

# CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS DA UFSC

Unidade Cuidativa do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago



---

## AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela oportunidade de retomar o sonho de me tornar arquiteta e urbanista pela Universidade Federal de Santa Catarina. E a mim, pelo tanto que me permiti viver, sentir, e aprender para me transformar e, assim, transformar a realidade ao meu redor.

Aos meus pais, por toda dedicação e esforço para que a minha educação fosse prioridade. Em especial à minha mãe, que me ensinou a ter coragem e a honrar quem sou, valores que nortearam minha experiência na universidade.

À minha irmã Karoline, por todo apoio incondicional durante a realização desse sonho. Ao meu afilhado Vicente, uma criança que me motiva a ser uma pessoa melhor.

À Marcela, por todo amor, companheirismo e compreensão nestes anos de graduação.

Ao Lucas, meu amigo de infância, por tamanha inspiração nessa vida acadêmica. Ao Guga, por ser um grande incentivador desse sonho desde sempre. À Pamela e Ana Lua, por se tornarem minhas amigas quando eu mais precisei e caminharem ao meu lado nessa jornada. À Aline, por tanto carinho e acolhimento durante os fins de semestre.

Aos amigos que fiz durante o curso, Amanda, Lucas, Nadine, Paulo e Rodrigo, por toda partilha, generosidade e parceria. A vida acadêmica foi infinitamente mais possível e feliz por conta de vocês.

Ao Prof. Dr. Eduardo Westphal por todos os ensinamentos durante os semestres nos quais este trabalho foi desenvolvido.

Aos demais docentes, técnicos e terceirizados do Departamento de Arquitetura e Urbanismo, por dedicarem seus dias a nossa formação acadêmica e profissional.

Por fim, agradeço àqueles que não cito aqui, mas ainda assim se fizeram presente de alguma forma para a realização desse sonho.

Para minha Tia Rita.  
hoje, a estrela que mais brilha no céu.

## SUMÁRIO

- I. INTRODUÇÃO
  - I.I APRESENTAÇÃO
  - I.II MOTIVAÇÃO
  - I.III JUSTIFICATIVA
  - I.IV OBJETIVO
  - I.V METODOLOGIA
  
- II. O CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS
  - II.I NO MUNDO
  - II.II NO BRASIL
  
- III. O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFSC
  - III.I HISTÓRIA E PROJETO
  - III.II CONTEXTO URBANO
  - III.III CUIDADOS PALIATIVOS NO HU-UFSC
  
- IV. O REPERTÓRIO DE LELE
  - IV.I SETORIZAÇÃO E EIXO ORDENADOR
  - IV.II MODULAÇÃO ESTRUTURAL
  - IV.III ESTRATÉGIAS DE CONFORTO
  
- V. UNIDADE CUIDATIVA DO HU-UFSC
  - V.I PROGRAMA DE NECESSIDADES
  - V.II PROPOSTA E PARTIDO
  - V.III ESTUDO PRELIMINAR
  
- VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*“o sofrimento humano só é intolerável quando  
ninguém cuida”*

*Cicely Saunders*

## I.1 APRESENTAÇÃO

Os cuidados paliativos são expressamente reconhecidos no contexto do direito humano à saúde ainda no momento em que uma doença grave acomete o indivíduo exigindo um tratamento que esteja alinhado às suas expectativas em relação a qualidade de vida que terá dali em diante. Esse tratamento pode, inclusive, beneficiar os pacientes terminais “que têm as possibilidades de tratamento esgotadas e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível” (Gutierrez, 2001). Estima-se que 40 milhões de pessoas – 78% das quais vivem em países de baixa e média renda – precisam de cuidados paliativos anualmente (OMS, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde:

*[...] os cuidados paliativos são uma abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e seus entes queridos diante de problemas inerentes a uma doença com risco de vida, uma abordagem que assume a forma de prevenção e o alívio do sofrimento por meio da detecção precoce e da correta avaliação e terapia da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (OMS, 2014, p. 39).*

Para a Dra Ana Claudia Quintana Arantes, médica paliativista e escritora sobre o tema, no trabalho de cuidados paliativos:

*[...] todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis são utilizados como amplo suporte à qualidade de vida do paciente e de sua família para que acessem o momento vivenciado com sentido, conforto, valor e significado. [...] Um trabalho e uma sabedoria que se complementam para que o paciente sinta e saiba que é um ser humano com o qual nos importamos e oferecemos o nosso melhor para que sua vida possa valer a pena até o fim (Arantes, 2023).*

Para a OMS (2014), entre os componentes que devem integrar os sistemas nacionais de saúde estão as políticas que constituem os serviços de cuidados paliativos na estrutura e no financiamento dos sistemas nacionais de saúde em todos os níveis de atenção. No Brasil, os cuidados paliativos foram normatizados através da Resolução nº41 de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS) na qual determina-se que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS)(Brasil, 2018).

