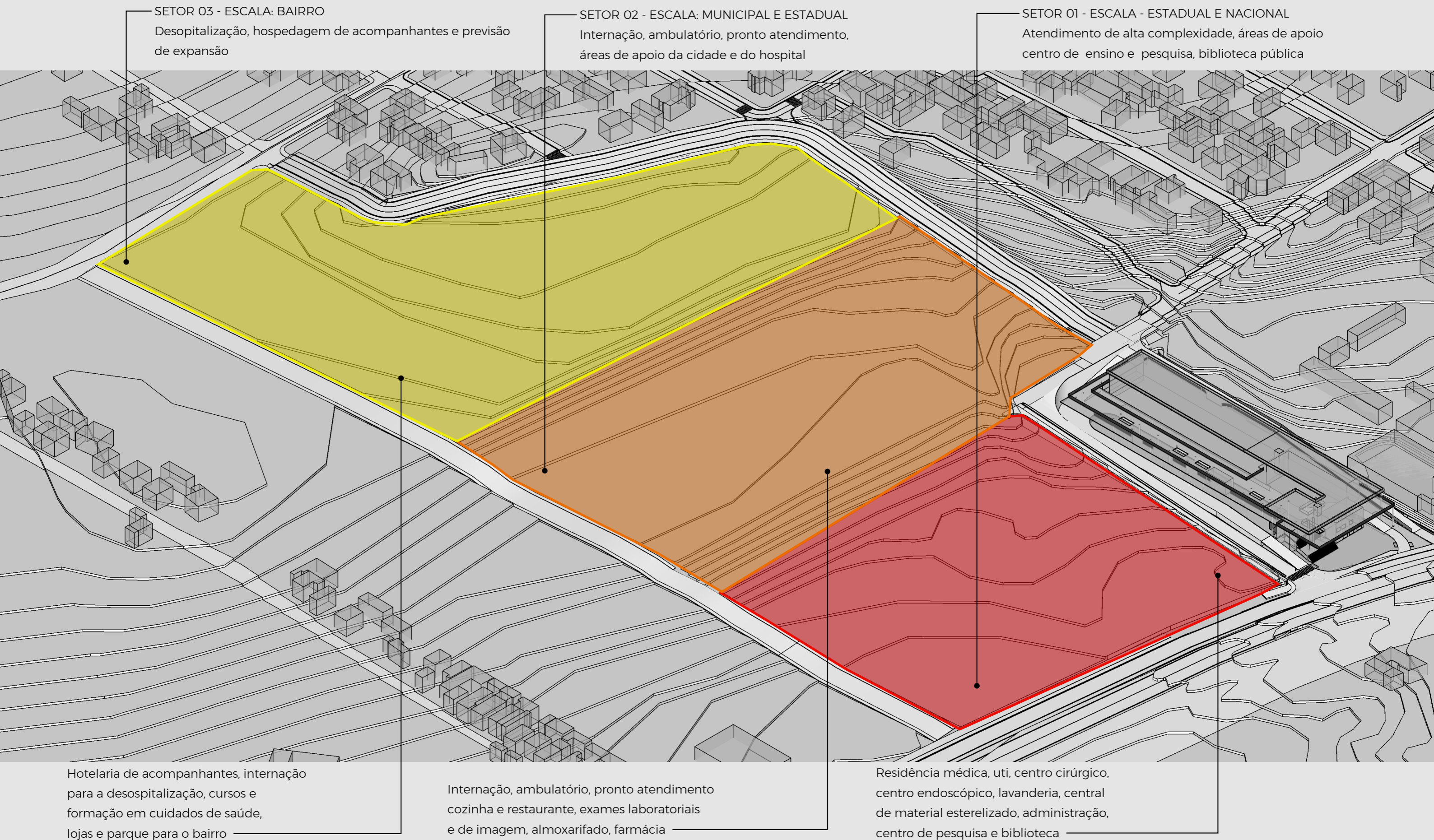
Figura 43 - Correlação entre unidades funcionais



Fonte: Elaborado pelo autor

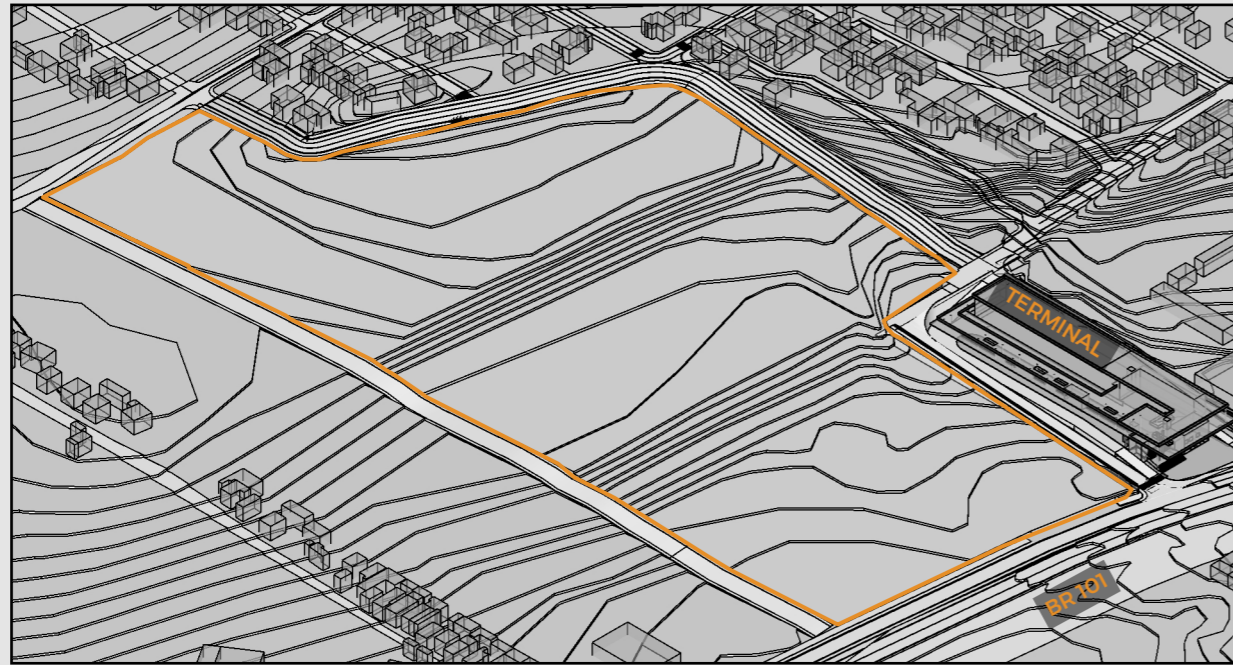
15.3. SETORIZAÇÃO DO TERRENO

Figura 44 - Setorização do terreno conforme diretrizes regionais

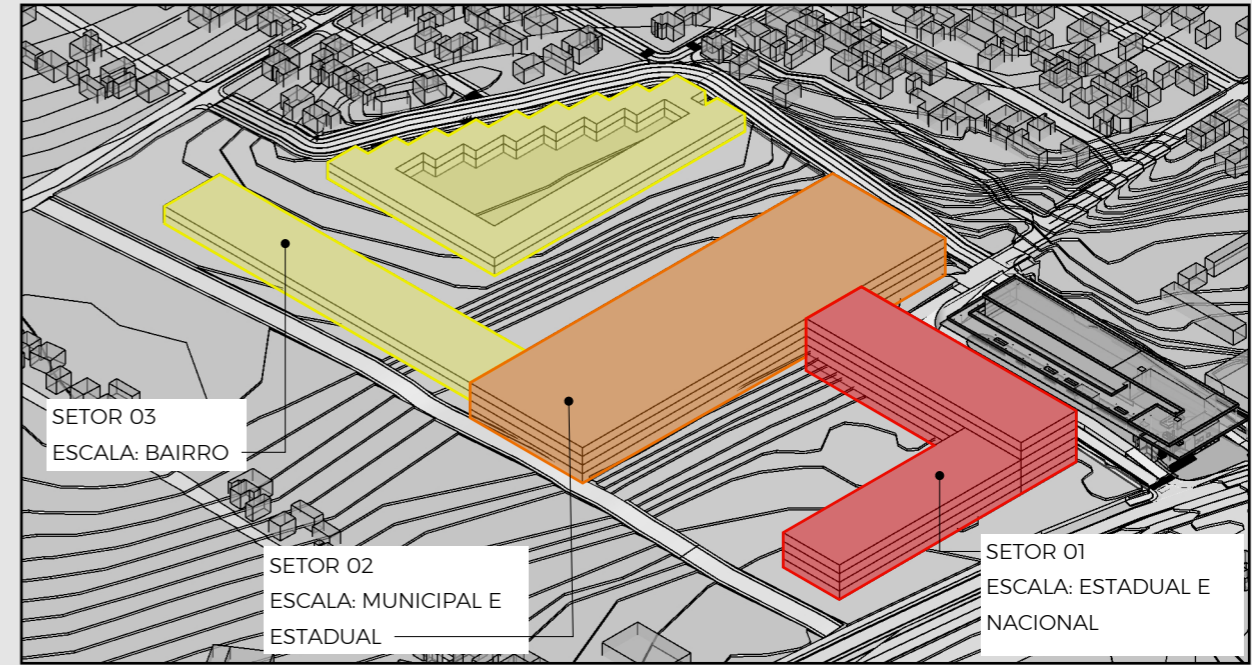


Fonte: desenho e anotações pelo autor

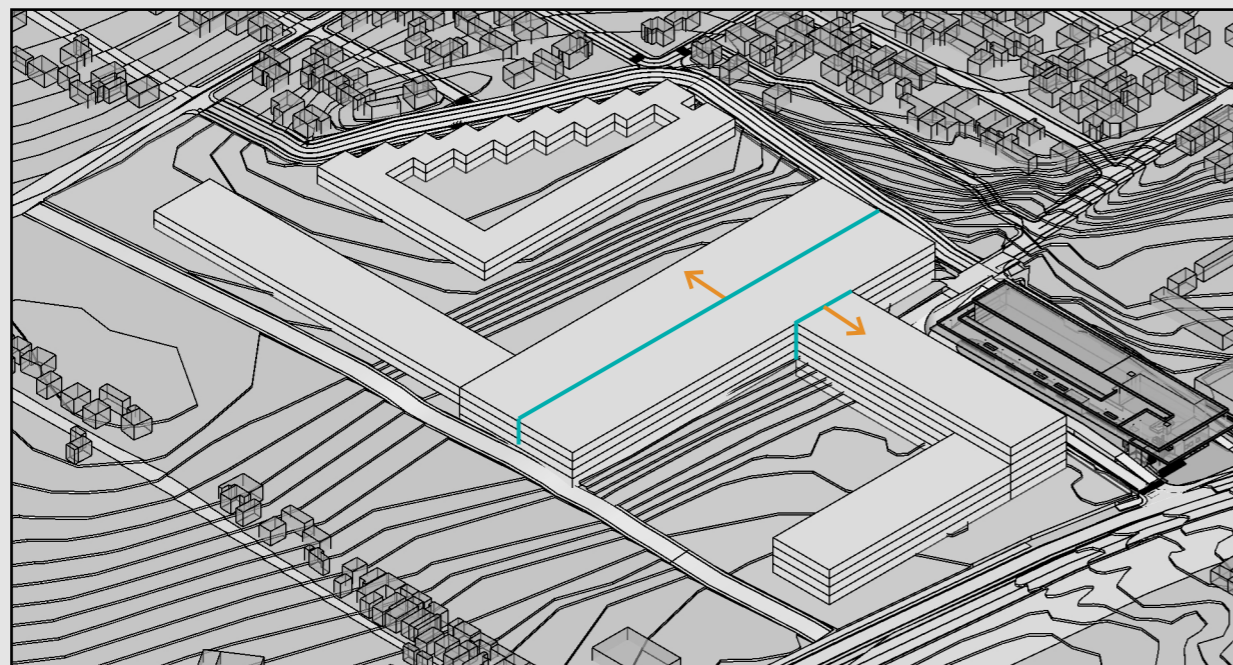
Figura 45 - Esquemas de evolução volumétrica



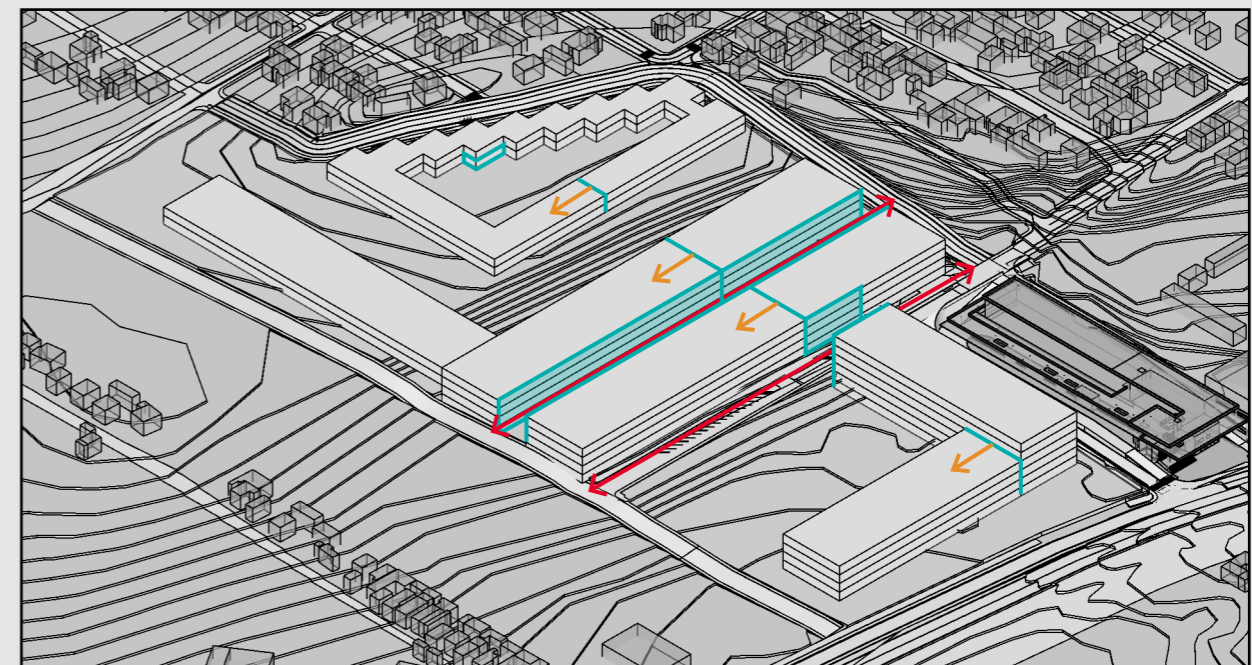
localização do terreno



distribuição dos setores conforme a topografia e forma do terreno - buscou-se, também, criar uma relação volumétrica com as edificações do entorno



dividiu-se os blocos para criação de ruas para veículos e pedestres (no sentido bairro - bairro), além de aumentar as fachadas com insolação e ventilação direta



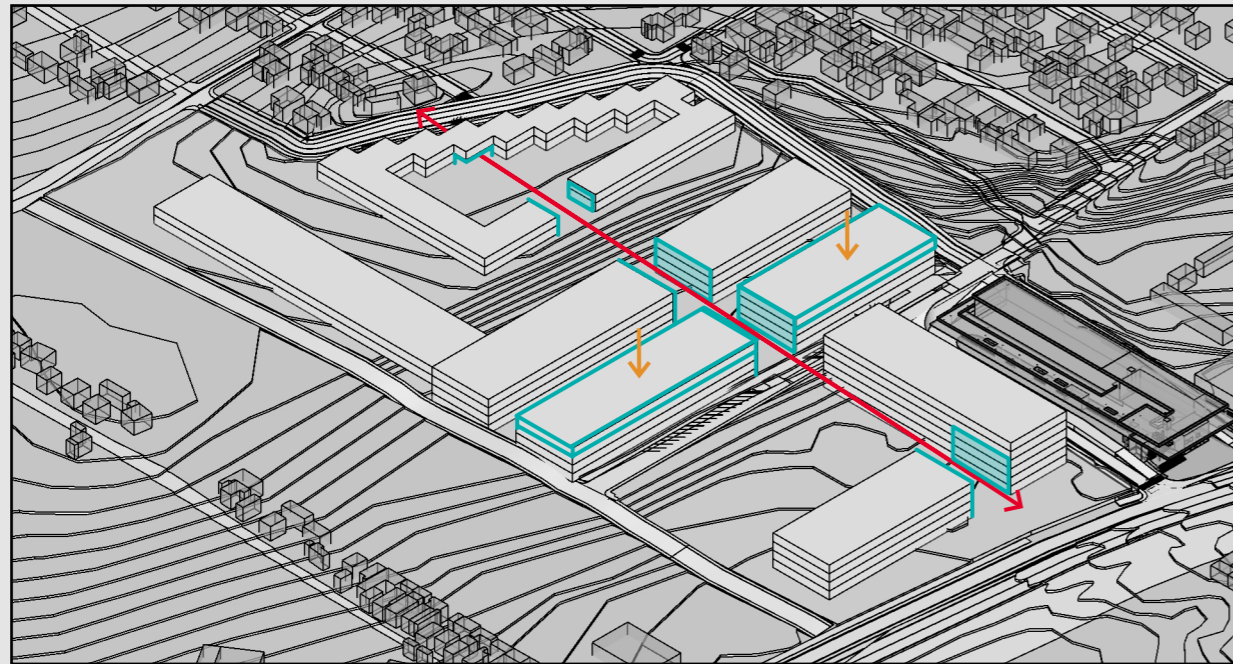
dividiu-se os blocos novamente para a criação de uma via de pedestres que corte todo o terreno (no sentido bairro - cidade/terminal)

Fonte: desenho e anotações pelo autor

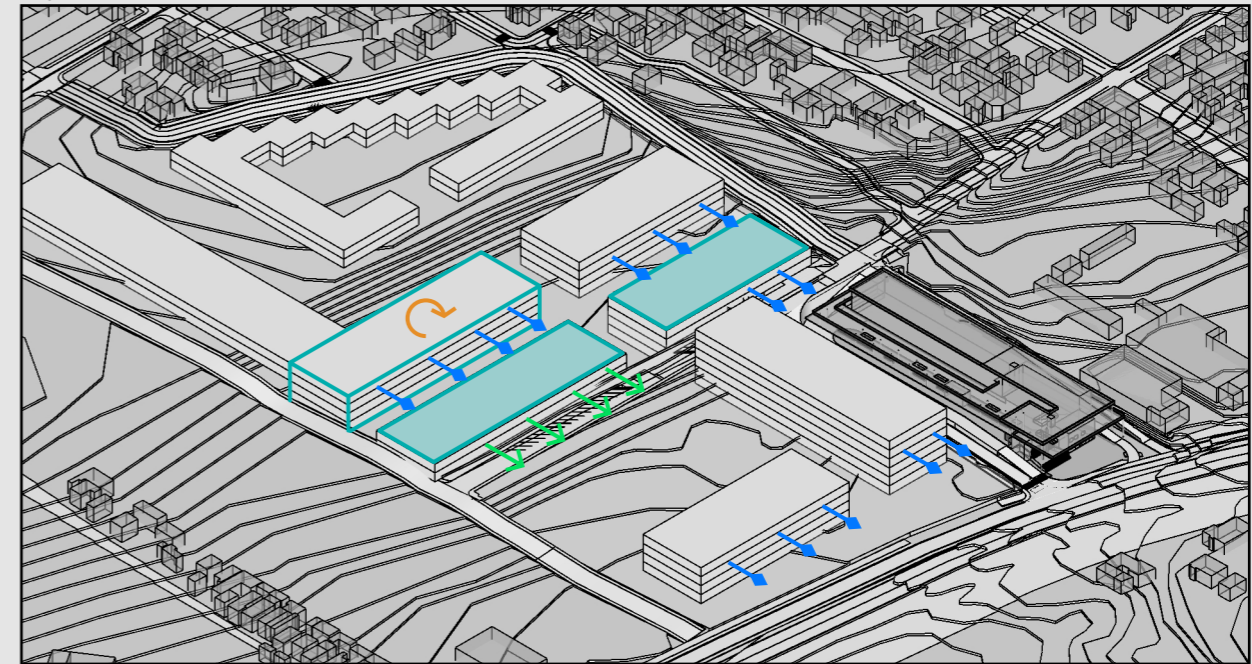
LEGENDA DE LINHAS E HACHURAS - esc.: 1:5000

- | | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|--|
| → DESLOCAMENTO DOS VOLUMES | → VISTA PARA O MORRO (área de preservação permanente) | ▨ PARQUE LINEAR | ▨ CLARABOIAS (iluminação e ventilação zenital) |
| ▨ RECORTE DOS VOLUMES | → VISTA PARA O MAR | ▨ PRAÇAS DE ACESSO | ▨ JARDIM VERTICAL + SOLÁRIO |
| ↔ FLUXOS IMPORTANTES | ▨ MICRODRENAGEM URBANA E TRATAMENTO DE ÁGUAS | ▨ PRAÇAS INTERMEDIÁRIAS | ▨ TERRAÇOS TERAPEUTICOS |