Assim, dentro da estrutura do SUS, os cuidados paliativos devem ser pautados para

além da atenção básica e domiciliar, mas também na atenção ambulatorial, na urgência e emergência e na atenção hospitalar (Brasil, 2018). Isso significa que, para além da garantia ao serviço assistencial, que atua no contexto informativo e do plano terapêutico entre equipe médica, rede de apoio e paciente, há também a seguridade de que a abordagem dos cuidados paliativos deva ser contemplada no âmbito da estrutura física dos Edifícios de Arquitetura para Saúde (EAS), principalmente naqueles de caráter público, para garantir que o processo da morte natural seja conduzido com dignidade, a partir do controle dos sintomas agudos.

Apesar disso, há uma grande desproporção entre o grau de desenvolvimento e recursos em cuidados paliativos em todo o mundo. No Brasil, infelizmente, essa realidade não é diferente. Para além das normativas institucionalizadas, deve-se buscar a efetividade do serviço a partir de valores de equidade, reconhecendo que todos precisam de atenção, mas não necessariamente dos mesmos atendimentos. Portanto, a melhor alocação dos recursos para a estrutura e infraestrutura necessárias devem alcançar um resultado igualitário a todos, principalmente a partir da prestação de um serviço referência em instituições de saúde pública.

## I.II MOTIVAÇÃO

A partir da minha experiência como Técnica em Manutenção Predial do Hospital Universitário da UFSC, durante o Curso Técnico em Edificações, pelo Instituto Federal de Santa Catarina, pude ter meu primeiro contato com o campo de atuação profissional em arquitetura e urbanismo. A complexidade e as demandas envolvidas no trabalho com a arquitetura hospitalar, dentro de um hospital público, tornaram-se uma grande paixão e me confirmaram qual graduação seguir.

Mais tarde, já durante minha formação acadêmica, pude me aproximar das demandas relacionadas a função social da profissão, dentro da promoção de políticas públicas voltadas para o direito à moradia digna e ao direito à cidade, a partir das experiências de pesquisa e extensão com o grupo PET ARQ. Durante esse período, destaco um importante trabalho que pude participar, desenvolvido durante o enfrentamento a pandemia do Covid-19: “Habita Chapecó”, que em seu sentido mais amplo visava a garantia de moradia digna para o bem-estar social, sobretudo nas questões relativas à saúde, no enfrentamento e prevenção de doenças.

A experiência técnica na área da saúde e a aproximação com temáticas sensíveis pertinentes aos direitos sociais foram decisivas no momento de delinear a grande área que alcançaria o meu trabalho de conclusão de curso. Além dessa congruência, recentemente, tive a experiência pessoal de acompanhar a terminalidade de vida da minha tia, caminho este marcado pelos cuidados paliativos e também pelas limitações com as quais nos deparamos enquanto cuidadores.

Nesse momento, pude me aproximar das demandas e lacunas inerentes ao tema dos cuidados paliativos que, coincidentemente, passaram a integrar a Política Nacional de Saúde durante o período de desenvolvimento deste trabalho. Observada a lacuna sobre a provisão de espaços de saúde que contemplem as necessidades da terminalidade da vida, atentei-me a responder algumas inquietações que surgiram. Muito se fala em arquitetura para saúde, e isso dentro do espectro de recuperação. Mas e quando não há mais cura e a morte é inevitável? Podemos construir um debate sobre uma arquitetura para o fim da vida?



### I.III JUSTIFICATIVA

#### Parte I: DEMANDA POLÍTICO-SOCIAL “Melhor em casa”, mas para qual casa? o déficit habitacional e a atenção domiciliar

O SUS adota como modalidade de cuidado o regime de Atenção Domiciliar desde a década de 60 e, desde então, tem passado por diversos arranjos culminando no mais recente, elaborado em 2011, conhecido como o programa “Melhor em Casa”. O Brasil tem 5568 municípios, sendo que o programa está presente em apenas um pouco mais de 880 municípios brasileiros, em 26 estados, com 1.959 equipes habilitadas entre Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar 1 e 2 (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (Brasil, 2022).

Ainda, no que se refere à prestação do serviço de cuidados paliativos em domicílio, Iglesias et al (2022) destaca que o serviço encontra muitas dificuldades, nas quais destacam-se: a precariedade e insuficiência das redes de suporte social; as dificuldades em comparecer às consultas e serviços ambulatoriais que sucedem; encaminhamentos adequados de recursos financeiros para a região; assistência domiciliar do bairro/município do local de moradia do paciente; logística para transporte adequado; garantia do fornecimento de todos os insumos; fluxos e protocolos de funcionamento das redes de atenção à saúde e, por último, as condições de moradia inadequada.

Nesse sentido, cabe pontuar o real cenário para a maior parte das famílias que dependem do SUS e não possuem condições financeiras de adaptar suas próprias moradias em leitos hospitalares durante essa fase final da vida, não somente por questões de acessibilidade, mas também por carência de espaço, visto que 50% dos índices totais do déficit habitacional

no Brasil são compostos pela coabitação familiar e precariedade da moradia (Fundação João Pinheiro, 2020).

Essa necessidade em olhar para a construção dos cuidados paliativos dentro da estrutura do SUS, ganhou repercussão durante a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, no mês de julho de 2023, a qual favoreceu a realização da I Conferência Livre Nacional de Cuidados Paliativos, que teve como lema “Cuidados Paliativos: um direito humano – políticas públicas JÁ”. Assim, o tema recebeu destaque durante conferência nacional, que pautou a importância da aprovação da proposta de implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada às RAS e como componente de cuidado na atenção primária à saúde, através da estratégia de saúde da família.

O Conselho Nacional de Saúde destacou que também entrarão no relatório final a ampliação de serviços de homeopatia nos diversos níveis de atenção do SUS, a construção da Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS e a adoção de uma política de combate à desinformação e regulação de tecnologias de inteligência artificial (FIOCRUZ, 2023).

Pauta na I Conferência Livre Nacional de Cuidados Paliativos, Dra. Julieta Fripp salienta que as condições de fim de vida e morte são determinantes sociais que escancaram que o direito à moradia digna esbarra no direito à saúde, uma vez que apenas 7% das pessoas necessitadas acessam cuidados paliativos, quase sempre em grandes cidades. Assim, infere-se a importância em pautar a existência de estabelecimentos de saúde específicos para pacientes em cuidados paliativos a fim de contribuir para os determinantes sociais

da saúde, especialmente no que se refere à justiça social, dignidade humana e saúde pública. Ainda, isso oportuniza que exista o reconhecimento profissional adequado para esta especialidade, ainda sem código próprio, o que reflete em benefícios para as equipes de saúde, cuidadores, pacientes e familiares.

#### DÉFICIT HABITACIONAL NO BRASIL (2019)

Habitação Precária - 1.482.585  
(25,2%)

Coabitação - 1.358.374  
(23,1%)

#### INADEQUAÇÃO DE DOMICÍLIOS URBANOS RM FLORIANÓPOLIS (2019)

Inadequação de domicílios urbanos:

carência de infraestrutura urbana - 30.417 (7,81%)  
carência edilícia - 29.506 (7,58%), sendo este:

**18.414 referentes ao armazenamento de água,  
9.466 cômodos que serviam de dormitório,  
385 domicílios que não possuíam banheiro**



#### 17ª CNS: DEMOCRACIA, JUSTIÇA SOCIAL E REPARAÇÃO HISTÓRICA NO BRASIL

“Garantir Direitos, defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia!”

## Parte II: DEMANDA PEDAGÓGICA ensino, pesquisa e extensão em cuidados paliativos: uma demanda atual e urgente

Em 2014, o Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio de alteração da Resolução CNE/CES nº 3, reconheceu, por meio das diversas manifestações realizadas por médicos paliativistas, que alunos de graduação em medicina deveriam receber formação e treinamento sobre competências específicas, incluindo ampla abordagem em cuidados paliativos. Assim, ficou previsto que os estudantes de medicina deveriam ter acesso à comunicação compassiva e efetiva com pacientes, gerenciamento de dor e outros sintomas, princípios e boas práticas de cuidados paliativos, bem como critérios de indicação para cuidados paliativos precoces e indicação e manejo de cuidados de fim de vida incluindo, além do controle de sintomas de sofrimento físico, a abordagem de aspectos psicossociais, espirituais e culturais dos cuidados e também identificando riscos potenciais de luto complicado.

*Durante o ano de 2021, inúmeras manifestações capitaneadas pela organização Casa do Cuidar, levaram à Câmara de Educação Superior (CES), por meio da Comissão de Educação Médica, uma verdadeira luta nacional para o entendimento, a extensão prática em hospitais e a inclusão nas Diretrizes Nacionais Curriculares (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina, com o tema sobre Cuidados Paliativos (ANCP, 2022).*

Nesse sentido, em entrevista com o Dr. Carlos Paiva, membro do grupo de pesquisa (CNPq) - Cuidados Paliativos e Qualidade de Vida, a integração entre disciplinas deve ser o foco para humanizar o tratamento com o paciente. Ainda, relata que como pesquisador na

abordagem paliativista observa que a área carece de maiores incentivos tanto no ensino quanto na pesquisa em cuidados paliativos, principalmente no que se refere na ausência de instituições catalisadoras que viabilizem esse tipo de ação e protagonize atividades extensionistas de referência para outros pesquisadores.