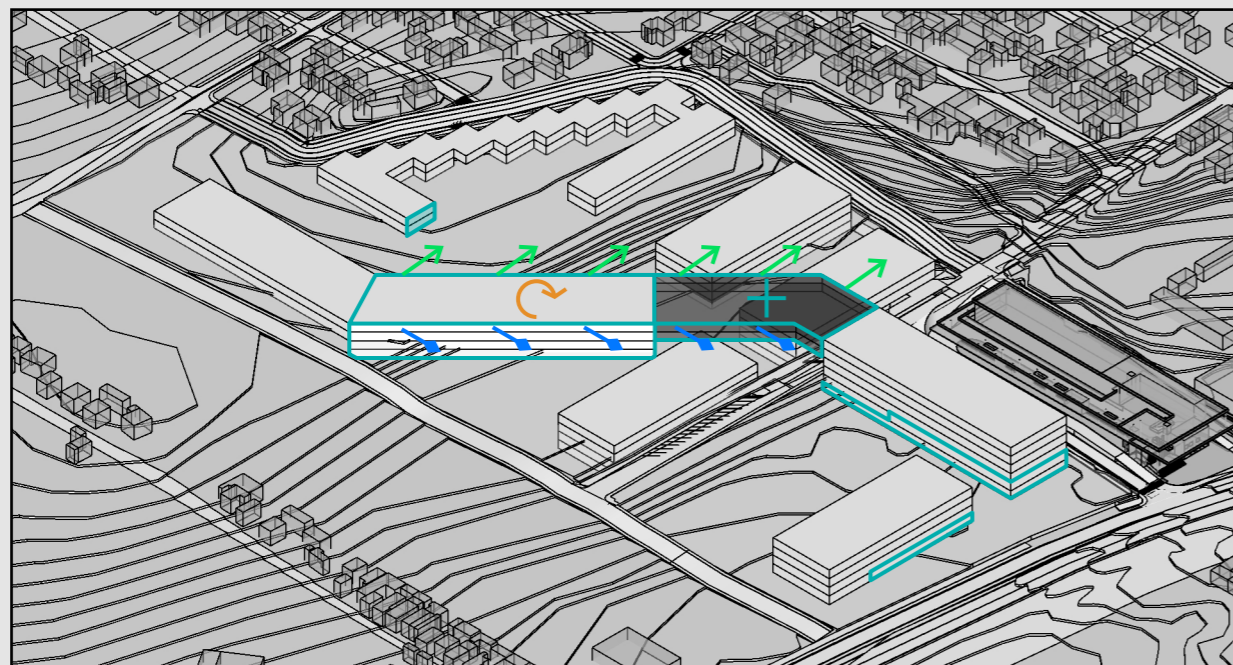
Figura 46 - Esquemas de evolução volumétrica



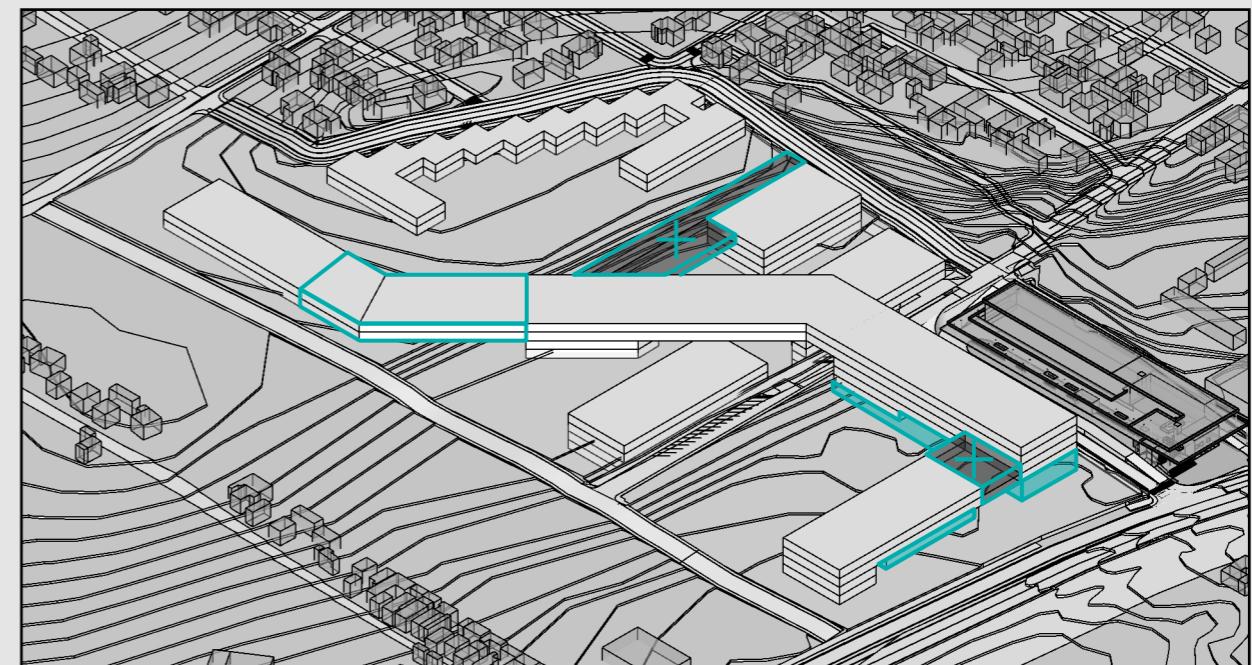
um pavimento foi retirado para permitir que os blocos mais ao meio possam ter vistas para o mar



após definidas as vistas para o mar (em azul) e para as áreas verdes (em verde), buscou-se rotacionar o bloco de intermediação



com a rotação foi possível aumentar as fachadas com vista para o mar e também as com vistas para a área de preservação permanente do morro. Além disso, foi retirado um pedaço do bloco de hospedagem de acompanhantes e médicos residentes (ao fundo) e criar uma relação visual entre os dois.



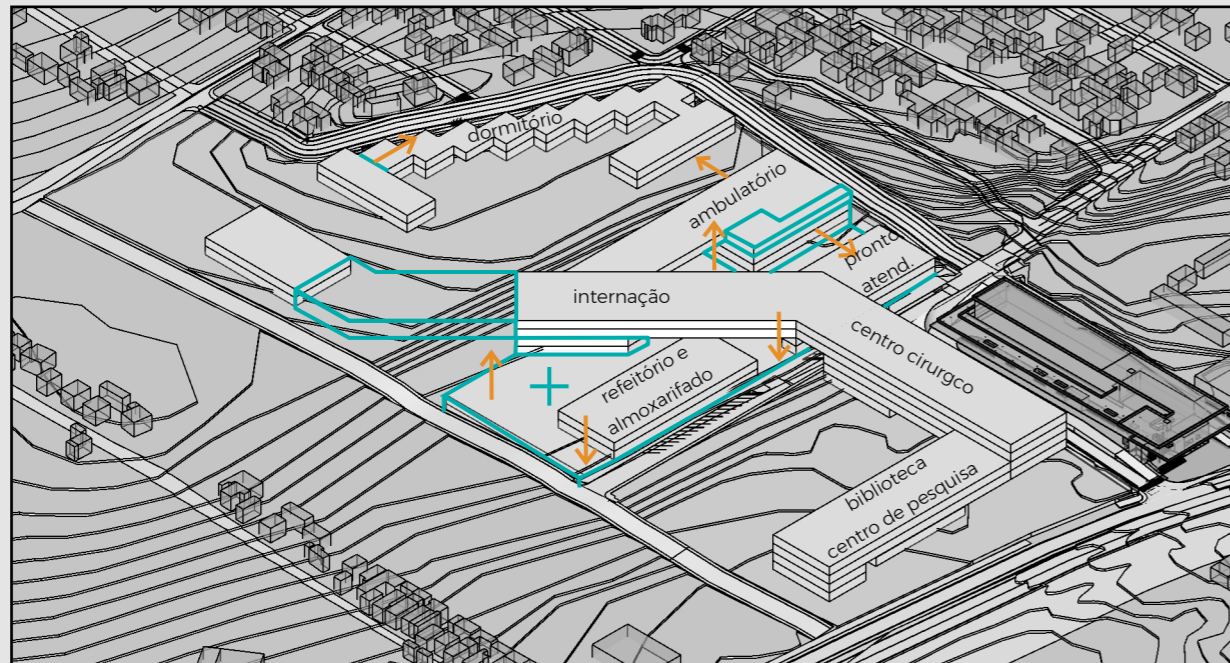
para que o hospital seja conectado, e para evitar deslocamentos desnecessários algumas ligações foram feitas. Também foram retirados alguns volumes no térreo para permitir uma maior permeabilidade, tanto visual quanto física do terminal, com o parque na escala da cidade. Na esquina foi utilizado um dos conceitos de neuroarquitetura e da Teoria de Einfeldung a *contra agudeza*

Fonte: desenho e anotações pelo autor

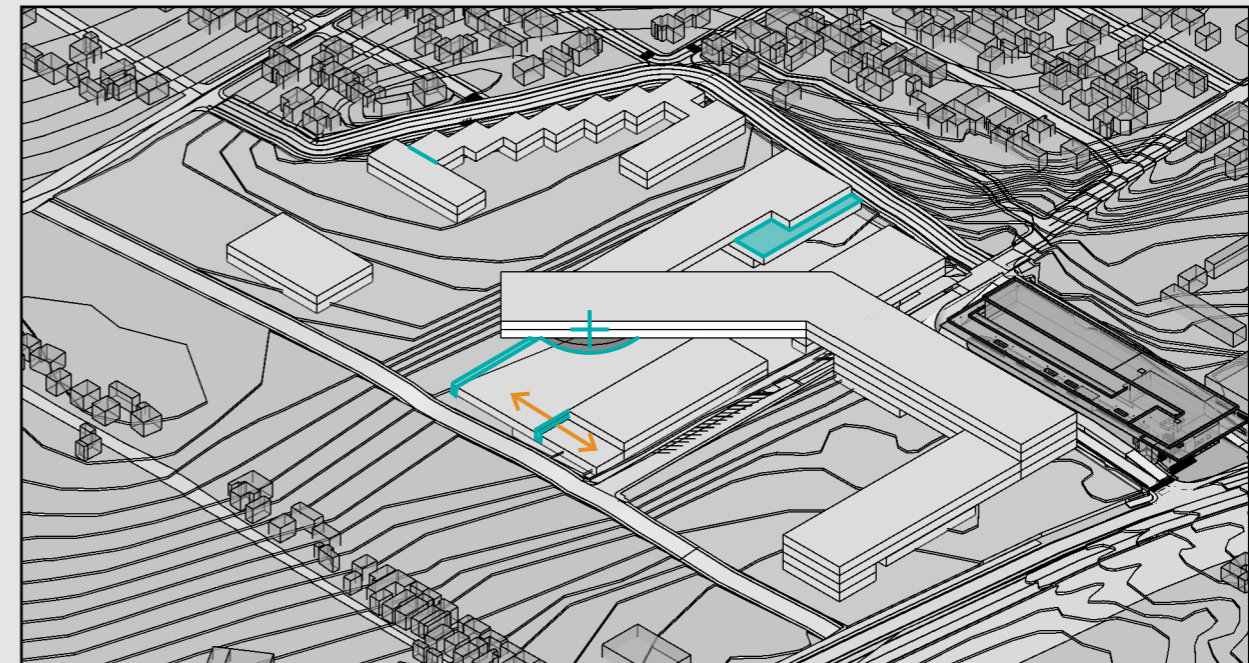
LEGENDA DE LINHAS E HACHURAS - esc.: 1:5000

- | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|--|
| → DESLOCAMENTO DOS VOLUMES | → VISTA PARA O MORRO (área de preservação permanente) | PARQUE LINEAR | CLARABOIAS (iluminação e ventilação zenital) |
| RECORTE DOS VOLUMES | → VISTA PARA O MAR | PRAÇAS DE ACESSO | JARDIM VERTICAL + SOLÁRIO |
| ↔ FLUXOS IMPORTANTES | → MICRODRENAGEM URBANA E TRATAMENTO DE ÁGUAS | PRAÇAS INTERMEDIÁRIAS | TERRAÇOS TERAPEUTICOS |

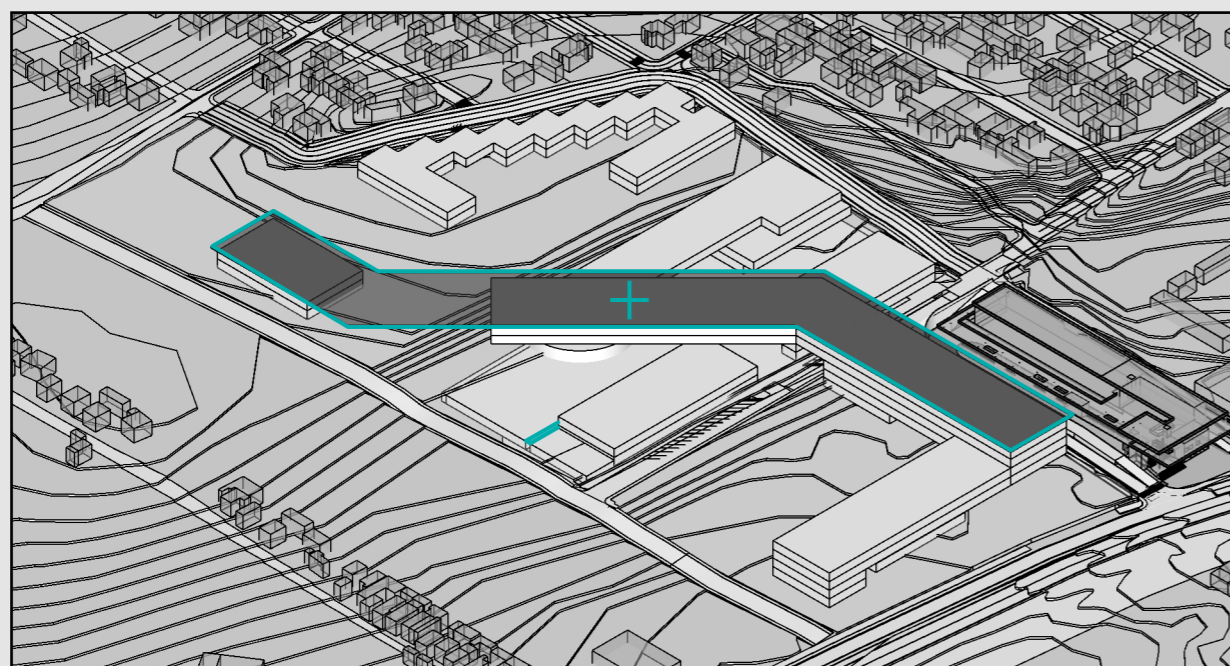
Figura 47 - Esquemas de evolução volumétrica



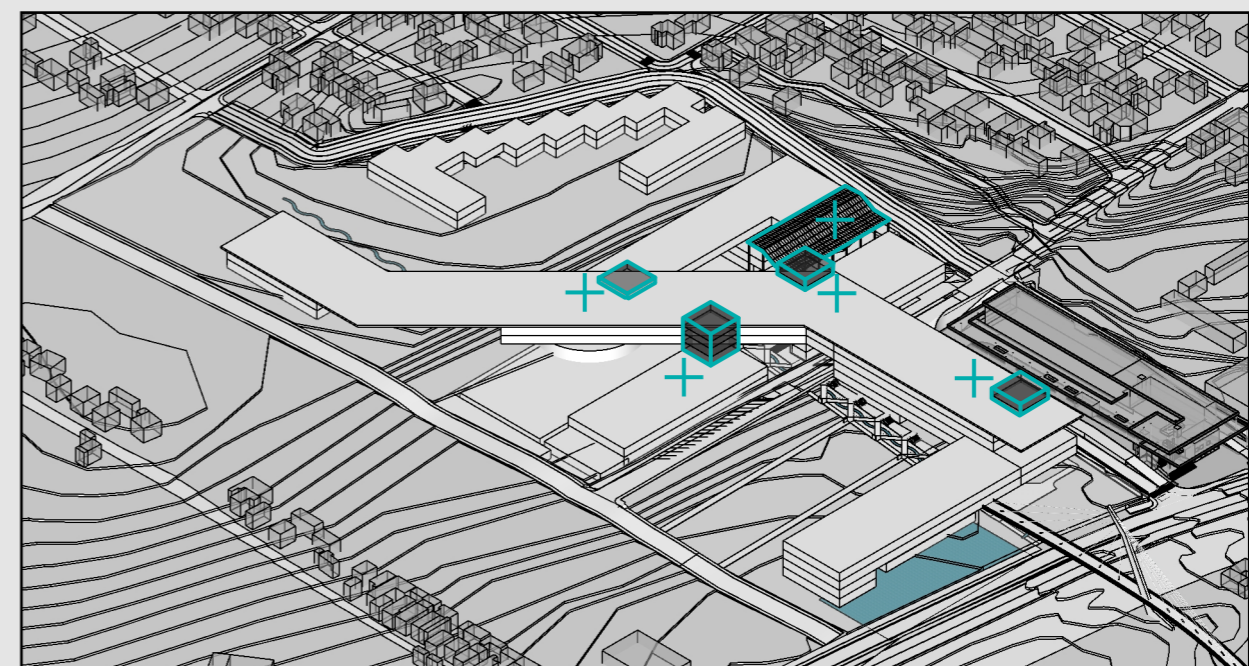
após definir a volumetria geral, um programa de expansões foi criado, para isso parte do bloco central (de internação) foi subtraído, mantendo os alinhamentos para futura a expansão. O bloco do ambulatório também sofreu alterações para que fosse possível criar áreas de expansão que não interferissem na volumetria final



o bloco de dormitórios foi reduzido para aumentar a passagem da rua de bairro. Um subsolo foi criado e para isso algumas aberturas foram necessárias para ventilação e iluminação. A entrada principal do hospital teve seu volume alterado para uma circunferência, aplicando outro conceito de neuroarquitetura, o de atração



para que o hospital tenha uma unidade volumétrica e reforce o desenho pós expansão, foi criada uma cobertura que englobe os edifícios do corpo principal. Essa segunda cobertura contribui também para evitar infiltrações quando usado somente uma laje impermeabilizada. A distância entre a cobertura e o edifício contribui também termicamente, pois permite ventilação cruzada na própria cobertura.



por fim, algumas circulações verticais foram criadas, permitindo ligações entre os blocos centrais e suas unidades funcionais. Além disso, foi criada uma cobertura no vão entre os blocos o ambulatório e do pronto atendimento/ centro diagnóstico, protegendo de intempéries e barrando parte da insolação causada nesse espaço

Fonte: desenho e anotações pelo autor

LEGENDA DE LINHAS E HACHURAS - esc.: 1:5000

- | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|--|
| → DESLOCAMENTO DOS VOLUMES | → VISTA PARA O MORRO (área de preservação permanente) | PARQUE LINEAR | CLARABOIAS (iluminação e ventilação zenital) |
| RECORTE DOS VOLUMES | → VISTA PARA O MAR | PRAÇAS DE ACESSO | JARDIM VERTICAL + SOLÁRIO |
| ↔ FLUXOS IMPORTANTES | MICRODRENAGEM URBANA E TRATAMENTO DE ÁGUAS | PRAÇAS INTERMEDIÁRIAS | TERRAÇOS TERAPEUTICOS |

Figura 48 - Partido Arquitetônico

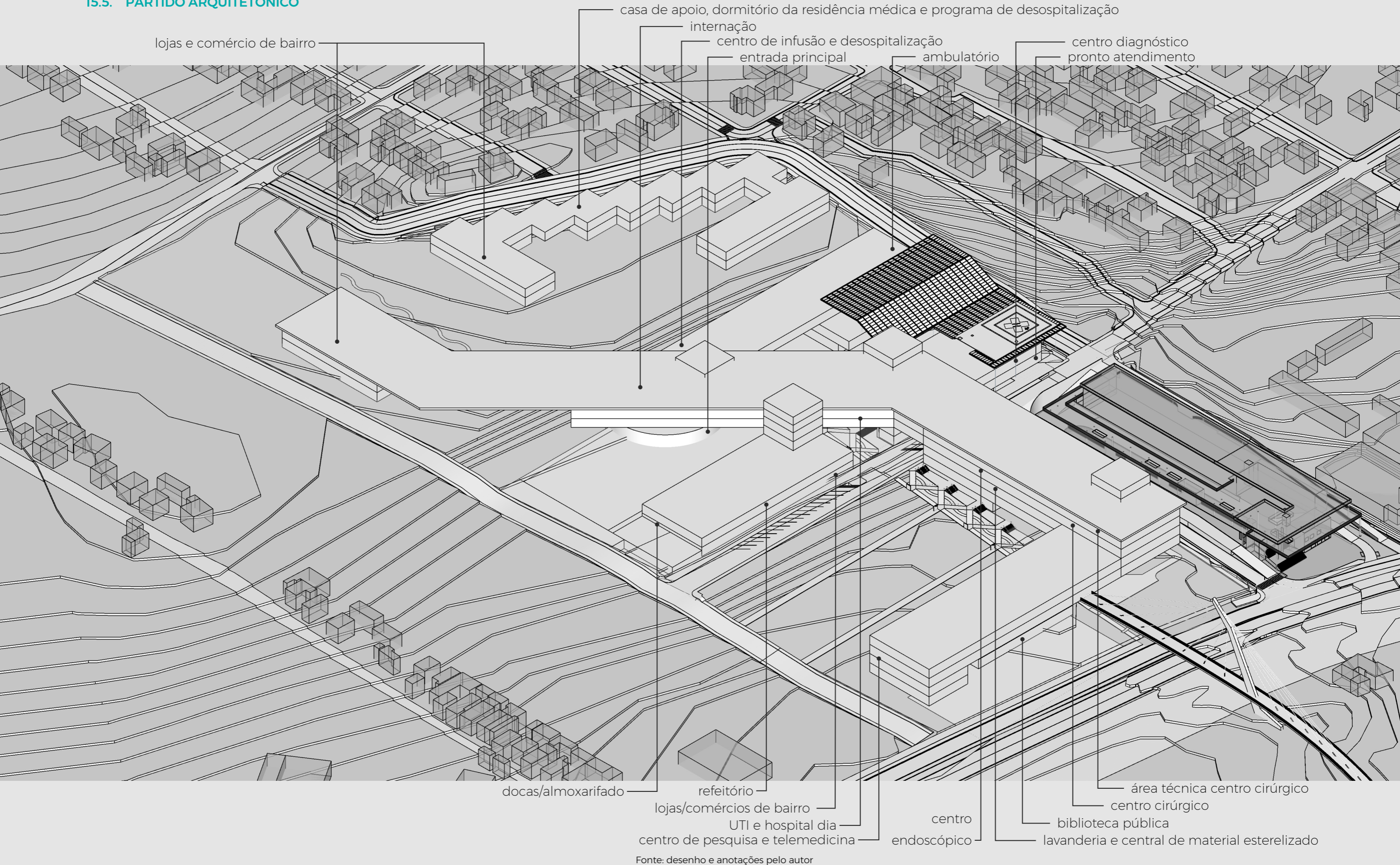


Figura 49 - Partido paisagístico

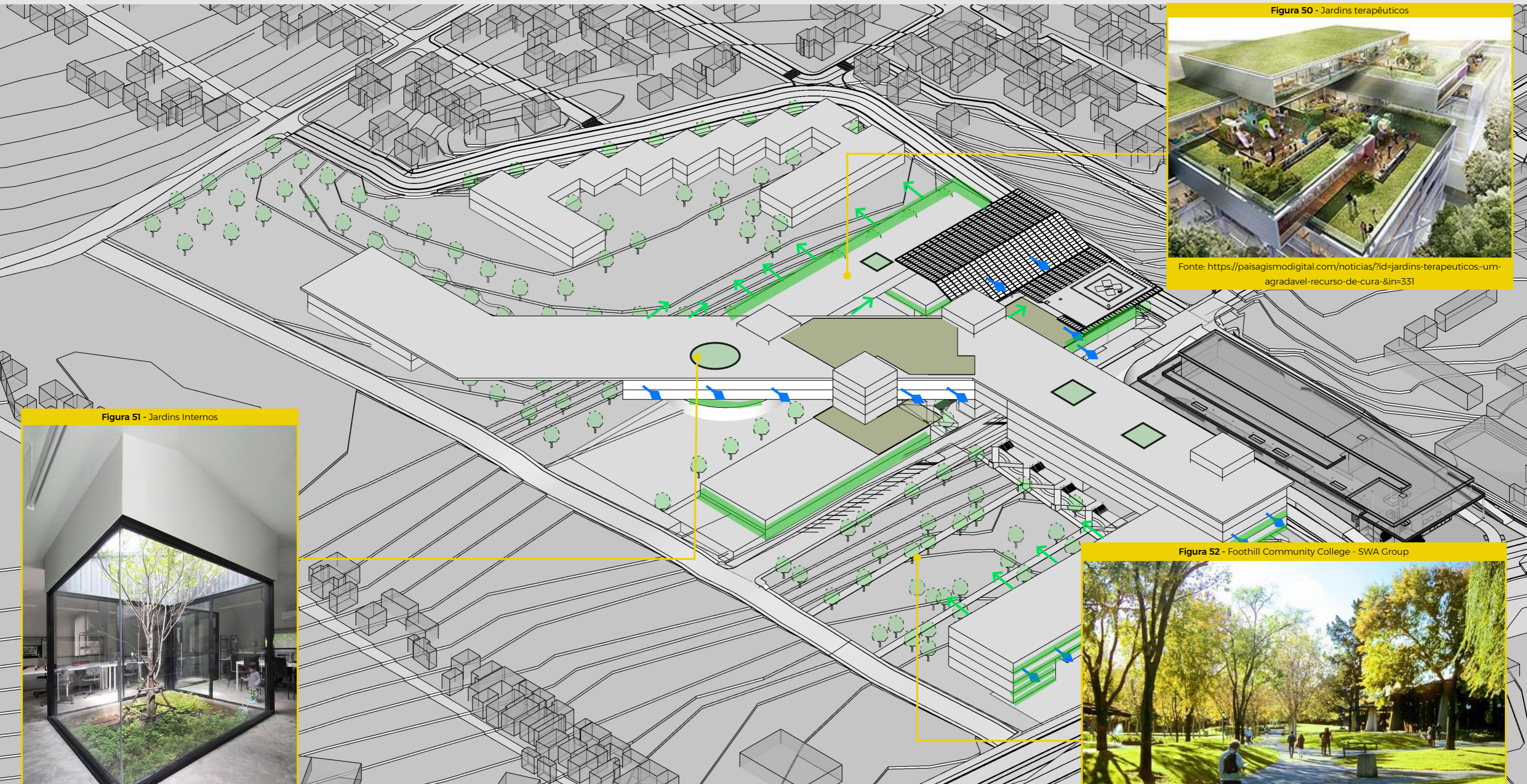


Figura 50 - Jardins terapêuticos



Fonte: <https://paisagismodigital.com/noticias/?id=jardins-terapeuticos-um-agradavel-recurso-de-cura-&in=331>

Figura 51 - Jardins Internos



Fonte: <https://archinect.com/firms/project/150150611/aswa-studio/150150621>

Figura 52 - Foothill Community College - SWA Group



Fonte: <http://www.pwpla.com/projects/foothill-college/>

Fonte: desenho e anotações pelo autor



- LEGENDA GERAL**
- ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (LIVRE)
 - ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (CONTROLADO)
 - ➔ ACESSO PEDESTRES RESTRITO (FUNCIONÁRIOS)
 - ➔ ACESSO VEÍCULOS
 - ➔ ACESSO VEÍCULOS (FUNCIONÁRIOS)
 - ➔ ACESSO EMERGÊNCIA (AMBULÂNCIA)
 - ➔ ACESSO VANS MUNICÍPIOS
 - ➔ SENTIDO DA VIA
 - ➔ CAIMENTO DA ÁGUA
 - ➔ SENTIDO DE SUBIDA DE RAMPAS E ESCADAS

- LEGENDA LOCALIZAÇÃO**
- ① SAÍDA CADÁVERES
 - ② ÁREA DE EXPANSÃO (AMBULATÓRIO)
 - ③ ÁREA DE EXPANSÃO (ÁREAS DE APOIO)
 - ④ ÁREA DE EXPANSÃO (C.C. e DIAGNÓSTICO)
 - ⑤ ÁREA DE EXPANSÃO (DORMITÓRIOS)
 - ⑥ ÁREA DE EXPANSÃO (CENTRO DE PESQUISA)

IMPLANTAÇÃO E COBERTURA
 escala: 1:1000

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

5,40 10,80
10,80 5,40

LEGENDA GERAL

- ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (LIVRE)
- ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (CONTROLADO)
- ➔ ACESSO PEDESTRES RESTRITO (FUNCIONÁRIOS)
- ➔ ACESSO VEÍCULOS
- ➔ ACESSO VEÍCULOS (FUNCIONÁRIOS)
- ➔ ACESSO EMERGÊNCIA (AMBULÂNCIA)
- ➔ ACESSO VANS MUNICÍPIOS
- ➔ SENTIDO DA VIA
- ➔ CAIMENTO DA ÁGUA
- ➔ SENTIDO DE SUBIDA DE RAMPAS E ESCADAS

fachada noroeste
fachada nordeste

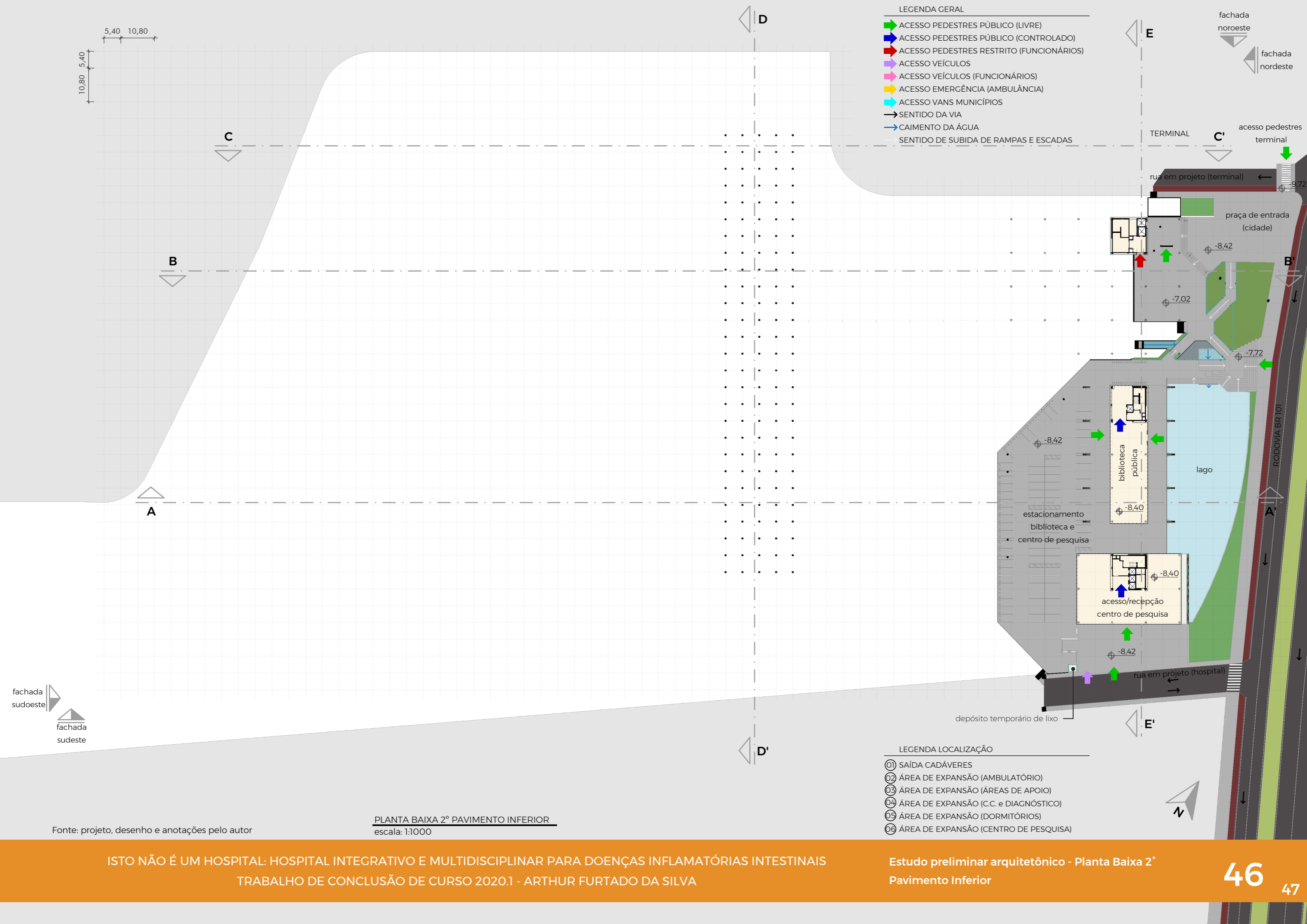
fachada sudoeste
fachada sudeste

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

PLANTA BAIXA 2º PAVIMENTO INFERIOR
escala: 1:1000

LEGENDA LOCALIZAÇÃO

- 01 SAÍDA CADÁVERES
- 02 ÁREA DE EXPANSÃO (AMBULATÓRIO)
- 03 ÁREA DE EXPANSÃO (ÁREAS DE APOIO)
- 04 ÁREA DE EXPANSÃO (C.C. e DIAGNÓSTICO)
- 05 ÁREA DE EXPANSÃO (DORMITÓRIOS)
- 06 ÁREA DE EXPANSÃO (CENTRO DE PESQUISA)

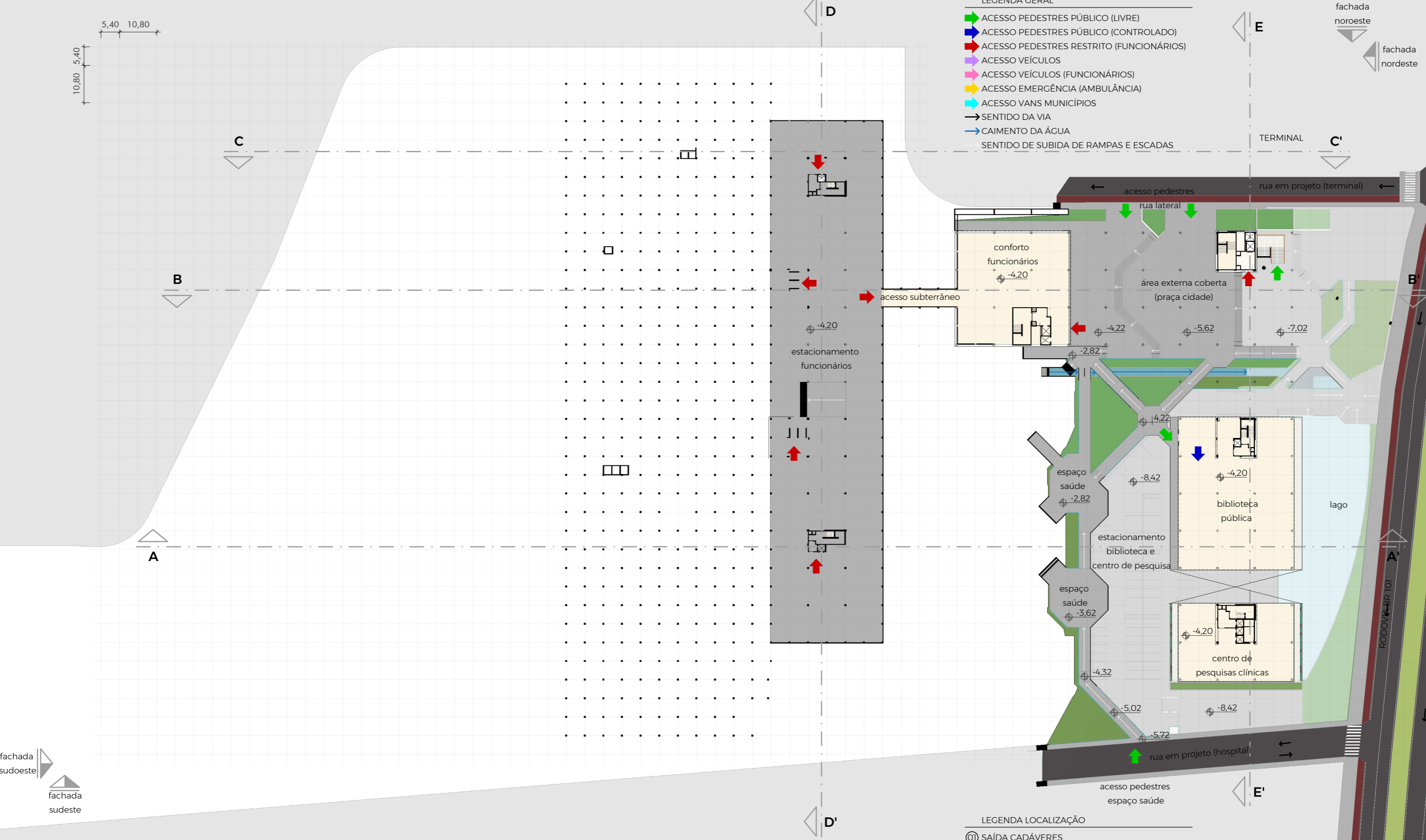


5,40 10,80
10,80 5,40

LEGENDA GERAL

- ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (LIVRE)
- ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (CONTROLADO)
- ➔ ACESSO PEDESTRES RESTRITO (FUNCIONÁRIOS)
- ➔ ACESSO VEÍCULOS
- ➔ ACESSO VEÍCULOS (FUNCIONÁRIOS)
- ➔ ACESSO EMERGÊNCIA (AMBULÂNCIA)
- ➔ ACESSO VANS MUNICÍPIOS
- ➔ SENTIDO DA VIA
- ➔ CAIMENTO DA ÁGUA
- ➔ SENTIDO DE SUBIDA DE RAMPAS E ESCADAS

fachada
noroeste
fachada
nordeste



fachada
sudoeste
fachada
sudeste

LEGENDA LOCALIZAÇÃO

- 01 SAÍDA CADÁVERES
- 02 ÁREA DE EXPANSÃO (AMBULATÓRIO)
- 03 ÁREA DE EXPANSÃO (ÁREAS DE APOIO)
- 04 ÁREA DE EXPANSÃO (C.C. e DIAGNÓSTICO)
- 05 ÁREA DE EXPANSÃO (DORMITÓRIOS)
- 06 ÁREA DE EXPANSÃO (CENTRO DE PESQUISA)



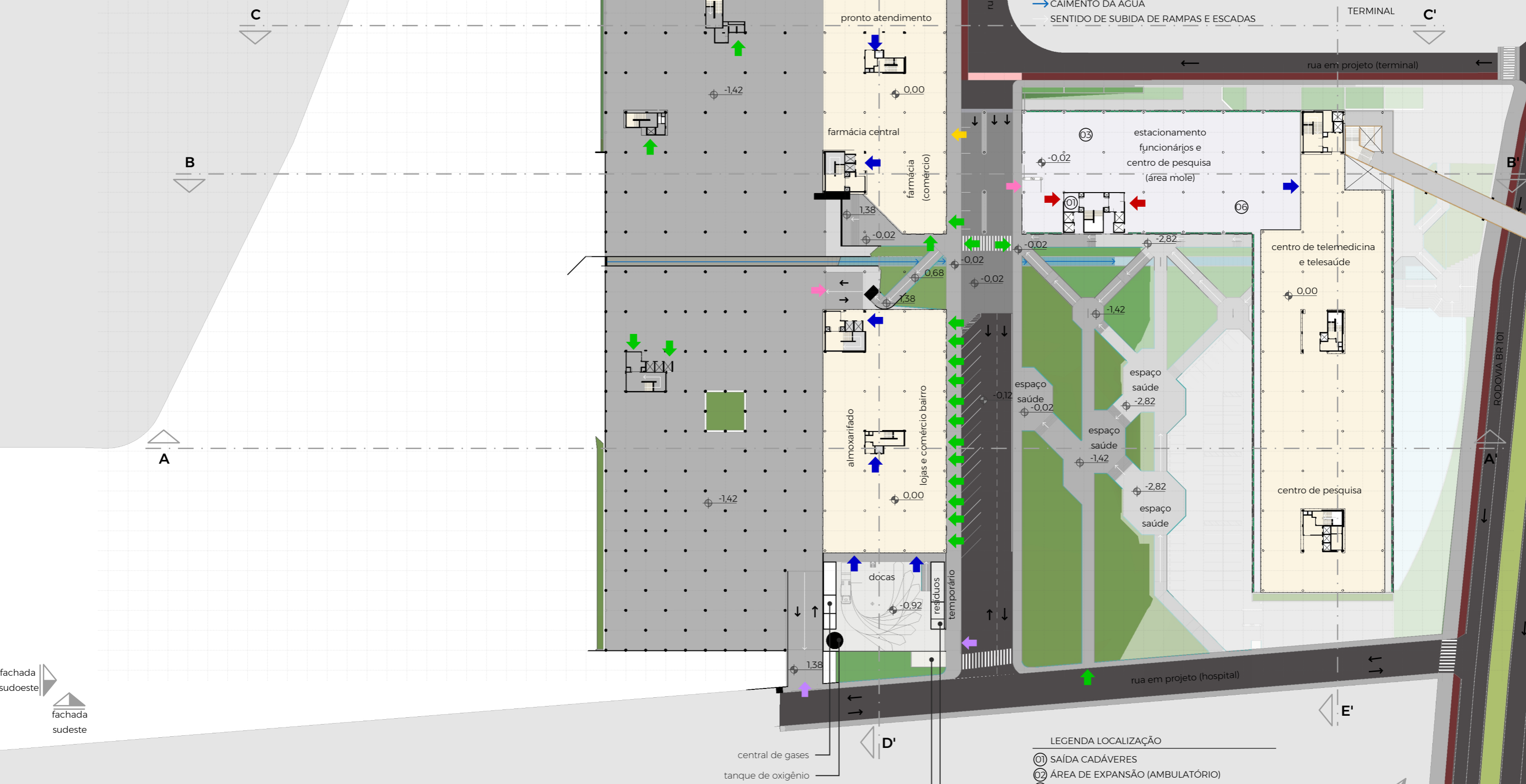
Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