Nesse sentido, encontrou-se apoio na experiência desenvolvida entre o curso de arquitetura da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e o Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (Imoab), em 2011. Com a percepção de que apesar da existência do serviço paliativista referência no Imoab, esse ocorria nos ambulatórios e em enfermarias comuns, onde os pacientes que recebiam o tratamento estavam junto àqueles em momentos finais de vida. Isso repercutiu em medidas que pudessem colocar os cuidados paliativos em evidência no instituto.

Assim, a partir do concurso de fotografia "Flashes de Vida", que objetivava incentivar os profissionais do hospital a olhar seus pacientes e percebê-los nas mais variadas situações, que a sensibilização aconteceu. O resultado do concurso favoreceu a concessão de três enfermarias, pela administração do instituto ao Serviço de Dor e Cuidados Paliativos do hospital do Imoab. Porém, dada a situação das instalações seria necessário um projeto de requalificação desse espaço para que ele pudesse atribuir os princípios dos cuidados paliativos. Dessa forma, a partir de um projeto de extensão do curso de arquitetura da UEMA que surgiu o "Quarto dos Sonhos", realizado por acadêmicos para projetar o quarto ideal para um paciente sem perspectiva de cura e em fase final de vida.

O projeto foi desenvolvido em três meses e

produziu ambientes com leitos confortáveis, para pacientes e acompanhantes, local para leitura e guarda pertences, murais de fotos, frigobar, televisão, e até ar-condicionado. A apresentação do projeto deixou a coordenação do Imoab deslumbrados, a qual aprovou o orçamento junto ao presidente da fundação, e assumiu o compromisso de fazer disso a nova realidade da instituição o que evidencia a potencialidade da prática extensionista.

## I.IV OBJETIVO

Desenvolver uma proposta para um Centro Regional de Referência em Cuidados Paliativos, na cidade de Florianópolis, vinculado a estrutura da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

### São objetivos específicos:

- Subsidiar a reflexão acerca de um espaço de referência para cuidados paliativos que vise a participação comunitária e a promoção de ensino e pesquisa sobre o tema;

- Apresentar diretrizes para a viabilização de unidades cuidativas locais atreladas ao conceito de "comunidades compassivas";

- Contribuir no debate sobre a função social do arquiteto e urbanista dentro do escopo da saúde pública.

## I.V METODOLOGIA

Inicialmente, a metodologia traçada para o âmbito da pesquisa que subsidiaria o projeto foi estruturada como um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa. Como uma pesquisa multimétodos, que faz uso de investigação bibliográfica, instrumentos observacionais (observação direta) e de levantamento de dados (observação indireta), a intenção incipiente foi de analisar as tipologias e métodos de atuação em diferentes unidades ambulatoriais e/ ou de internação dedicadas a pacientes terminais ou em cuidados paliativos, visando a diversidade institucional dos caráter privado, filantrópico, universitário e público. Assim, a análise formaria uma revisão de boas práticas. Porém, dado ao escopo de especificidades exigidas pelo comitê de ética em pesquisa, essa proposta inicial, estruturada antes mesmo do semestre de introdução ao projeto de graduação, não foi possível de ser realizada, pois não haveria tempo hábil de resposta de todas as instituições envolvidas.

Ainda assim, foi possível aproveitar a aproximação com as seguintes instituições: Hospital Universitário da Universidade Federal de Pelotas; Hospital Israelita Albert Einstein; Hospital de Câncer de Barretos e Hospital Universitário da Universidade

Federal de Santa Catarina. Dessa forma, foi possível contatar os médicos responsáveis pelos serviços de cuidados paliativos nesses respectivos estabelecimentos de saúde para avaliar as diferentes realidades impostas, bem como identificar os pontos convergentes entre as abordagens paliativistas.

Nessa oportunidade foram realizadas reuniões com o Dr. Bernard Lobato Prado, médico oncologista do Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital Israelita Albert Einstein, com o Dr. Carlos Eduardo Paiva, oncologista clínico e docente permanente do Hospital de Câncer de Barretos, e Dra. Luciana Bonnassis Burg, gastroenterologista e pesquisadora na área de comunicação de más notícias no HU-UFSC. Além disso, foi mantido contato com a Dra. Julieta Carriconde Fripp, docente da disciplina de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina / UFPEL e coordenadora da Cuidativa FAMED - UFPEL desde 2017.