PLANTA BAIXA 1º PAVIMENTO INFERIOR
escala: 1:1000

5,40 10,80
10,80 5,40

- LEGENDA GERAL**
- ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (LIVRE)
 - ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (CONTROLADO)
 - ➔ ACESSO PEDESTRES RESTRITO (FUNCIONÁRIOS)
 - ➔ ACESSO VEÍCULOS
 - ➔ ACESSO VEÍCULOS (FUNCIONÁRIOS)
 - ➔ ACESSO EMERGÊNCIA (AMBULÂNCIA)
 - ➔ ACESSO VANS MUNICÍPIOS
 - ➔ SENTIDO DA VIA
 - ➔ CAIMENTO DA ÁGUA
 - ➔ SENTIDO DE SUBIDA DE RAMPAS E ESCADAS

fachada noroeste
fachada nordeste



- LEGENDA LOCALIZAÇÃO**
- 01 SAÍDA CADÁVERES
 - 02 ÁREA DE EXPANSÃO (AMBULATÓRIO)
 - 03 ÁREA DE EXPANSÃO (ÁREAS DE APOIO)
 - 04 ÁREA DE EXPANSÃO (C.C. e DIAGNÓSTICO)
 - 05 ÁREA DE EXPANSÃO (DORMITÓRIOS)
 - 06 ÁREA DE EXPANSÃO (CENTRO DE PESQUISA)



fachada sudoeste
fachada sudeste

PLANTA BAIXA TÉRREO
escala: 1:1000

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

central de gases
tanque de oxigênio
deposição de resíduos (coleta)
deposição temporário de resíduos (reciclável, comum e hospitalar)

5,40 10,80
10,80 5,40

- LEGENDA GERAL**
- ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (LIVRE)
 - ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (CONTROLADO)
 - ➔ ACESSO PEDESTRES RESTRITO (FUNCIONÁRIOS)
 - ➔ ACESSO VEÍCULOS
 - ➔ ACESSO VEÍCULOS (FUNCIONÁRIOS)
 - ➔ ACESSO EMERGÊNCIA (AMBULÂNCIA)
 - ➔ ACESSO VANS MUNICÍPIOS
 - ➔ SENTIDO DA VIA
 - ➔ CAIMENTO DA ÁGUA
 - ➔ SENTIDO DE SUBIDA DE RAMPAS E ESCADAS

fachada noroeste
fachada nordeste
TERMINAL
C' acesso pedestres terminal
rua em projeto (terminal)

C
B
A

fachada sudoeste
fachada sudeste

rua em projeto (hospital)

D'

- LEGENDA LOCALIZAÇÃO**
- ⓪1 SAÍDA CADÁVERES
 - ⓪2 ÁREA DE EXPANSÃO (AMBULATÓRIO)
 - ⓪3 ÁREA DE EXPANSÃO (ÁREAS DE APOIO)
 - ⓪4 ÁREA DE EXPANSÃO (C.C. e DIAGNÓSTICO)
 - ⓪5 ÁREA DE EXPANSÃO (DORMITÓRIOS)
 - ⓪6 ÁREA DE EXPANSÃO (CENTRO DE PESQUISA)



PLANTA BAIXA 1º PAVIMENTO SUPERIOR
escala: 1:1000

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

5,40 10,80
10,80 5,40

- LEGENDA GERAL**
- ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (LIVRE)
 - ➔ ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (CONTROLADO)
 - ➔ ACESSO PEDESTRES RESTRITO (FUNCIONÁRIOS)
 - ➔ ACESSO VEÍCULOS
 - ➔ ACESSO VEÍCULOS (FUNCIONÁRIOS)
 - ➔ ACESSO EMERGÊNCIA (AMBULÂNCIA)
 - ➔ ACESSO VANS MUNICÍPIOS
 - ➔ SENTIDO DA VIA
 - ➔ CAIMENTO DA ÁGUA
 - ➔ SENTIDO DE SUBIDA DE RAMPAS E ESCADAS

fachada noroeste
fachada nordeste

C
B
A

TERMINAL
C' acesso pedestres terminal

depósito de resíduos

acesso desospitalização e dormitórios

ambulatório setor B

acesso heliponto

jardim terapêutico

centro endoscópico

centro cirurgico

unidade de terapia intensiva (UTI)

internação

jardim terapêutico

internação

área técnica ar condicionado

área externa conforto médico

área técnica gerador ar condicionado

fachada sudoeste
fachada sudeste

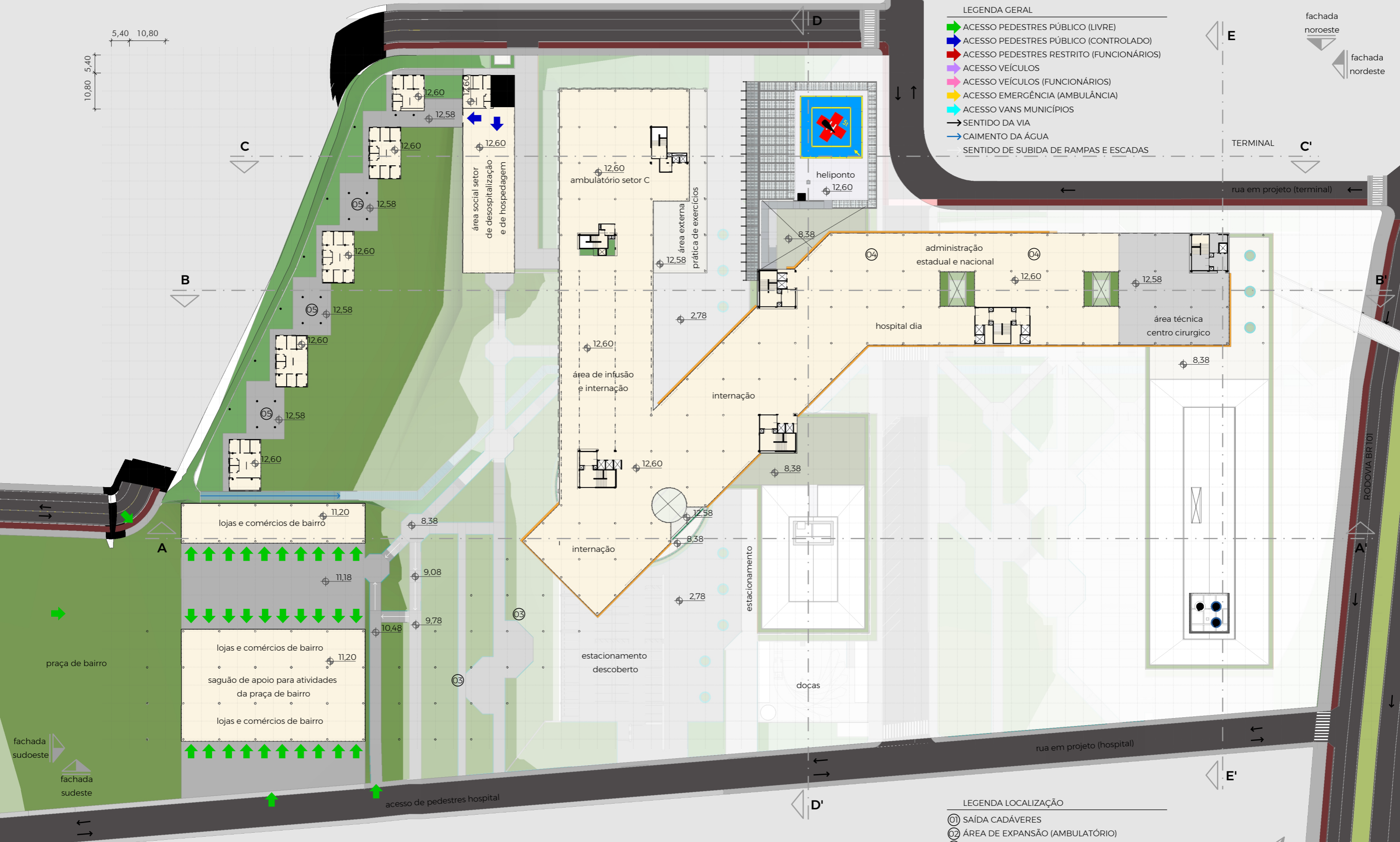
rua em projeto (hospital)

RODOVIA BR 101

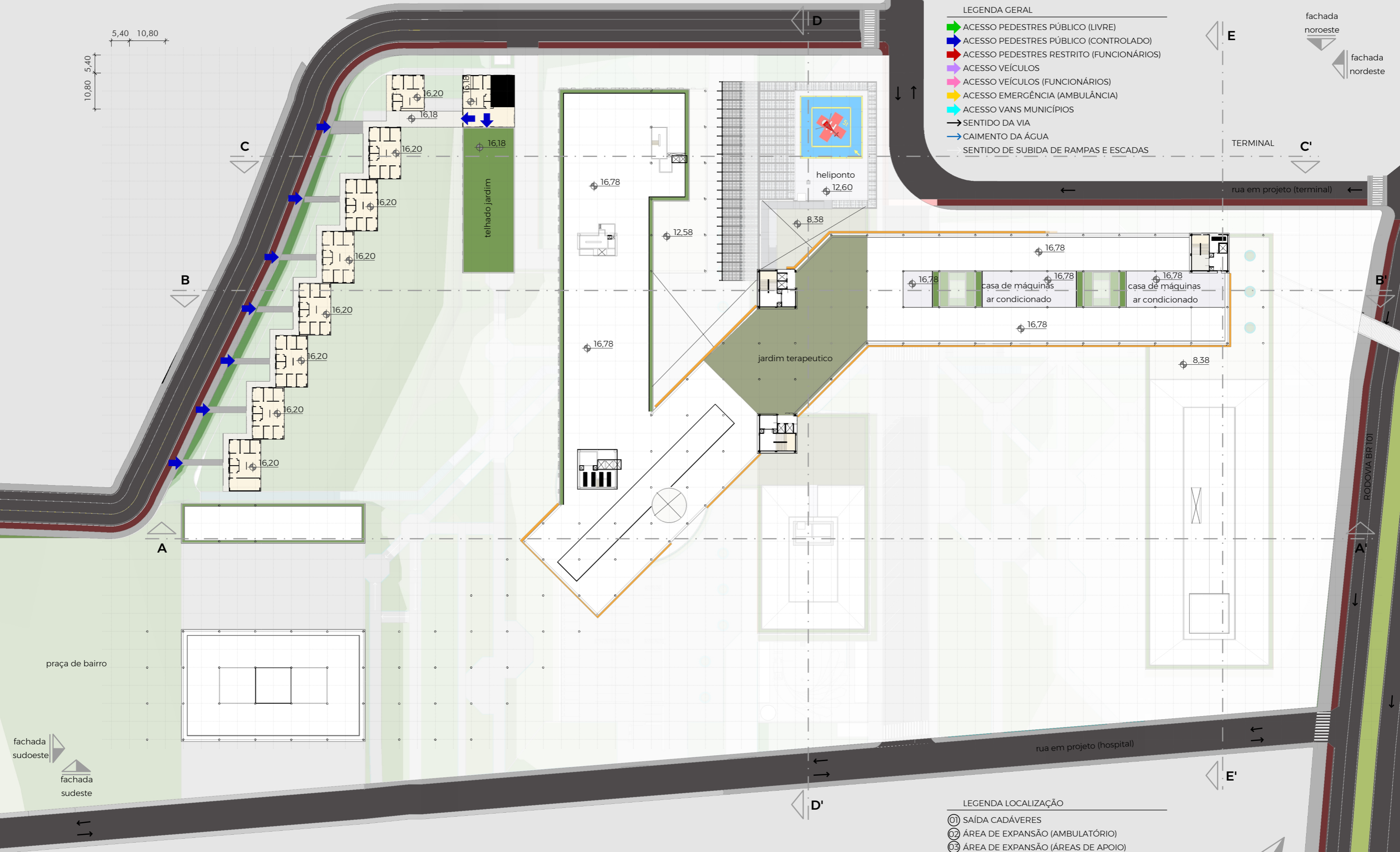
- LEGENDA LOCALIZAÇÃO**
- 01 SAÍDA CADÁVERES
 - 02 ÁREA DE EXPANSÃO (AMBULATÓRIO)
 - 03 ÁREA DE EXPANSÃO (ÁREAS DE APOIO)
 - 04 ÁREA DE EXPANSÃO (C.C. e DIAGNÓSTICO)
 - 05 ÁREA DE EXPANSÃO (DORMITÓRIOS)
 - 06 ÁREA DE EXPANSÃO (CENTRO DE PESQUISA)

PLANTA BAIXA 2º PAVIMENTO SUPERIOR
escala: 1:1000

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



- LEGENDA GERAL
- ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (LIVRE)
 - ACESSO PEDESTRES PÚBLICO (CONTROLADO)
 - ACESSO PEDESTRES RESTRITO (FUNCIONÁRIOS)
 - ACESSO VEÍCULOS
 - ACESSO VEÍCULOS (FUNCIONÁRIOS)
 - ACESSO EMERGÊNCIA (AMBULÂNCIA)
 - ACESSO VANS MUNICÍPIOS
 - SENTIDO DA VIA
 - CAIMENTO DA ÁGUA
 - SENTIDO DE SUBIDA DE RAMPAS E ESCADAS

- LEGENDA LOCALIZAÇÃO
- 01 SAÍDA CADÁVERES
 - 02 ÁREA DE EXPANSÃO (AMBULATÓRIO)
 - 03 ÁREA DE EXPANSÃO (ÁREAS DE APOIO)
 - 04 ÁREA DE EXPANSÃO (C.C. e DIAGNÓSTICO)
 - 05 ÁREA DE EXPANSÃO (DORMITÓRIOS)
 - 06 ÁREA DE EXPANSÃO (CENTRO DE PESQUISA)

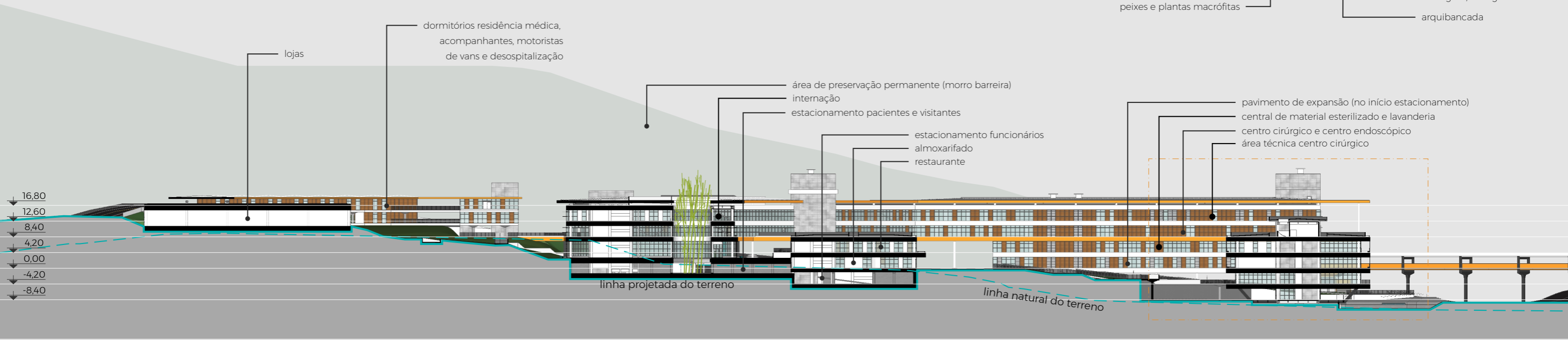
Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

PLANTA BAIXA 4º PAVIMENTO SUPERIOR
escala: 1:1000



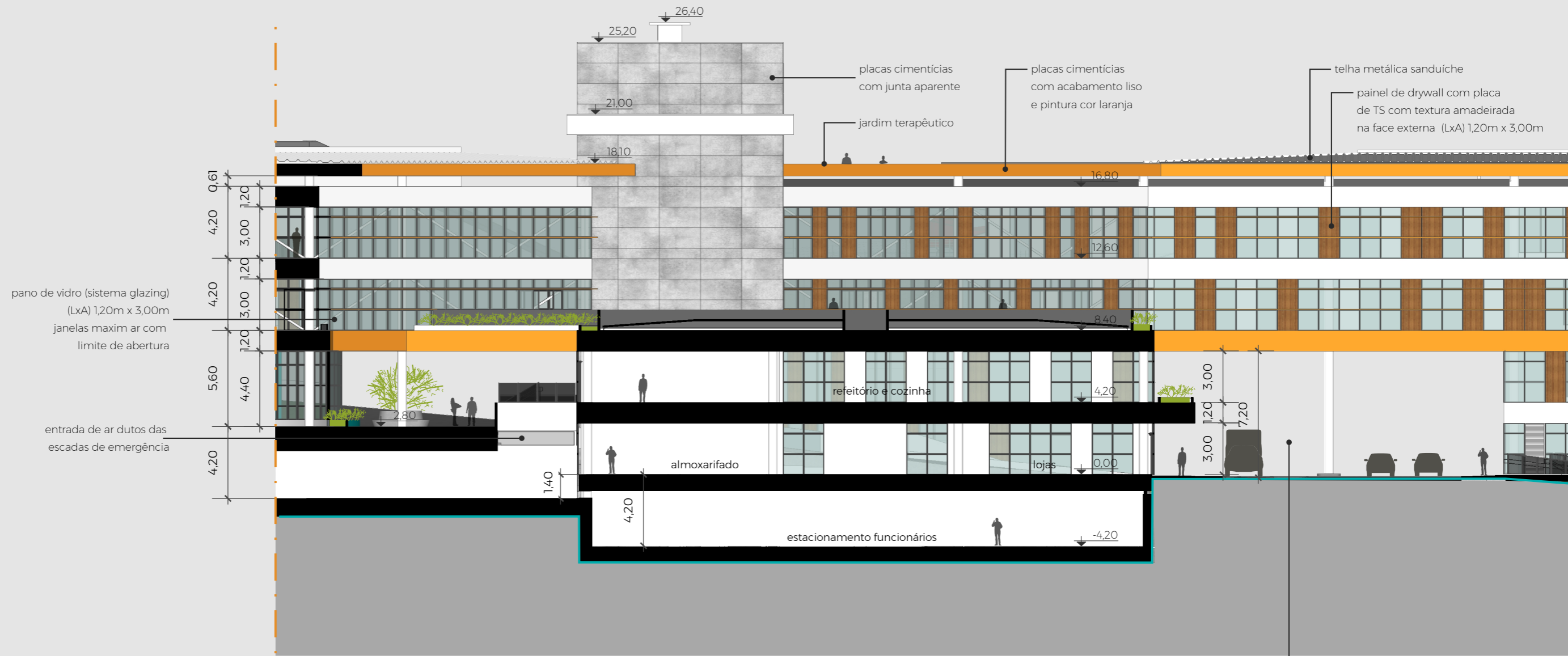
RECORTE 01 DO CORTE AA'
escala: 1:250

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



CORTE AA'
escala: 1:1000

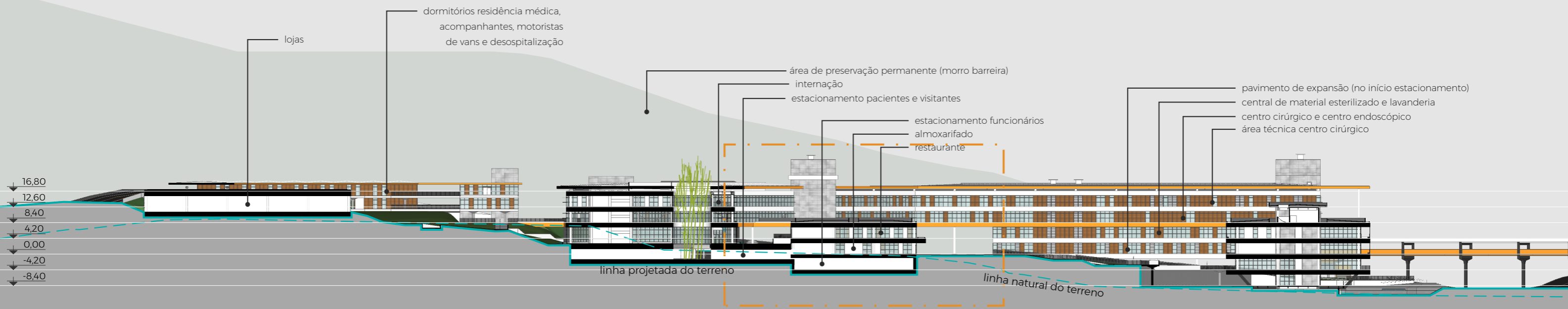
Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