Contou-se também com a participação em webinários e conferências sobre o tema, que aconteceram no ano de 2023, uma vez que o os cuidados paliativos foram muito debatidos devido a Conferência Nacional de Saúde, a fim

de se aproximar do tema por uma perspectiva diferente, principalmente pela área da saúde, dada as lacunas encontradas como estudante de arquitetura.

Além disso, foi mantida a revisão bibliográfica, com apoio iconográfico, a fim de encontrar as fronteiras de conhecimento sobre a temática dos cuidados paliativos na política nacional de saúde e a relação estabelecida com a demanda por provisão arquitetônica de edifícios de saúde que atendam para este fim.

Por fim, para apoio ao desenvolvimento do trabalho, foi adotado como repertório de projeto as obras do arquiteto João Filgueiras Lima. Tal exercício de observação e desenho, oportunizou delinear diretrizes projetuais que expressassem as preocupações sobre os valores essenciais de uma boa arquitetura. Ainda, tal referencial permitiu validar as impressões observadas durante a etapa de pesquisa onde identificou-se a importância do trabalho integrativo para o desenvolvimento de projetos que tenham como premissa ser instrumento de transformação social, principalmente, na área da saúde pública.



## II.1 MUNDO

De acordo com Fripp (2013), na primeira definição da OMS para cuidados paliativos, estes eram pautados como o último nível de cuidado, sendo os cuidados oferecidos por uma equipe interdisciplinar, voltados para pacientes com doença em fase avançada, ativa, e em progressão, no qual o prognóstico seria reservado e o foco da atenção era a qualidade de vida. Mais tarde, a OMS, reconsiderou e identificou que os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal.

O Observatório Internacional sobre Cuidados de Final da Vida (IOELC) apresenta a situação dos cuidados paliativos no mundo com a categorização de hospices e cuidados paliativos desenvolvidos nos países, a fim de viabilizar uma comparação a nível internacional. Com isso, demonstra que os países em desenvolvimento não apresentam atividade ou estão ainda em processo incipiente de estruturação para a abordagem com cuidados paliativos.

O Brasil, por exemplo, apresenta apenas serviços pontuais de cuidados paliativos. Já países vizinhos como Chile e Argentina, ou a Europa, EUA e Canadá, oferecem uma cobertura mais ampliada de acesso aos cuidados paliativos. Enquanto Espanha, Inglaterra e Estados Unidos possuem programas de cuidados paliativos, tanto em hospitais quanto a domicílio, e se destacam como sistemas de saúde melhor estruturados.

### Hospice

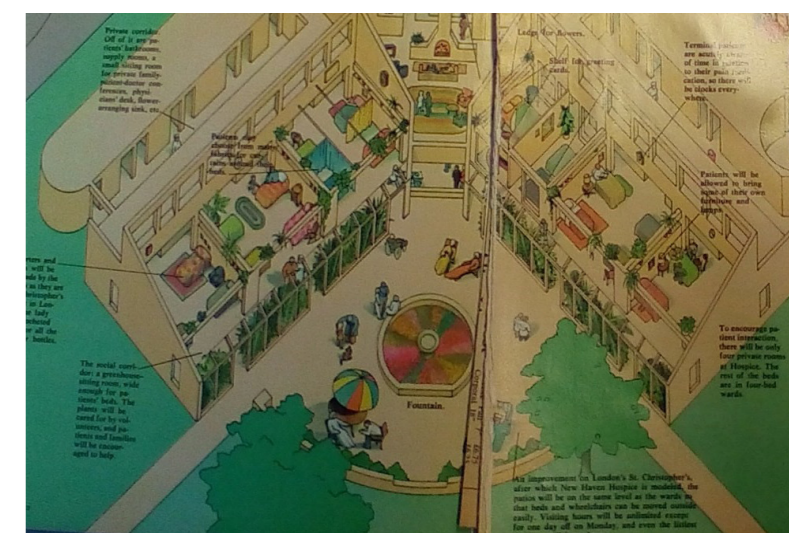
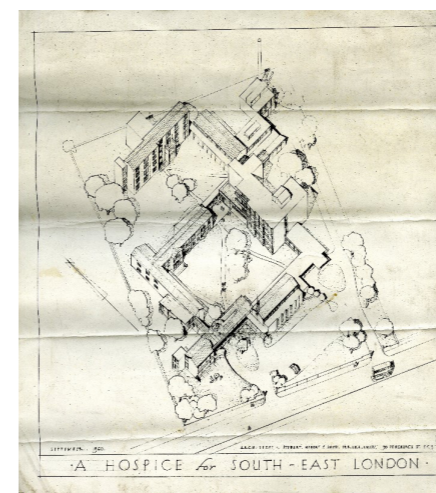
Parte da essência dos cuidados paliativos é dada a partir da filosofia moderna de hospice, levantada por Cicely Saunders, enfermeira inglesa, cujos princípios de trabalho e objeti-