RECORTE 02 DO CORTE AA'
escala: 1:250

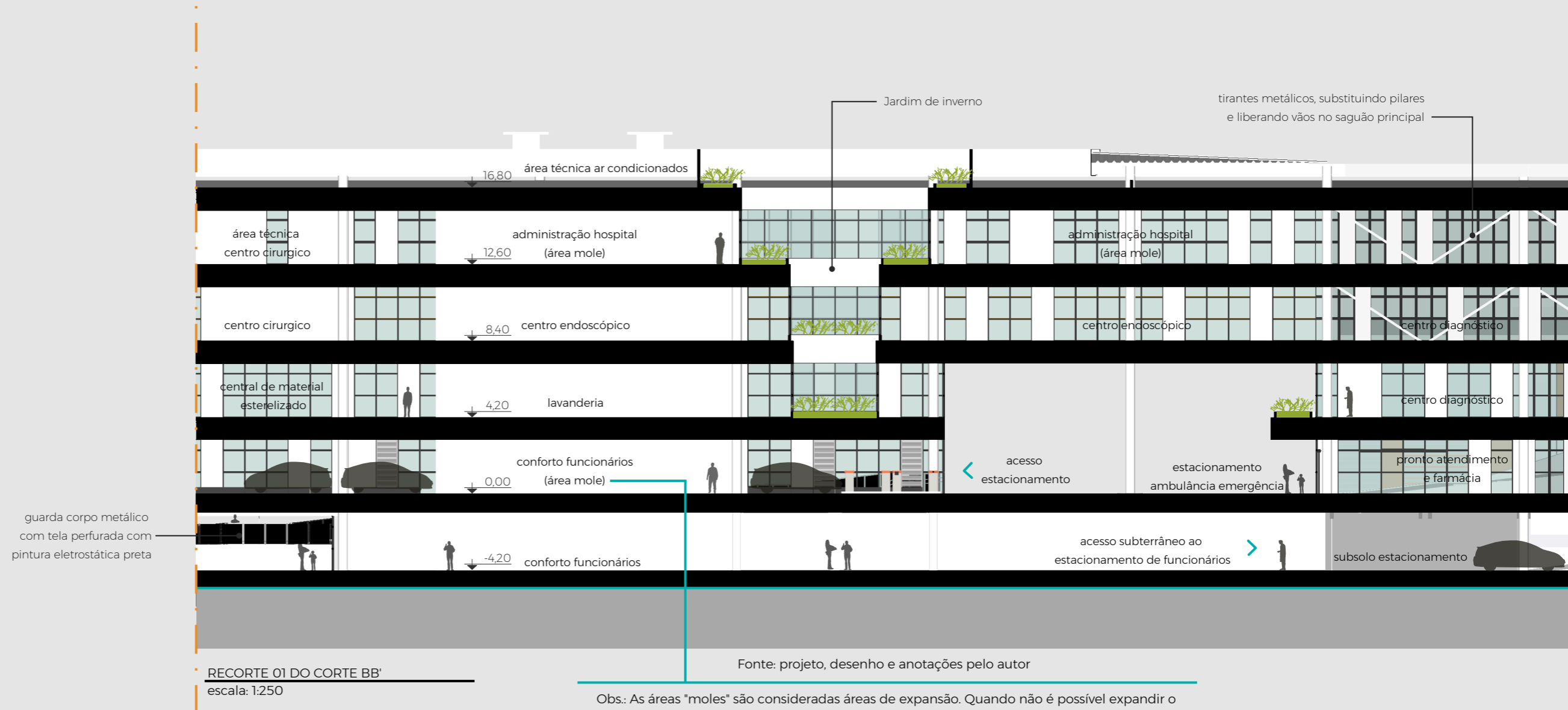
Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

galeria com passagem de carros, pedestres e ambulâncias

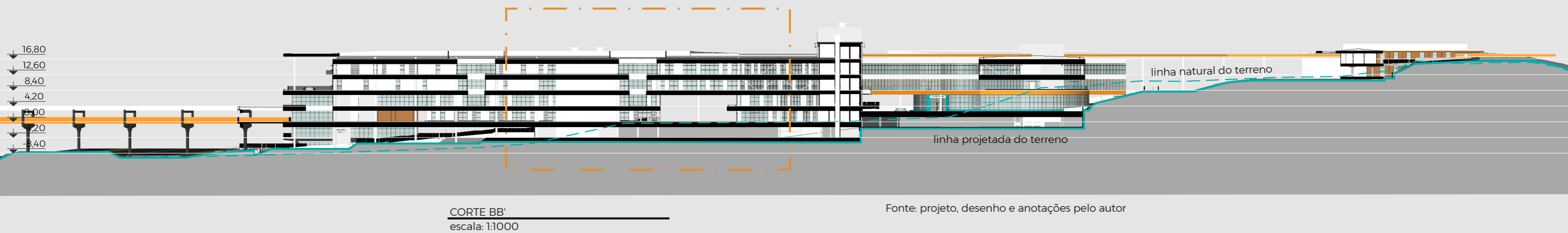


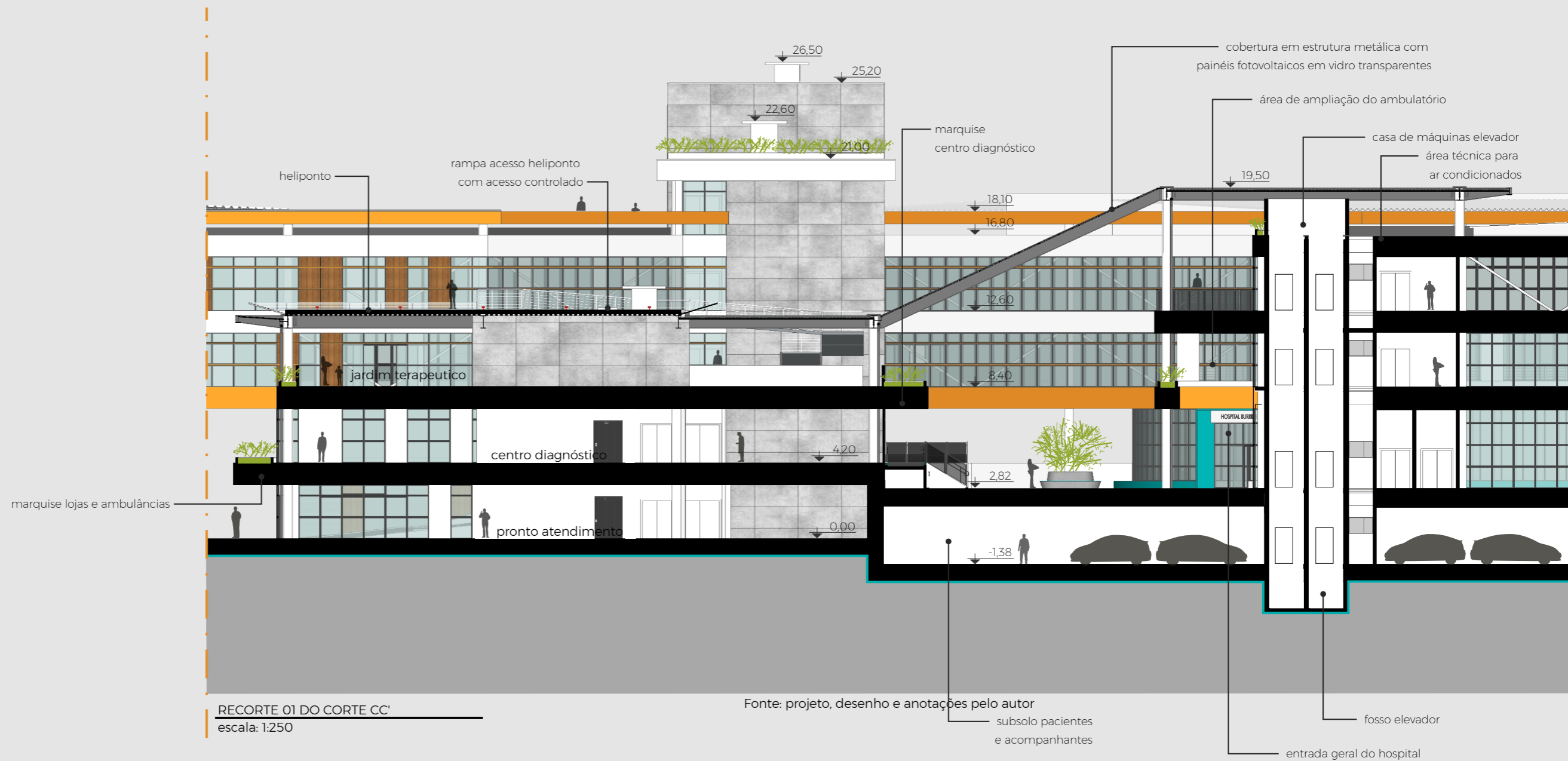
CORTE AA'
escala: 1:1000

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



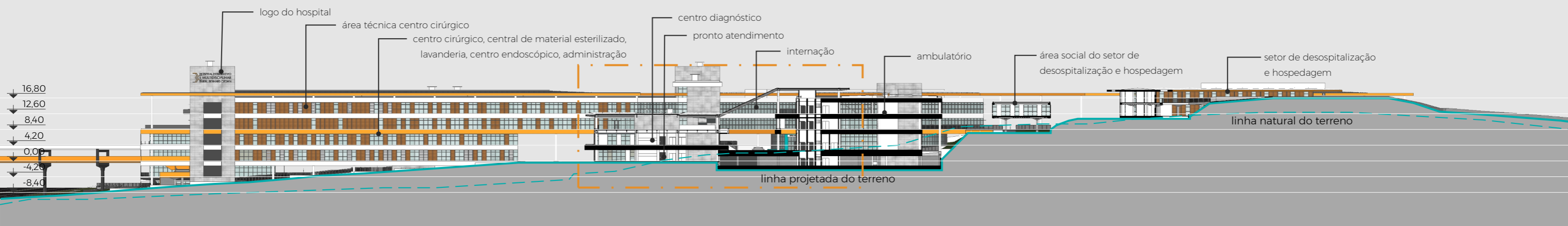
Obs.: As áreas "moles" são consideradas áreas de expansão. Quando não é possível expandir o edifício nos setores que demandam crescimento, usualmente são previstas áreas administrativas ou de conforto no entorno dessas, pois os custos para mudar um setor administrativo de local são mínimos comparado a mudança de setores complexos como centros cirúrgicos ou diagnósticos.





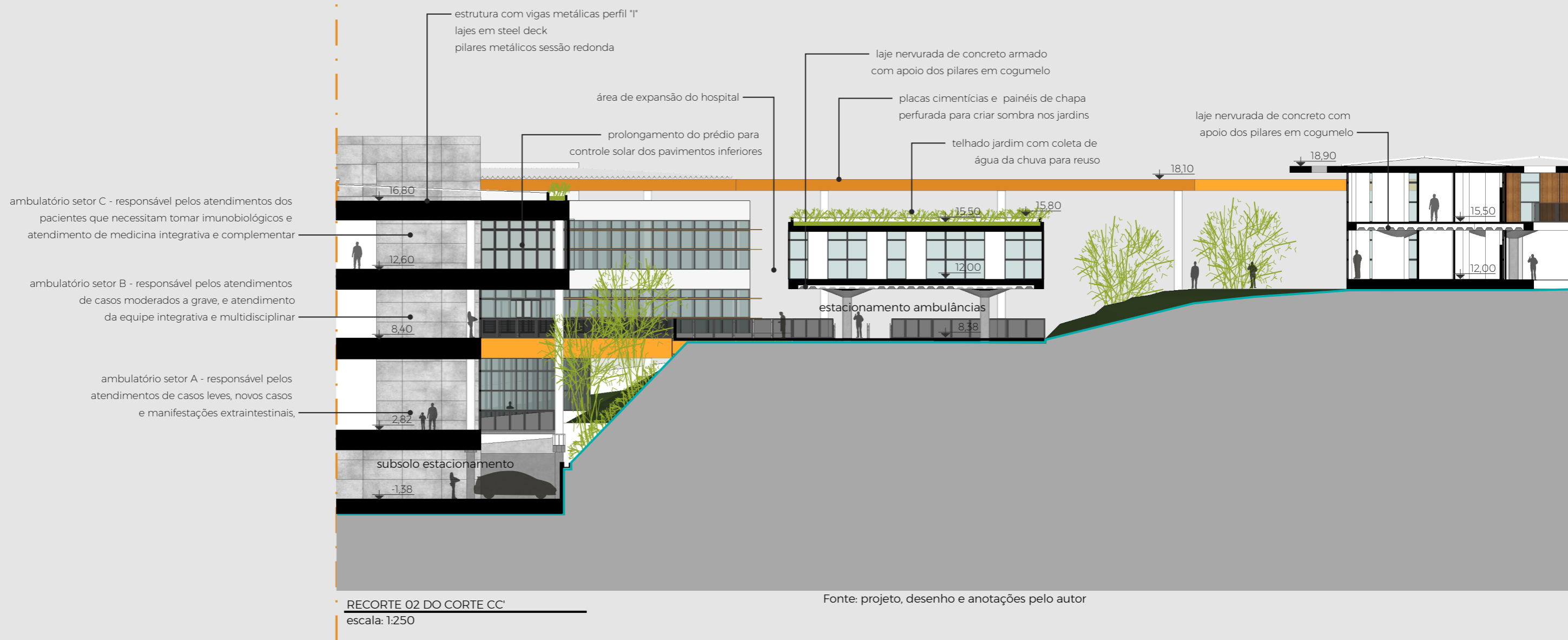
RECORTE 01 DO CORTE CC'
escala: 1:250

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

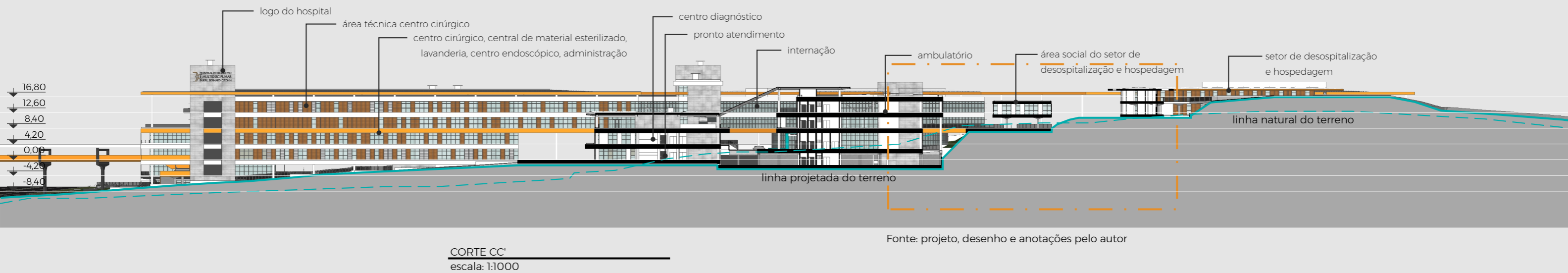


CORTE CC'
escala: 1:1000

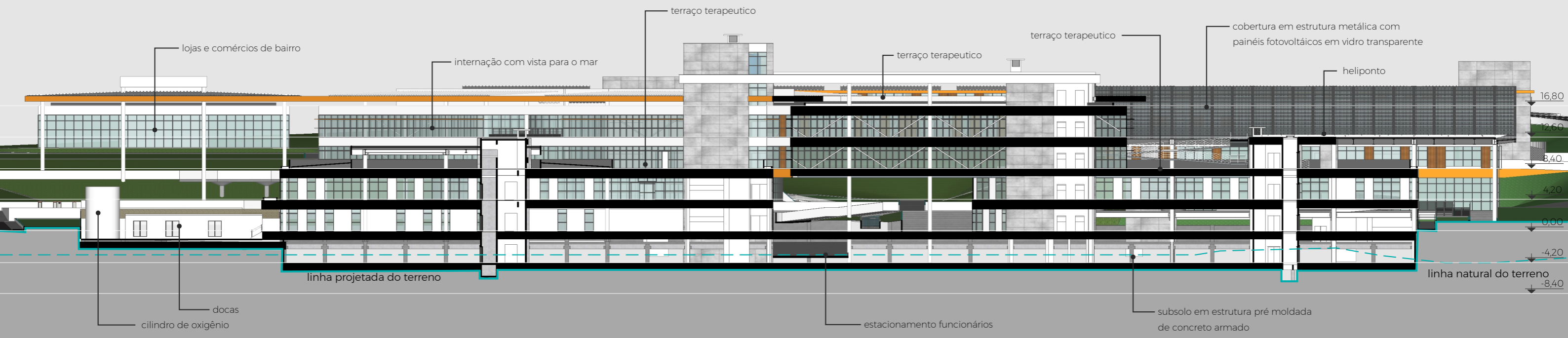
Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

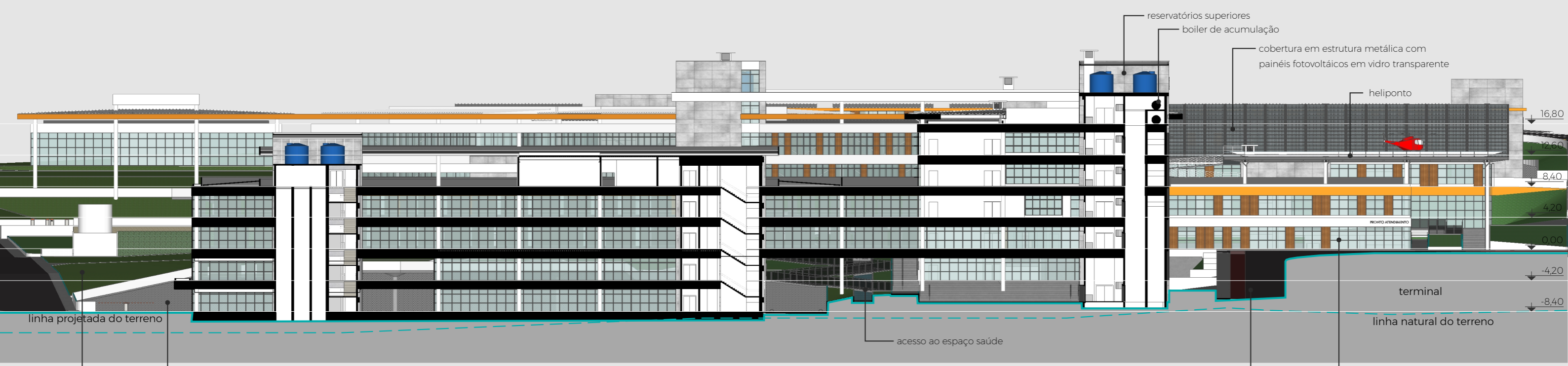


Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



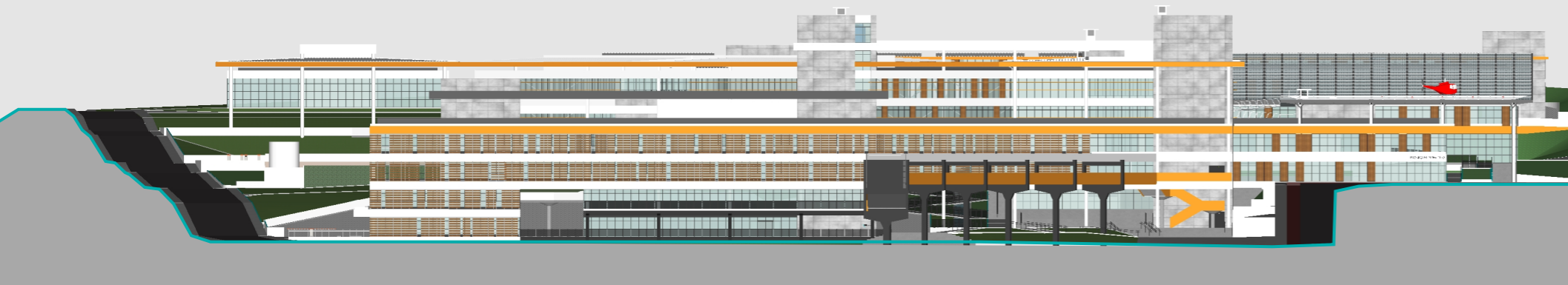
CORTE DD'
escala: 1:500

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



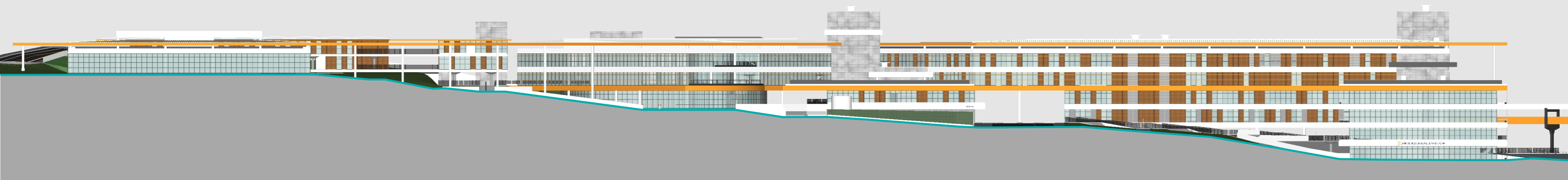
CORTE EE'
escala: 1:500

Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

FACHADA NORDESTE
escala: 1:850



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

FACHADA SUDESTE
escala: 1:850



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

FACHADA SUDOESTE
escala: 1:850



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

FACHADA NOROESTE
escala: 1:850

Figura 53 - Perspectiva com vista para o hospital da BR 101



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

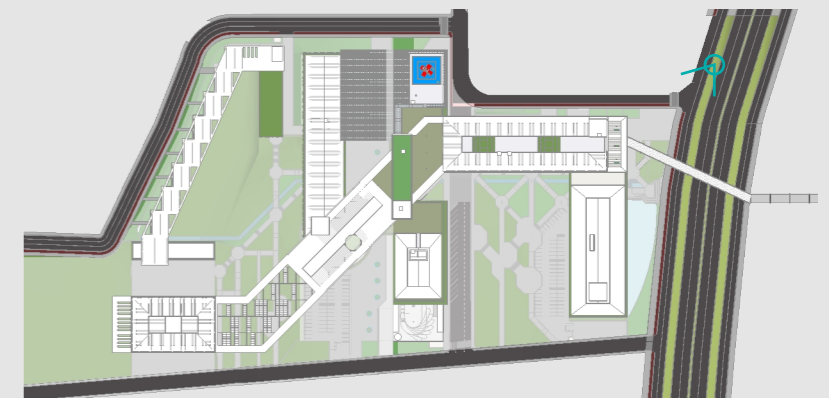
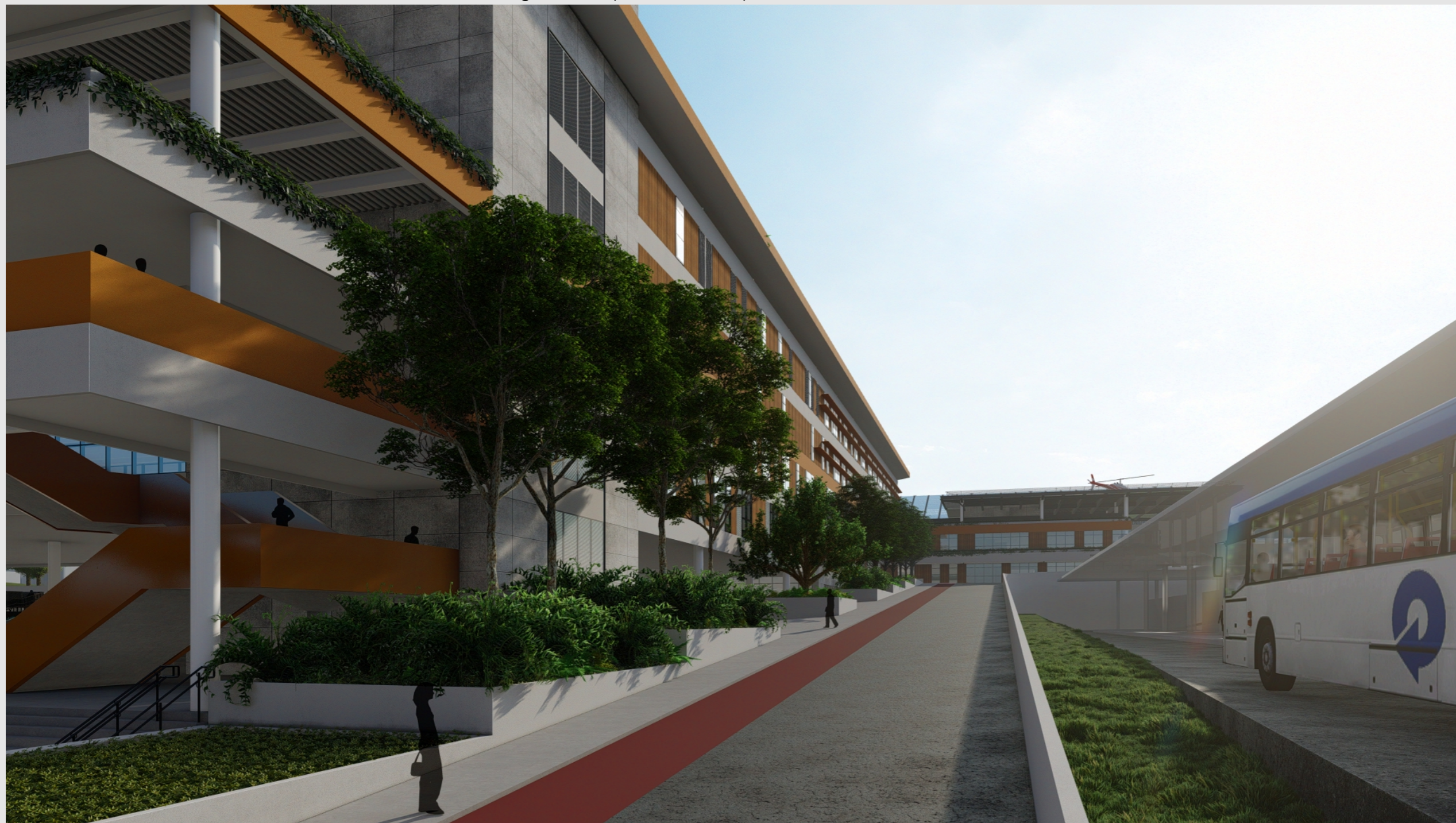


Figura 54 - Perspectiva da faixa de pedestres na rua lateral ao terminal



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

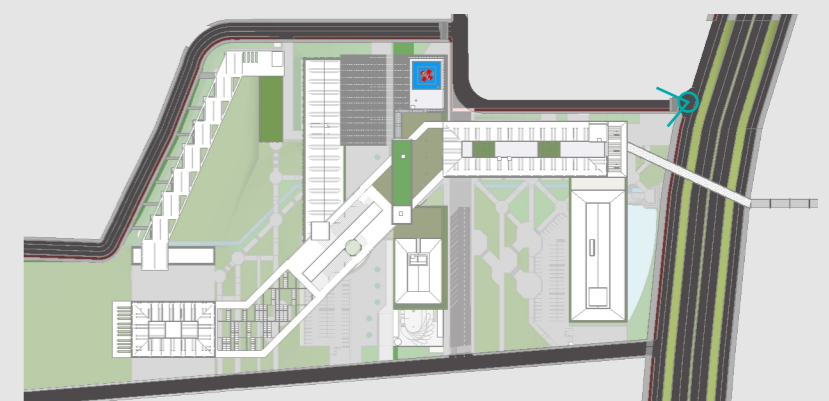


Figura 55 - Perspectiva esquina centro de pesquisas



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

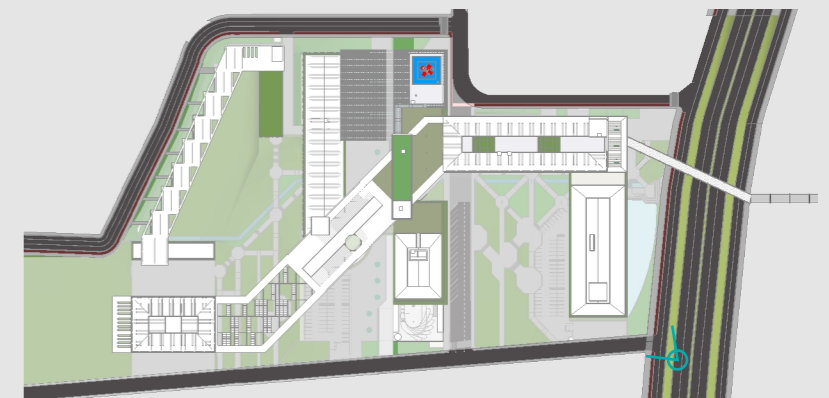
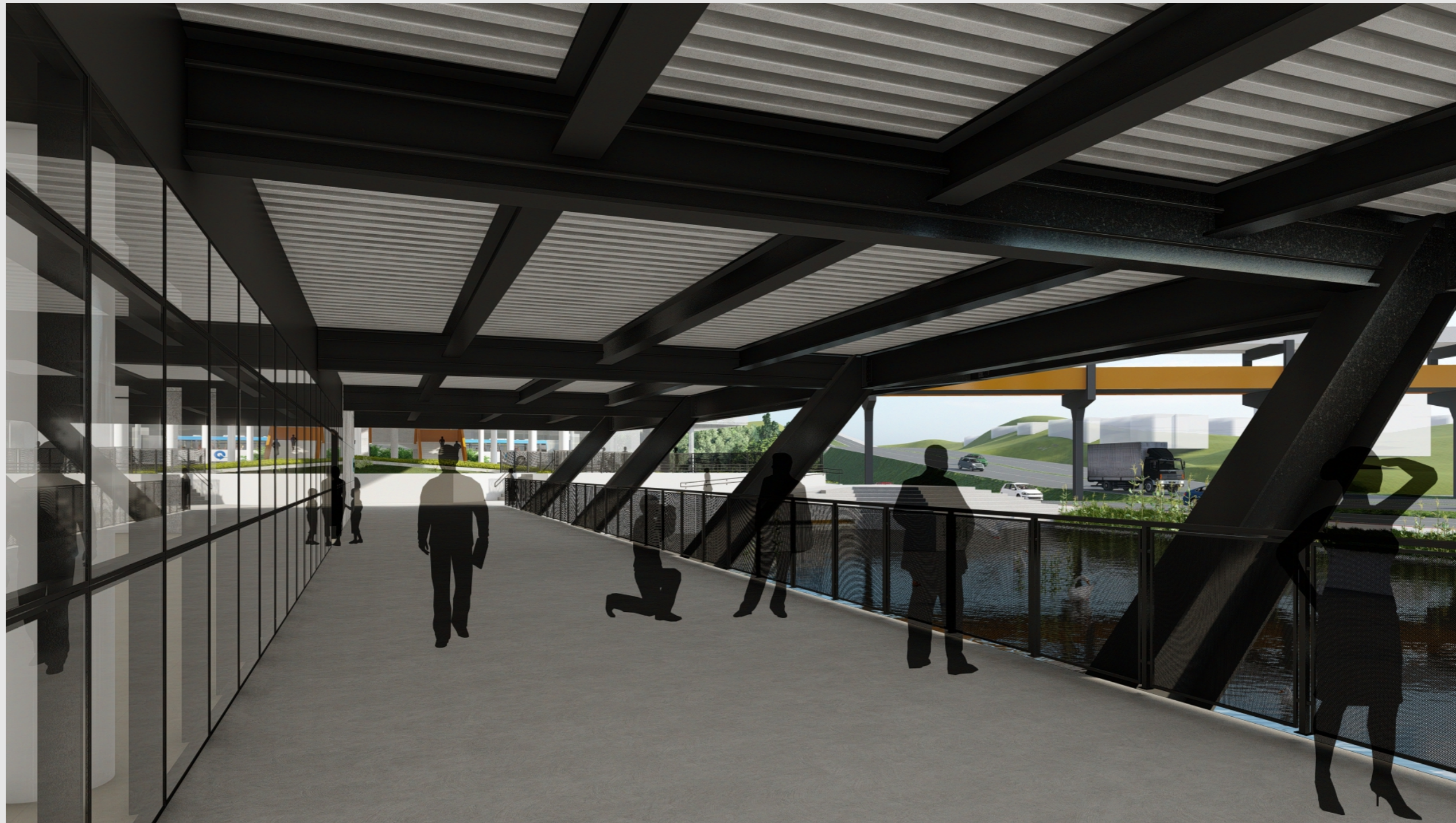


Figura 56 - Perspectiva varanda biblioteca pública



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

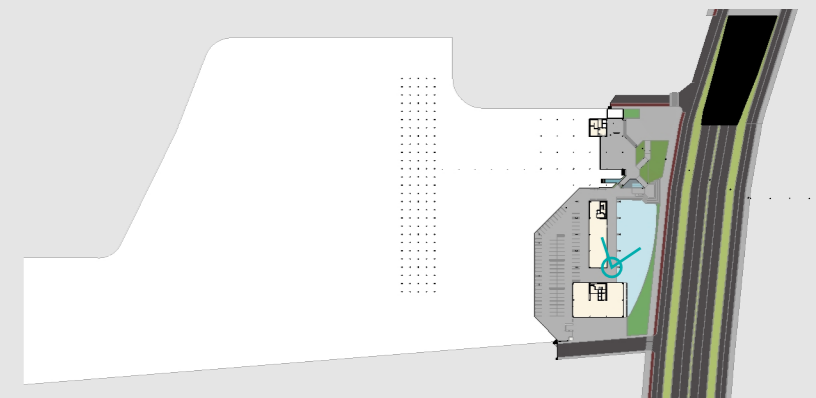


Figura 57 - Perspectiva centro de pesquisa



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

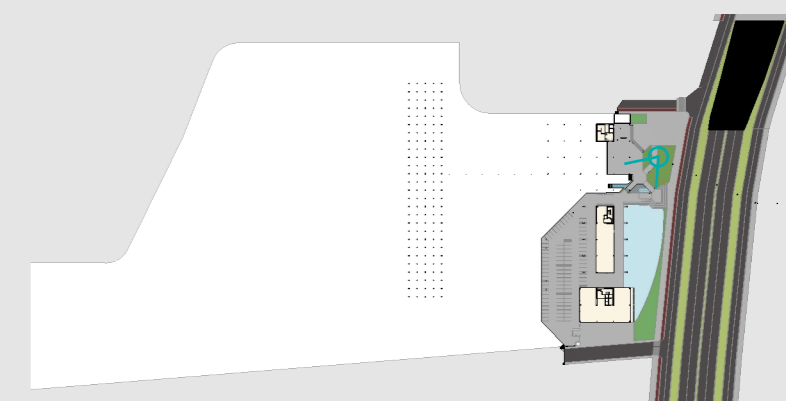


Figura 58 - Perspectiva tanque de peixes e acesso biblioteca pública



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

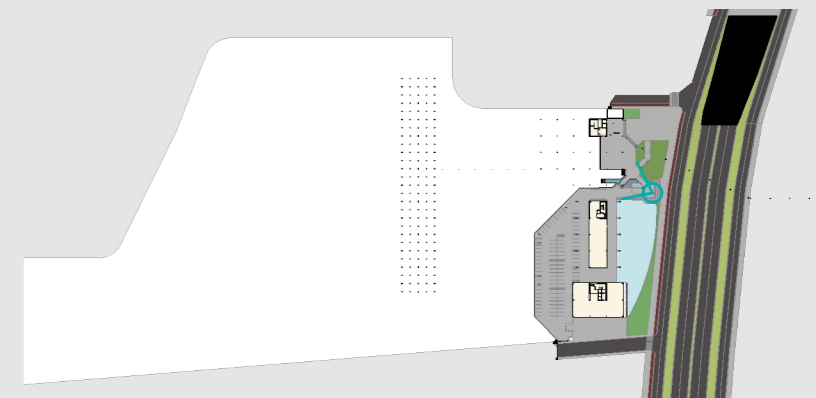


Figura 59 - Perspectiva saída superior da biblioteca



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

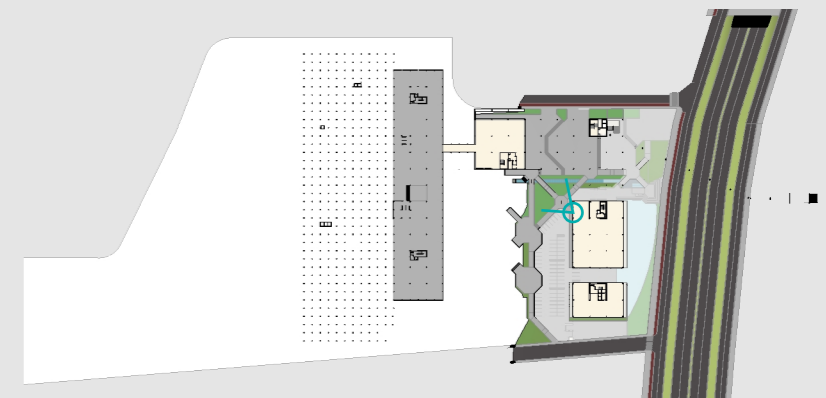


Figura 60 - Perspectiva parque



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



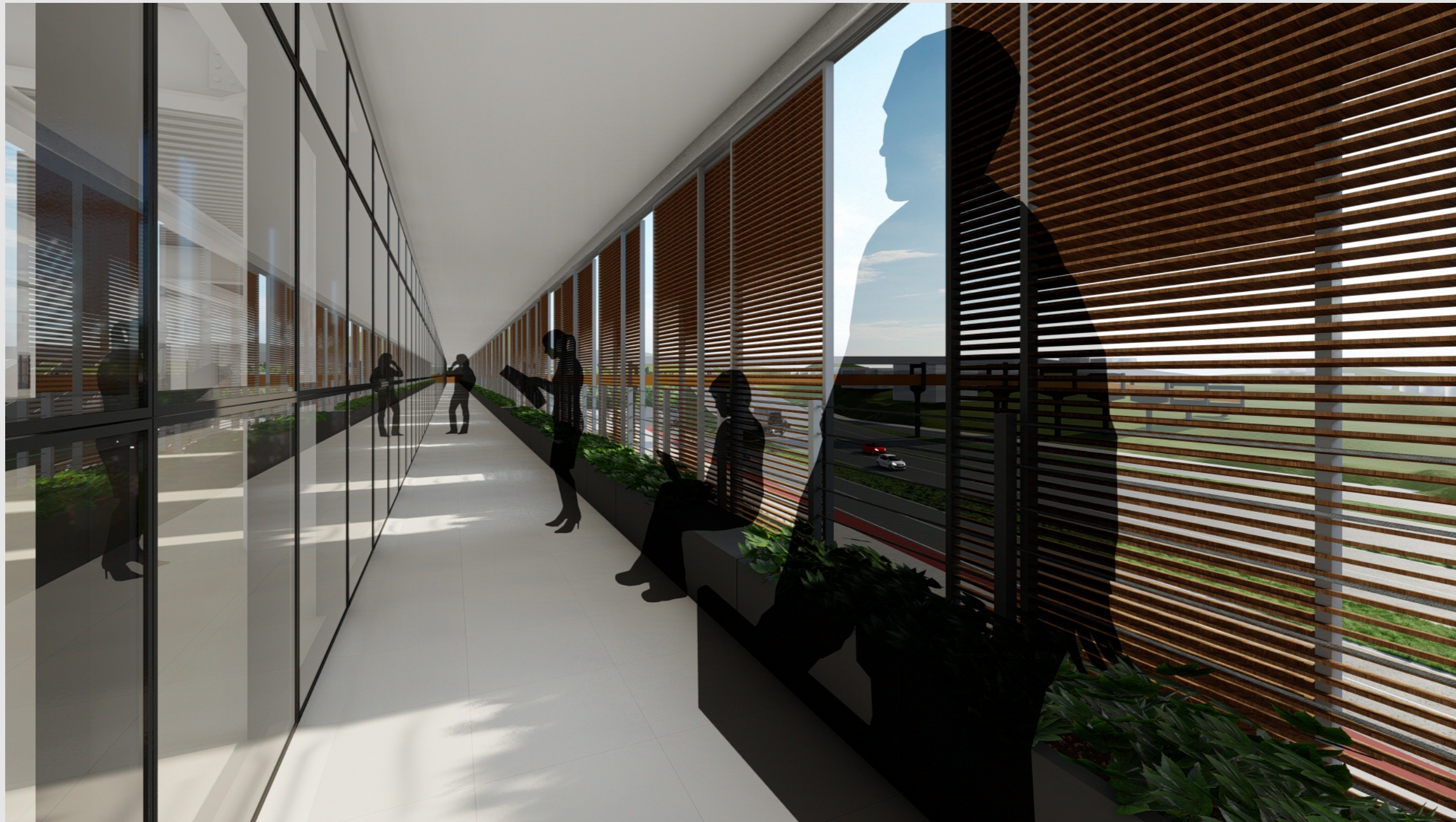
Figura 61 - Perspectiva parque



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 62 - Perspectiva varanda centro de pesquisas



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 63 - Perspectiva galeria e acesso estacionamento funcionários