vos foram discutidos em grupo no St. Christopher's Hospice de Londres. Nessa ocasião as premissas definidas foram: promover o ajuste do paciente e de sua família a uma nova realidade a fim de promover o melhor enfrentamento possível da situação de terminalidade da vida a partir de um curso da doença onde a cura já não é mais alcançável. Essa filosofia foi se difundindo ao redor do mundo, com o desenvolvimento de novos modelos assistenciais, que foram adaptados de acordo com a realidade dos sistemas sanitário, político, econômico, financeiro e cultural de cada país.

A National Hospice Organization (NHO), criada na década de 70, ampliou o conceito de hospice, definindo como um programa de cuidados paliativos e de serviços de suporte que proporciona cuidados físicos, psicológicos, sociais e espirituais a pessoas que se encontram em fase terminal da doença, e também a seus familiares (Fripp, 2013). A título de exemplo, nos Estados Unidos, há quatro modelos básicos de hospice:

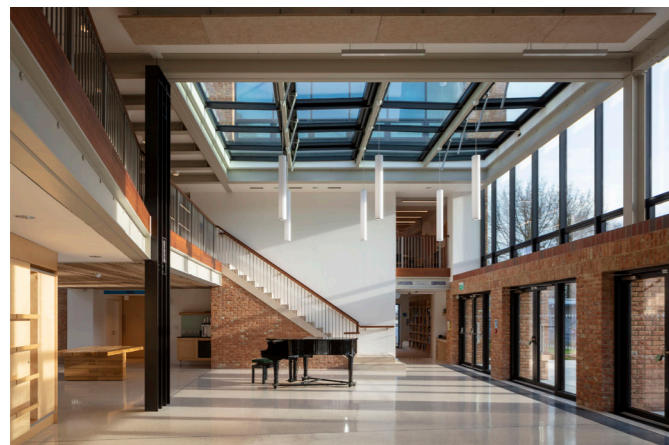
1. Cuidados domiciliares, pautados no engajamento comunitário;
2. Consultas de pacientes, com base ambulatorial e cuidados domiciliares;
3. Consultas de pacientes com base hospitalar e cuidados domiciliares, com unidade de cuidados paliativos para internação;
4. Instituição autônoma de cuidados paliativos.

A congruência entre todos estes modelos é a atuação de uma equipe interdisciplinar habilitada para o cuidado do paciente e de sua família, em domicílio, inclusive após o óbito.

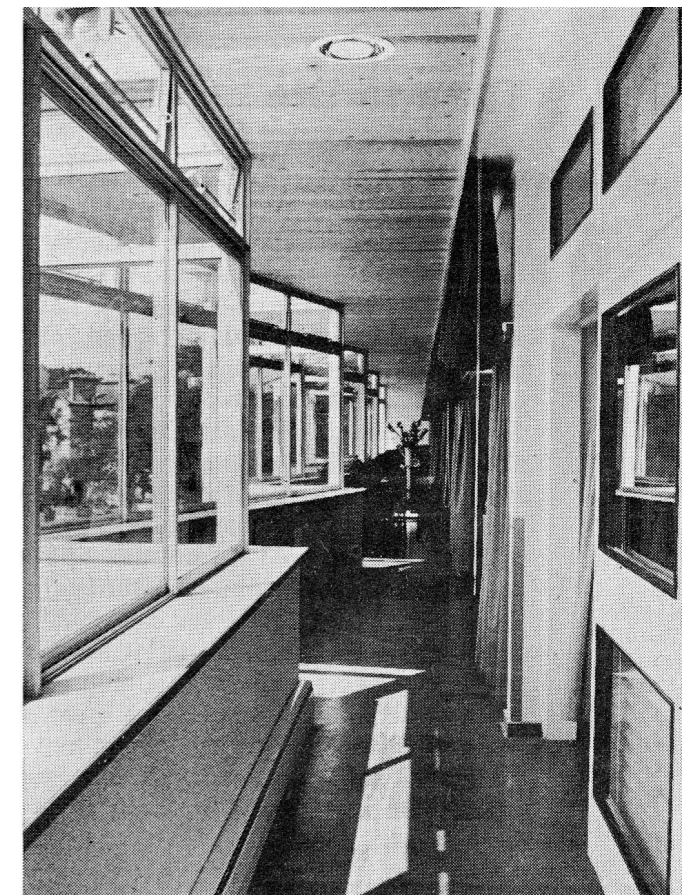
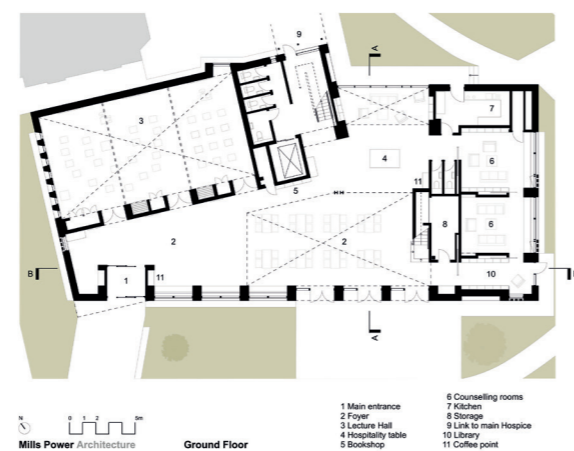
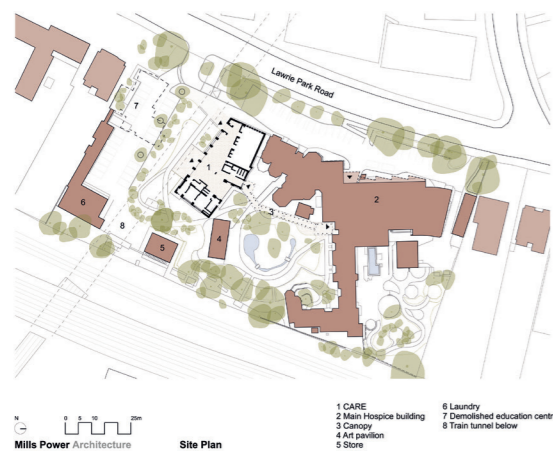