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

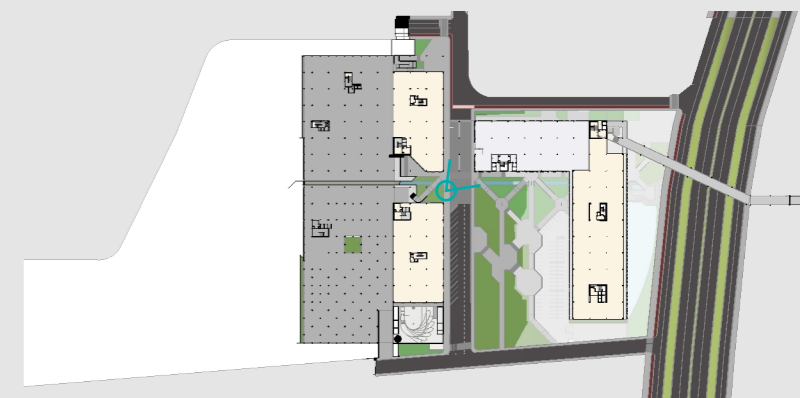


Figura 64 - Perspectiva vista do subsolo e pavimentos do ambulatório



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 65 - Perspectiva esquina pronto atendimento, ambulatório e casa de apoio



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 66 - Perspectiva vão centro diagnóstico e ambulatório



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 67 - Perspectiva entrada lateral



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 68 - Perspectiva entrada restaurante e saguão central



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 69 - Perspectiva entrada principal



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 70 - Perspectiva saguão de recepção



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 71 - Perspectiva estacionamento descoberto e área de expansão



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 72 - Perspectiva área de expansão e acesso lateral



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 73 - Perspectiva parque



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 74 - Perspectiva casa de apoio



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 75 - Perspectiva casa de apoio



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



Figura 76 - Perspectiva varanda internação



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor

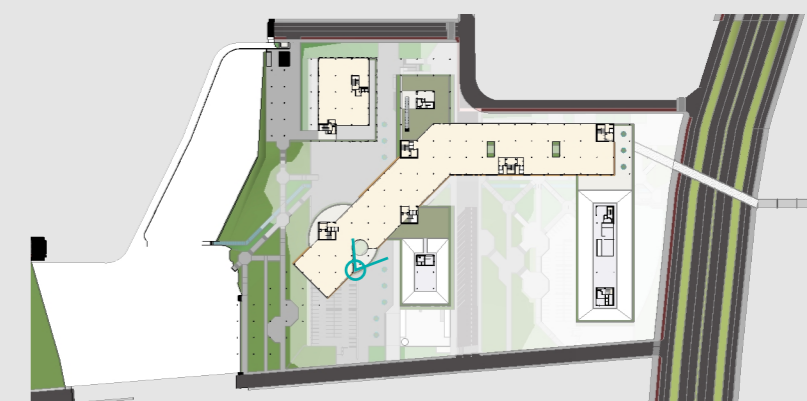
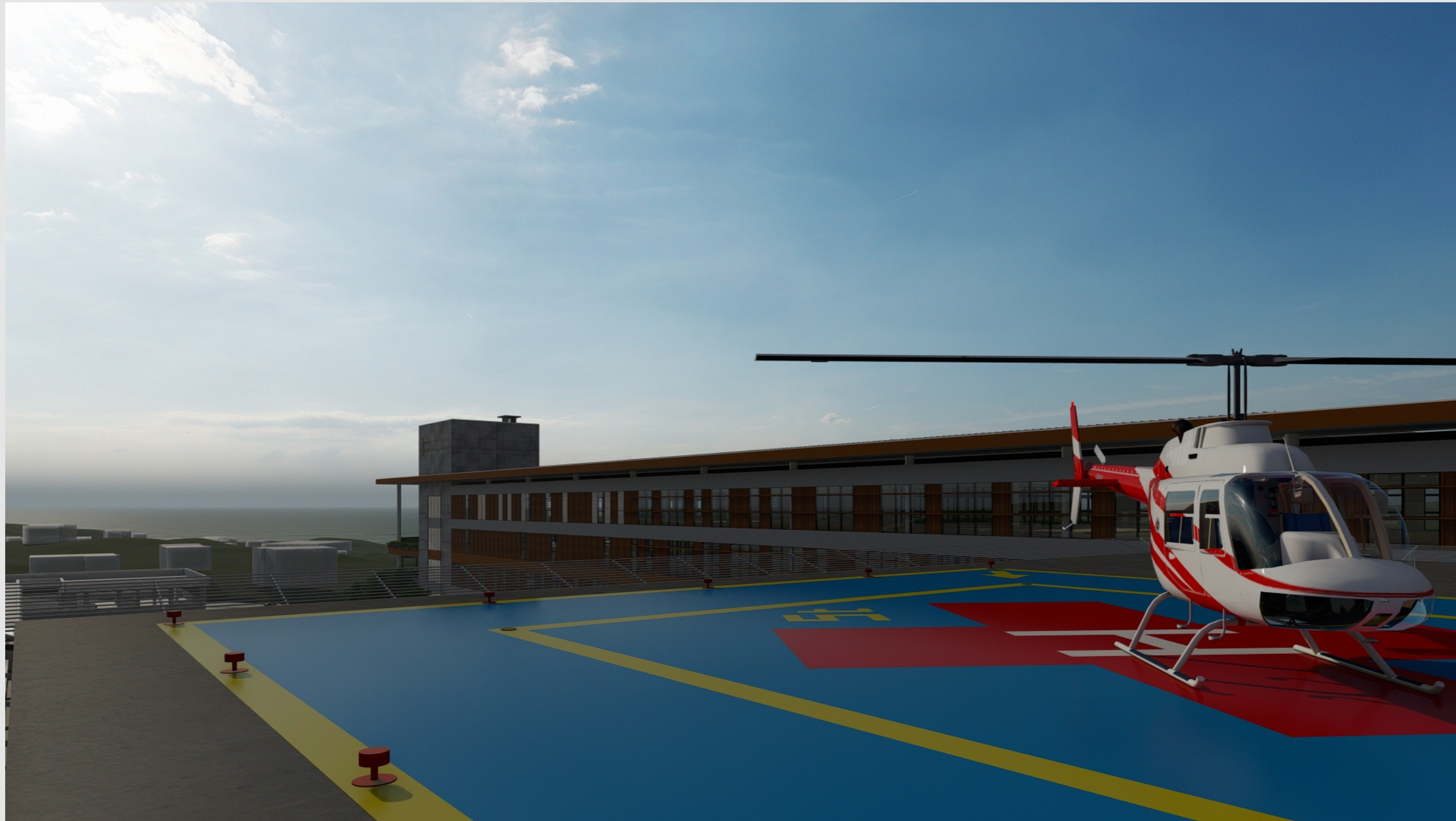
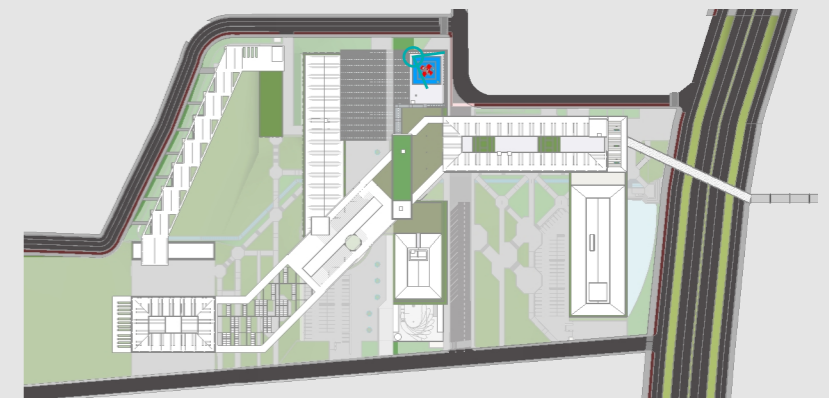


Figura 77 - Perspectiva vista do heliponto para o mar



Fonte: projeto, desenho e anotações pelo autor



ESTRATÉGIAS BIOCLIMÁTICAS

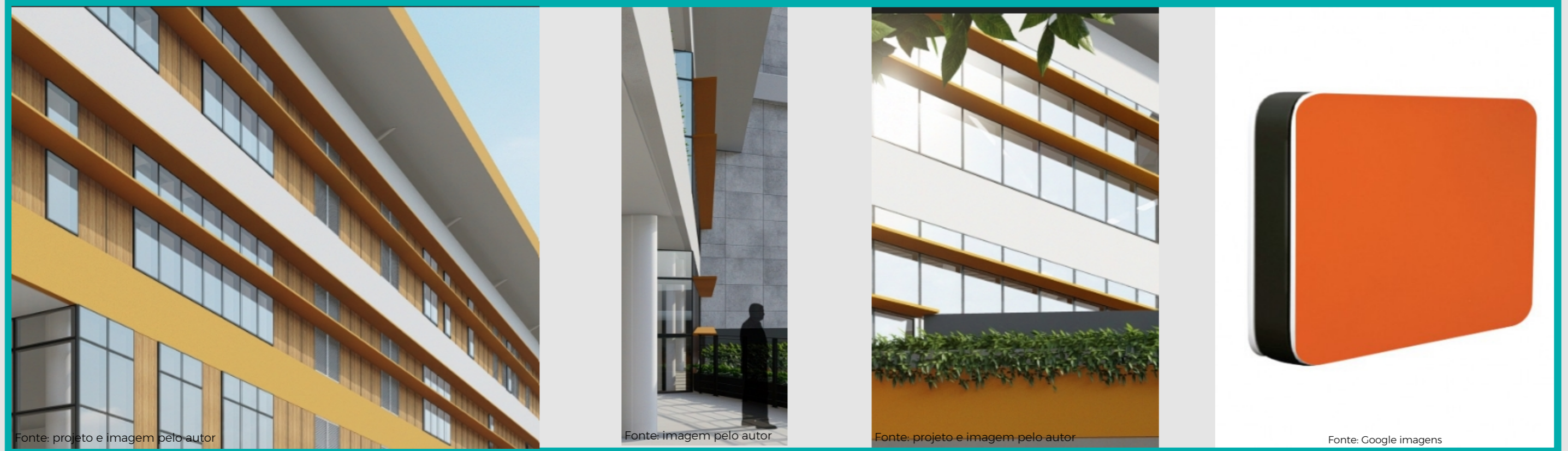
Painel quebra-sol (Brise-soleil)

Painéis deslizantes com 2 módulos em paralelo e trilho superior e inferior



Abas quebra-sol horizontais (Brise-soleil)

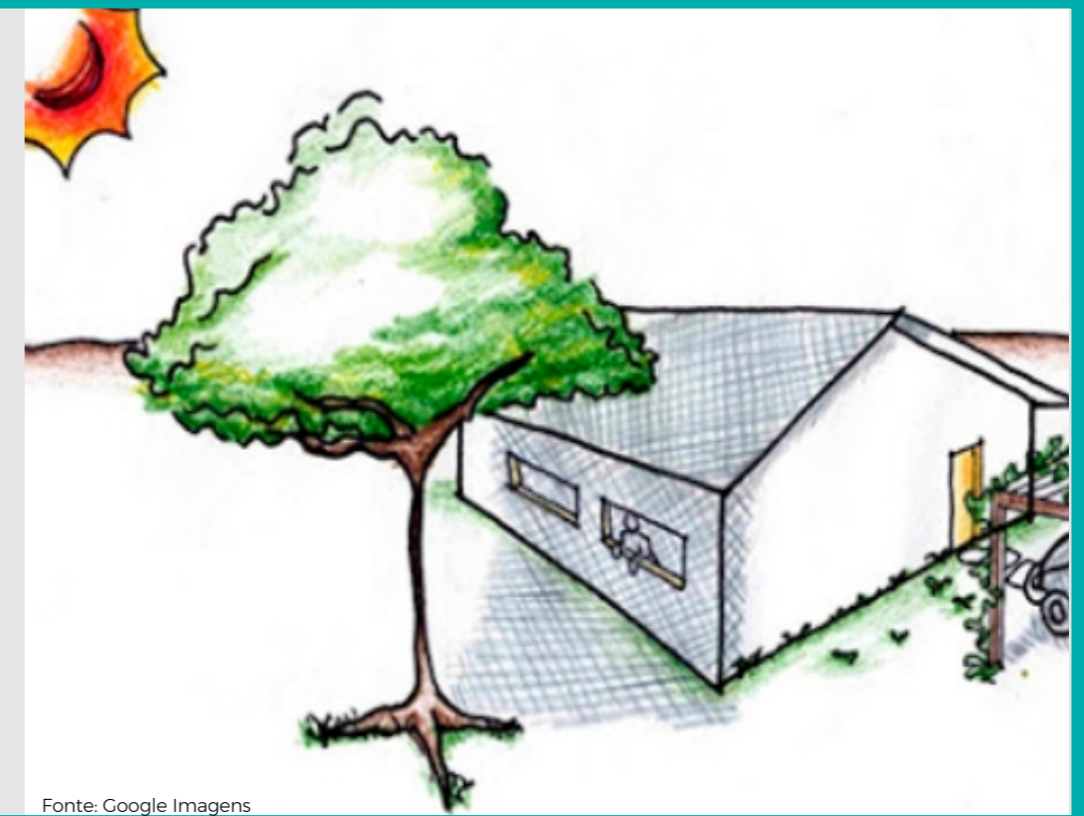
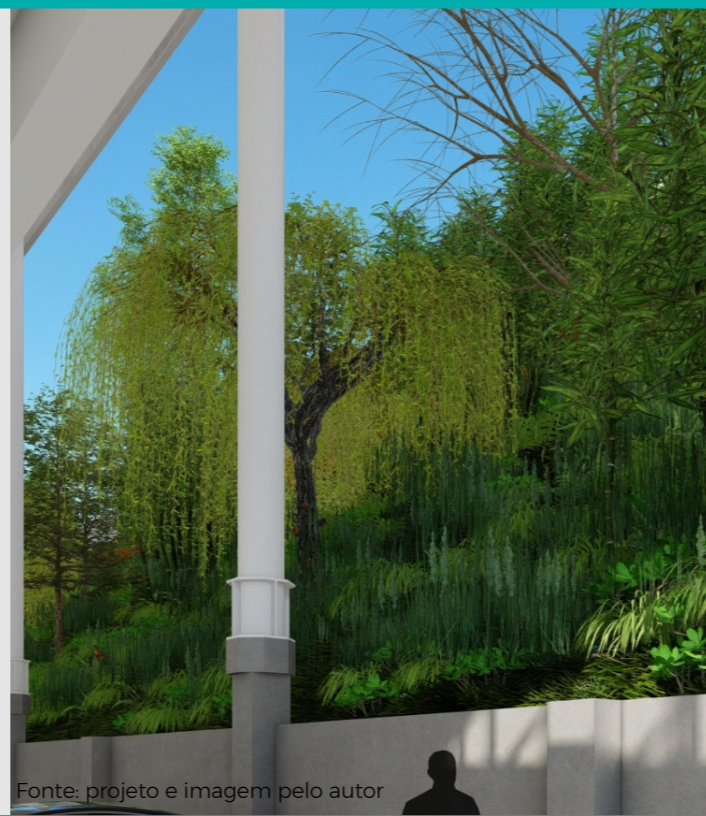
Abas fixas em painéis de alumínio composto na cor laranja, deve ser previsto fixação nos painéis em glazing e nas placas de drywall



ESTRATÉGIAS BIOCLIMÁTICAS

Barreira vegetal

Árvores que perdem as folhas no inverno foram utilizadas para barrar a insolação do verão de fachadas que estão próximas ao nível do solo. Isso reduz custos com implantação de brises.



Chapas metálicas perfuradas

Chapas perfuradas com padrões botânicos ou orgânicos (design biofílico). Utilizadas tanto em coberturas como nas fachadas.



ESTRATÉGIAS BIOFÍLICAS

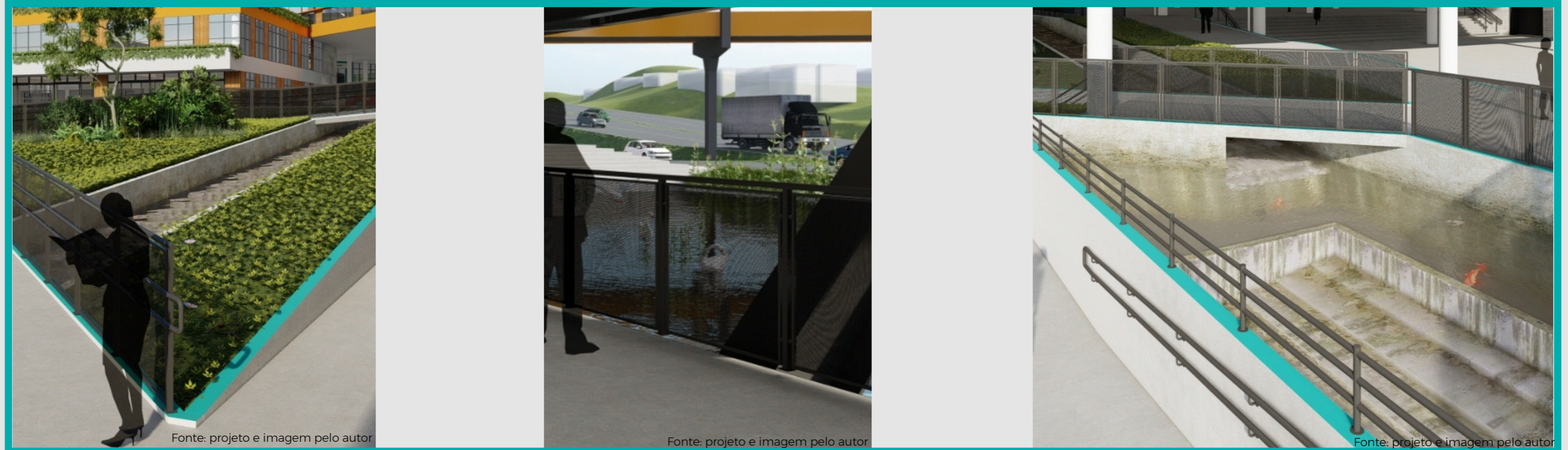
Jardins de inverno

Além de proporcionar vistas para as plantas os jardins internos contribuem com a ventilação natural por diferença de pressão



Córrego, lago e tanque de peixes

O córrego irá coletar as águas de chuvas criando uma rede de macrodrenagem no terreno do hospital. Além de coletar as águas finais do tratamento de águas por zona de raízes que estará disposta em seu percurso



ABERTURAS E FECHAMENTOS

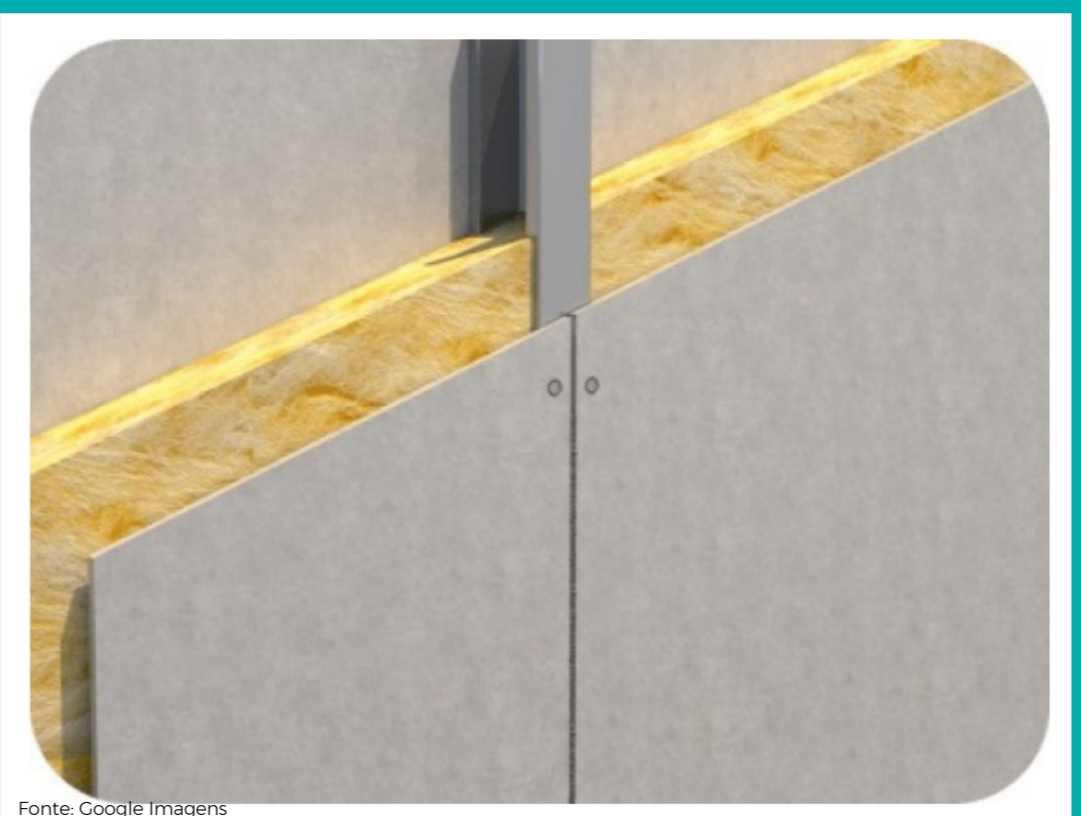
Painéis sistema glazing

Os painéis em glazing permitem permeabilidade visual e maior iluminação. As aberturas nesses painéis serão com o sistema de maxim ar, com limite de abertura para evitar o suicídio