Trabalhando em estreita colaboração com as equipes executivas, de saúde e educação do St. Christopher Hospice, o escritório Mills Power Architecture projetou recentemente a reforma e ampliação do edifício britânico. Nessa oportunidade, reuniram em um só lugar um centro de aprendizagem, que acolhe a comunidade, juntamente com profissionais de saúde. A sala de aula, o laboratório de reabilitação, a biblioteca, as salas de reuniões e os espaços de trabalho associam-se livremente ao redor do foyer central, onde acontecem conversas e eventos sociais. Espaço, luz e sombra atuam dinamicamente no centro do edifício, conectando-o visual e fisicamente com vistas e soleiras niveladas aos antigos e novos jardins que circundam o edifício e o ligam ao prédio original.



Para os arquitetos envolvidos no projeto “as pausas no caminho são tão vitais quanto os destino. Os assentos nas janelas estão posicionados entre o interior e o exterior. A paleta de materiais de madeira natural, tijolo texturizado e carpete arenoso projeta uma atmosfera de tranquilidade doméstica. A alvenaria rosa quente e quebradiça continua por dentro e por fora, pontuada por colunas, aberturas e reentrâncias.”



*“Você é importante porque você é você, e você é importante até o último momento da sua vida.”*

*Cicely Saunders*

## II.II BRASIL

O início da história dos cuidados paliativos no Brasil remonta ao ano de 1997, quando criada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), entidade de caráter multiprofissional e dirigida também desta forma. Nessa oportunidade, os profissionais envolvidos com a prática começaram a se mobilizar e discutir ações e aspectos preliminares do chamado “Movimento Paliativista Brasileiro”. Com isso, ficou evidente que a regulação da prática era necessária e de extrema importância, ainda, que isto dependia de uma articulação com as entidades médicas do país. Assim, após anos de luta, foi fundada em 2005 a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), associação composta por profissionais de saúde de profissões diversas.

Dada tamanha visibilidade, e repercussão participativa, foi criada a Câmara Técnica de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos dentro do Conselho Federal de Medicina. A atuação desta foi de extrema importância na elaboração de documentos como a primeira versão do Novo Código de Ética Médica (2009/2010), o primeiro a citar de forma textual o termo “Cuidado Paliativo”. Com essa iniciativa, foi possível que em 2011 fosse a Medicina Paliativa pudesse passar a integrar como mais uma área de atuação reconhecida no Brasil, como especialidade médica. Atualmente, existem 17 programas de residência na área ativos no Brasil tendo apenas capacitado 148 médicos.