Placas cimentícias aparentes

Nas circulações verticais foram usadas placas cimentícias aparentes com afastamento da parede interna, permitindo passagem de tubulações e dutos de ar condicionados



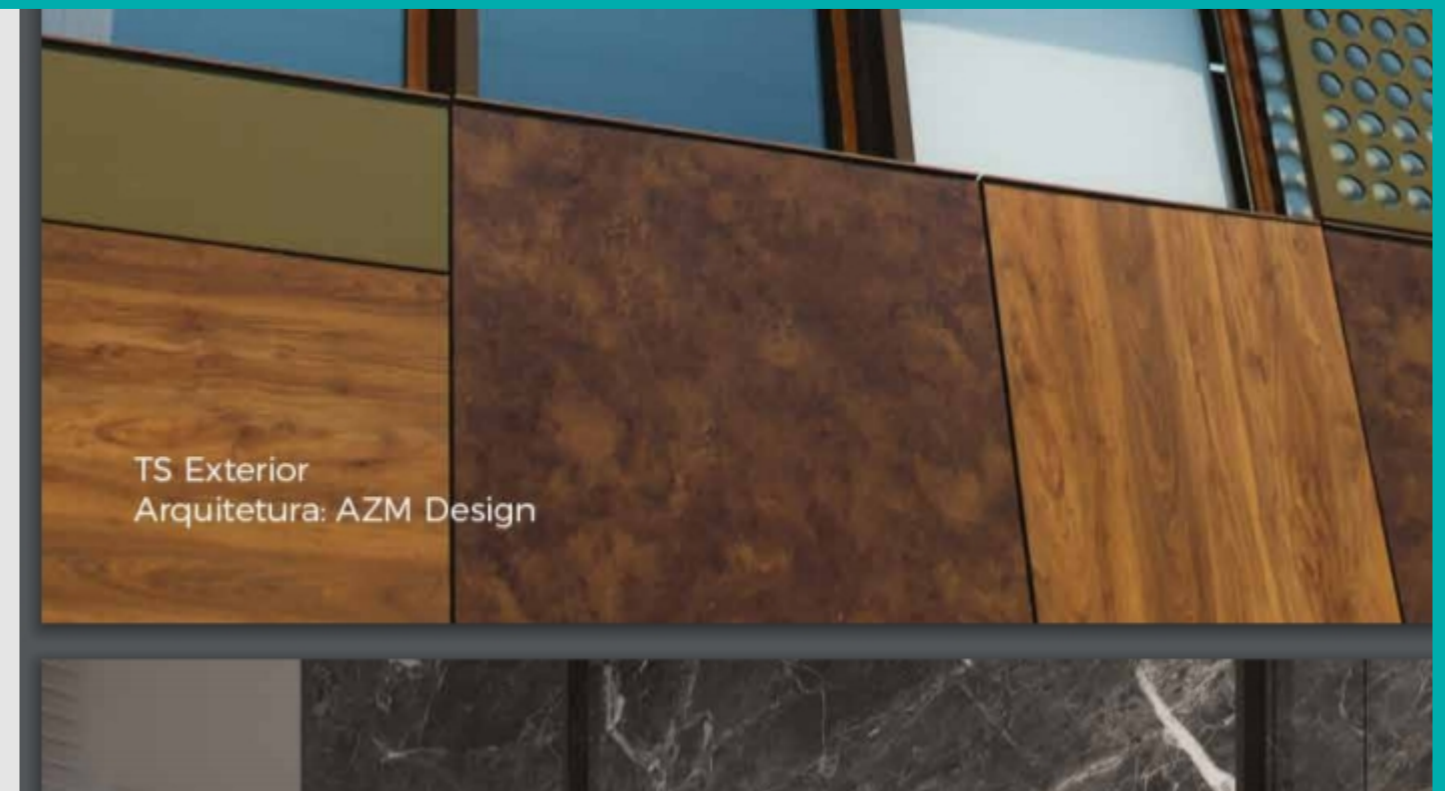
FECHAMENTOS

Drywall com placas em TS

Os fechamentos externos foram feitos com painéis de drywall com gesso acartonado internamente e revestimento externo de placas de TS com textura amadeirada



Fonte: projeto e imagem pelo autor



Fonte: https://www.formica.com.br/novo/wp-content/uploads/2020/05/3497_Datasheets_Produtos_Estrutural_TS_FORMICA.pdf



Fonte: projeto e imagem pelo autor

ESTRUTURA

A estrutura das fundações, baldrame e subsolos será em concreto pré moldado.

A estrutura dos dormitórios será concreto armado no local com lajes mista nervurada + cogumelo.

Os outros pavimentos do hospital serão em estrutura metálica, com pilares redondos, suporte soldado com possibilidade de 8 apoios para vigas, vigas em "I" e lajes em Steel Deck



Fonte: projeto e imagem pelo autor

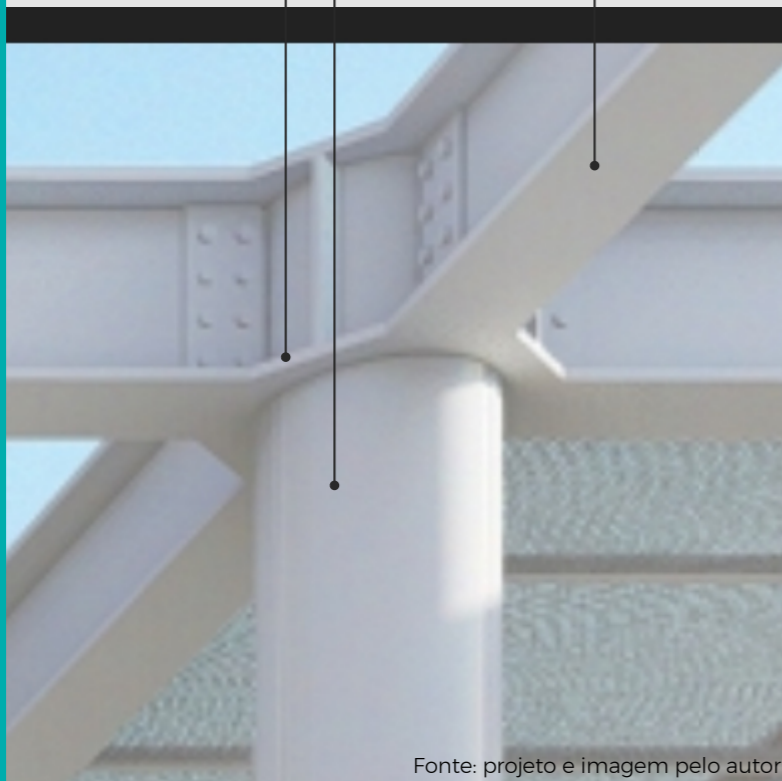


Fonte: Google Imagens



Fonte: Google Imagens

suporte octogonal, com espera para suporte de 8 vigas ao mesmo tempo
pilares redondos
vigas em "I"



Fonte: projeto e imagem pelo autor

suporte com espera para instalação de vigas (essencial para a expansão) caso falte algum suporte, o mesmo pode ser acoplado em etapas posteriores



Fonte: projeto e imagem pelo autor



Fonte: projeto e imagem pelo autor



Fonte: projeto e imagem pelo autor

PLANTA BAIXA QUARTO DE INTERNAÇÃO
escala: sem escala

TODOS OS BANHEIROS DOS QUARTOS SERÃO ACESSÍVEIS, ENTENDENDO A ACESSIBILIDADE COMO ALGO UNIVERSAL, ATENDENDO TAMBÉM IDOSOS, GESTANTES OU PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA

PAREDES DE ALVENARIA NOS SANITÁRIOS PARA QUE AGUENTEM OS ESFORÇOS DAS BARRAS ACESSÍVEIS

PAREDES ATRÁS DOS LEITOS DEVEM TER 15cm PARA PASSAGEM DE TODA A INFRAESTRUTURA NECESSÁRIA, E **SERÃO EM DRYWALL** COM PREENCHIMENTO DE LÃ DE ROCHA OU PET, BUSCANDO UMA CONSTRUÇÃO MAIS LIMPA E SUSTENTÁVEL (OUTRAS PAREDES TERÃO 10cm)

TODOS OS LEITOS TERÃO POLTRONA PARA ACOMPANHANTE, TORNANDO O ATENDIMENTO MAIS HUMANIZADO

PAINÉIS DE VIDRO DE PISO A TETO EVITANDO PEITORIS QUE ACÚMULAM SUJEIRA, ALÉM DE MAXIMIZAR A VISTA E A ILUMINAÇÃO EXTERNA

JANELAS COM ABERTURA EM SISTEMA MAXIMAR COM LIMITE DE ABERTURA PARA EVITAR O SUICÍDIO QUE TEM ÍNDICES BEM ALTOS EM HOSPITAIS

Para o desenvolvimento do projeto foi adotada uma micromodulação de 60x60cm. Vários ambientes foram desenhados com essa modulação. Assim como mostrado no programa de necessidades do pronto atendimento com a quantidade de módulos necessário para cada ambiente.

Além da micromodulação de 60x60cm foram trabalhados modulações múltiplas dessas. Os painéis de fachadas foram modulados com 1,20m de largura. Já as escadas, rampas e guarda-corpos, seguiram a mesma lógica dependendo da largura mínima solicitada pelas normas de bombeiros de Santa Catarina e da vigilância sanitária.

Seguindo essa mesma lógica, os eixos estruturais foram trabalhados de 10,80x10,80m. Essa modulação foi determinante para que o hospital possa abrigar todo e qualquer equipamento presente nele. Além de permitir que nos estacionamentos sempre caiba 4 vagas de estacionamento entre as modulações, descontando as estruturas.

Em alguns pontos do projeto foi necessária uma quebra na modulação de 10,80m para metade desta, 5,40m. Porém, mesmo com essa quebra, foi possível manter o vão necessário para as vagas. Nos subsolos, as vigas foram dispostas em diagonal para que se alcançassem vãos mais econômicos para a estrutura proposta.

Em relação as alturas de piso a piso, foi adotado um padrão de 4,20m. Essa altura é o suficiente para passar todas as tubulações e dutos que precisem passar pelos entreforros.

Todo o projeto foi feito respeitando as normas vigentes para projetos hospitalares ou projetos arquitetônicos no geral. Dentre elas, a da vigilância sanitária, a norma de acessibilidade e a normativa do corpo de bombeiros.

17. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho possibilitou obter resultados que podem ser utilizados como diretrizes para a elaboração de projetos hospitalares, não somente de hospitais especializados em Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), mas para qualquer edifício hospitalar que busque criar melhores relações com o entorno no qual ele será implantado.

Para que as diretrizes urbanas e arquitetônicas sejam efetivas recomenda-se estudar a cidade e o bairro no qual será implantado o edifício hospitalar. Para além, abordá-lo em um contexto a nível regional, entendendo que um hospital faz parte de um sistema de saúde. Em outras palavras, o hospital deve possuir um contato mais estreito com a rede de atenção primária e secundária na busca de um sistema mais eficaz, que evite desperdícios de recursos ou ainda acelere o processo de diagnóstico das doenças nos pacientes.

Do mesmo modo, para que as diretrizes regionais em relação às DIIs sejam postas em prática, outros agentes devem ser participantes do processo de construção e de desenvolvimento das mesmas. Admite-se, então, a limitação desse estudo, pois não só o atendimento prestado deve ser multidisciplinar e integrativo, mas também o desenvolvimento das diretrizes e do projeto hospitalar.

Por fim, considerando a importância do tema abordado, este projeto não pretende encerrar-se em si mesmo. Recomenda-se uma análise aprofundada do questionário aplicado aos pacientes, bem como entrevistar mais centros de referência em DII, para que se tenha um panorama mais amplo do que se tem feito acerca dessas doenças. Desta forma, será possível avançar o projeto arquitetônico para um nível de anteprojeto, com um melhor desenvolvimento de layout e fluxos internos e, assim, abordar melhor os temas de multidisciplinaridade e integratividade que foram, desde o início, pontos principais do trabalho.

18. REFERÊNCIAS

ABCD - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE COLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN (Brasil). **Impacto da DII no trabalho**. 2018. Disponível em: <https://www.abcd.org.br/blog/artigos/impacto-da-dii-no-trabalho/>. Acesso em: 20 out. 2020.

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.497-508, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000300003>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 09. jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. S. I.: Diário Oficial da União, 04 maio 2006. Seção 1, p. 20. Revogada. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (2017). **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. S. I., 28 mar. 2017. Seção 1, p. 68. Revogada. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (2018). **Portaria nº 1.988, de 20 de dezembro de 2018**. Atualiza os procedimentos e serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Procedimentos Medicamentos Órteses Próteses e Materiais Especiais do SUS e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). 250. ed. S. I.: Diário Oficial da União, 31 dez. 2018. Seção 1, p. 110. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2018/prt1988_31_12_2018.html. Acesso em: 25 fev. 2020.

BRASÍLIA. Márcia Helena Gonçalves Rollemberg. Ministério da Saúde. **SUS: a Saúde do Brasil**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 36 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 26 fev. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.849-859, 13 fev. 2007. Mensal. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_arttext&lng=pt#ModalArticles. Acesso em: 13 out. 2019.

CATÃO, MO. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Estrutura hospitalar moderna. p. 101-138. ISBN 978-85-7879-191-9. Available from SciELO Books .

CLIMATE-DATA.ORG. CLIMA BIGUAÇU. **Dados Climáticos**. Disponível em: <https://pt.climate-data.org/america-do-sul/brasil/santa-atarina/biguacu-43715/#climate-graph>. Acesso em: 12 fev. 2020.

COMUNICAÇÃO, Assessoria de (Ed.). **Cronologia Histórica da Saúde Pública: Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira**. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 25 fev. 2020.

CRIZEL, Lori. **Neuroarquitetura: neuroarquitetura, neurodesign e neuroiluminação**. Cascavel: Lori Crizel, 2020.

FACCHINI, Luiz Augusto. EPSJV/FIOCRUZ. **Por que Alma Ata foi um marco para o mundo? Quais foram as principais contribuições de Alma Ata para a concepção de saúde e a organização de sistemas de saúde no mundo?** 2018. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>. Acesso em: 24 fev. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder: O nascimento do hospital**. p. 78-111. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. Tradução de Roberto Machado. Disponível em: <http://www.cidadaniareflexao.com.br/uems2018/Microfísica%20do%20Poder.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

GOIÂNIA. PREFEITURA DE GOIÂNIA. **ÍNDICES URBANÍSTICOS DOS EQUIPAMENTOS COMUNITÁRIOS**. 2006. Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/download/aprovnet/planodiretor/anexos/anexo_vii.doc. Acesso em: 09 jan. 2020.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2019**. Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 26 jan. 2020.

KORELITZ, Dr. Burton I. ABCD – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. **Conheça a História da Doença de Crohn**. 2014. Disponível em: <https://abcd.org.br/blog/artigos/conheca-a-historia-da-doenca-de-crohn/>. Acesso em: 18 fev. 2020.

LABEEE - LABORATÓRIO DE EFICIÊNCIA ENERGÉTICA EM EDIFICAÇÕES (Florianópolis). Universidade Federal de Santa Catarina. **Estratégias bioclimáticas**. Disponível em: <http://projeteee.mma.gov.br/estrategias-bioclimaticas/?estacao=winter&horario>. Acesso em: 03 out. 2020.

LABORATÓRIO DE EFICIÊNCIA ENERGÉTICA EM EDIFICAÇÕES (Florianópolis). Universidade Federal de Santa Catarina (Ed.). **Arquivos Climáticos**. 2005. Dados retirados dos arquivos CSV. Disponível em: <http://www.labeee.ufsc.br/downloads/arquivos-climaticos/formato-try-swera-csv-bin>. Acesso em: 25 fev. 2020.

MACHADO, Marta Brenner (São Paulo). Abcd – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (Org.). **JORNADA DO PACIENTE COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: Estudo quantitativo e qualitativo sobre a vida do paciente com DII no Brasil**. São Paulo: Abcd – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, 2017. 68 p. Disponível em: <https://abcd.org.br/jornada/>. Acesso em: 03 set. 2019.

MAPAS, Rota. **Distância entre Biguaçu e Florianópolis.** Disponível em: <<https://www.rotamapas.com.br/distancia-entre-biguaçu-e-florianópolis>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares.** São Paulo: Cedas, 1992. 241 p.

OLIVEIRA, Lucília de Jesus Guimarães. **Manifestações extra-intestinais da doença inflamatória intestinal.** 2011. 12 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Icbas, Universidade do Porto, Porto, 2011. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/21152>. Acesso em: 12 out. 2020.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Classificação dos Hospitais e Características de seus Serviços.** Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/classificacao-dos-hospitais-e-caracteristicas-de-seus-servicos/15665>>. Acesso em: 11 fev. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BIGUAÇU (Santa Catarina) (Org.). **Saúde de Biguaçu realiza mais de 1,2 milhão de atendimentos em apenas um ano:** Prefeitura investe em mutirões para regularização das filas de espera. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/especial-publicitario/prefeitura-municipal-de-biguaçu/biguaçu-linda-de-viver/noticia/saude-de-biguaçu-realiza-mais-de-12-milhao-de-atendimentos-em-apenas-um-ano.ghtml>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

ROTHFUSS, Katja s; STANGE, Eduard F; HERRLINGER, Klaus R. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. **World Journal Of Gastroenterology**, [S.L.], v. 12, n. 30, p. 4819-4831, Agosto 2006. Baishideng Publishing Group Inc.. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v12.i30.4819>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4087615/>. Acesso em: 12 out. 2020.

SABOYA, Renato Tibiriçá de. **Kevin Lynch e a imagem da cidade.** 2008. Disponível em: <https://urbanidades.arq.br/2008/03/14/kevin-lynch-e-a-imagem-da-cidade/>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SALDIVA, Paulo Hilário Nascimento; VERAS, Mariana. **Gastos públicos com saúde:** breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, [s.l.], v. 32, n. 92, p.47-61, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0103-4014.20180005>.

SCHOFFEN, João Paulo Ferreira; PRADO, Isaura Maria Mesquita. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ETIOLÓGICOS DA DOENÇA DE CROHN. **Revista Saúde e Pesquisa**, [s. L.], v. 4, n. 1, p.73-80, abr. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1720>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

SILVA KL, SENA RR, CASTRO WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017;38(4):e67762. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.

SOUZA, Marcellus Henrique L. P.; TRONCON, Luiz Ernesto de A.; RODRIGUES, Carla Maria; VIANA, Cyntia F. G.; ONOFRE, Pedro H. C.; MONTEIRO, Rosane A.; PASSOS, Afonso D. C.; MARTINELLI, Ana L. C.; MENEHELLI, Ulysses G.. Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil. **Arquivos de Gastroenterologia**, [s.l.], v. 39, n. 2, p.98-105, abr. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-28032002000200006>.

TORRES, Júlio Augusto do Prado; SANTANA, Raquel Matos de; TORRES, Felipe Augusto do Prado; MOURA, Alex Rodrigues; TORRES NETO, Juvenal da Rocha. Doenças inflamatórias intestinais no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe: manifestações extraintestinais. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 115-119, Não é um mês valido! 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802011000200001&script=sci_arttext. Acesso em: 12 out. 2020.

UGREEN. **Biofilia:** como aplicar o design biofílico em sua casa e em seus projetos. como aplicar o design biofílico em sua casa e em seus projetos. 2020. Disponível em: <https://www.ugreen.com.br/biofilia-como-aplicar-o-design-biofilico-na-sua-casa-e-em-seus-projetos>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ULRICH, Roger S. **View through a window may influence recovery from surgery.** *Science*, [s.l.], v. 224, n. 4647, p.420-421, 27 abr. 1984. American Association for the Advancement of Science (AAAS). <http://dx.doi.org/10.1126/science.6143402>.

WERNER KRAUS JR (Santa Catarina). Observatório de Mobilidade Urbana Ufsc (org.). **INTEGRAÇÃO DO TRANSPORTE COLETIVO METROPOLITANO E AQUAVIÁRIO.** F: Plano de Mobilidade Urbana Sustentável da Grande Florianópolis, 2019. Color. Disponível em: <https://observatoriodamobilidadeurbana.ufsc.br/publicacao/projetos-de-pesquisa/>. Acesso em: 13 set. 2020.