Dessa forma, o Brasil vive ainda um cenário de dificuldades para sistematizar a abordagem paliativista no sistema de saúde, uma vez que essa especialidade médica é recente e o corpo técnico é restrito. Isso somado a uma oferta fragmentada e pequena de tratamento paliativo aos pacientes, a maioria localizada em hospitais, demonstra o quanto ainda é ne-

cessário caminhar para a implantação na prática da recém aprovada Política Nacional de Cuidados Paliativos. Além disso, no Brasil, a precarização na disponibilidade de serviços que ofertam cuidados paliativos se agrava quando se trata de comunidades vulneráveis, pois há uma escassez de pesquisas e iniciativas governamentais que discorram sobre a prática paliativista dentro desses territórios (Mesquita et al., 2022). Também não são documentadas as demandas específicas de cuidado que essa realidade impõe, pois a naturalização da precarização habitacional é também um fator limitante. Por isso, fomentar iniciativas que proporcionem a equidade, a integralidade e a universalidade do acesso aos cuidados paliativos, princípios doutrinários que regem o SUS, é um grande desafio no cenário de políticas públicas.

### Programa Melhor em Casa

O Programa Melhor em Casa é um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), que possibilita o atendimento de pacientes, que seriam tratados no hospital, em casa. Essa modalidade visa o uso mais racional de recursos, aumentando a disponibilidade de leitos, devido a diminuição da permanência hospitalar. Além disso, cultiva a preservação dos vínculos familiares e a ampliação da autonomia dos usuários e familiares, para o cuidado à saúde, a partir dos princípios de valorização da vida e da integração social.

O estado de Santa Catarina aderiu ao Programa Melhor em Casa desde seu lançamento e, inicialmente, foram 26 municípios elegíveis, incluindo Florianópolis com quatro Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e duas Equipes Multiprofissionais de Apoio. Apesar

disso, o município não aderiu ao programa e deixou de ser elegível em 2016. Mais tarde, em 2021, quando reavaliados e elegíveis, somente 16 municípios aderiram ao programa no estado e Florianópolis não estava entre eles.

### Comunidades Compassivas

Alexandre Ernesto Silva, enfermeiro e professor da Universidade Federal de São João del-Rei, observou durante sua formação a fragilidade que os serviços de saúde apresentam em acolher os pacientes e oferecer cuidados paliativos. Assim, motivado pela demanda de cuidados e desafios na Rede de Atenção à Saúde em comunidades vulneráveis, iniciou atendimentos domiciliares a pacientes com necessidades de cuidados paliativos nas favelas do Vidigal e da Rocinha, na cidade do Rio de Janeiro, com o apoio de membros da própria comunidade, de forma voluntária. Logo observou-se uma crescente demanda da população a esses cuidados, sendo necessárias a estruturação e a ampliação desses atendimentos.

Foi em 2019, quando junto a outros colegas de profissão, enxergaram o potencial das atividades como meio de viabilizar a extensão universitária nas comunidades, não somente como alternativa aos serviços disponibilizados pela rede pública de saúde, mas também como um suplemento a essas. Assim surgiu no Brasil a iniciativa social: “comunidades compassivas”, um conjunto de ações que visam o desenvolvimento comunitário associado aos cuidados paliativos, onde voluntários unem-se para organizar meios de auxiliar, em domicílio, pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida.

Motivada pelo autocuidado comunitário contínuo, a iniciativa tem como premissa a com-

paixão, através do aprendizado e da expansão dos sentimentos mais humanos. Para a OMS (2014), as “Comunidades Saudáveis” ou “Comunidades Compassivas” são baseadas na ideia de que a saúde é mais do que mera ausência de doença, e encoraja as pessoas comuns, em todos os lugares, a adotar um entendimento de que a saúde é responsabilidade de todos e não somente dos serviços assistenciais e profissionais de saúde.



### III.I HISTÓRIA E PROJETO

Os hospitais universitários federais são infraestruturas destinadas ao desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde e dão suporte ao fomento da tríade universitária a partir das experiências com ensino, pesquisa e extensão nas instituições federais de ensino superior às quais estão vinculados. Ainda, os hospitais universitários federais são centros de referência de média e alta complexidade no campo da assistência à saúde, integrados ao SUS. De acordo com o levantamento realizado pelo Laboratório de Projetos da UFSC, em 2022, a rede de hospitais universitários federais era formada por 50 hospitais vinculados a 35 universidades federais. Destes, 40 hospitais são associados à rede estatal EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), da qual o Hospital Universitário da UFSC faz parte

O HU-UFSC é, assim, o único hospital federal no Estado de Santa Catarina, localizado no bairro Trindade, em Florianópolis. Para além do nível estadual, é considerado uma instituição de saúde de referência da Grande Florianópolis, atendendo exclusivamente pacientes do SUS. Além de ser um centro de prestação de serviços de alta complexidade, de desenvolvimento de novas tecnologias e ainda de formação e educação permanente de estudantes, técnicos e profissionais da área da saúde, atua nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, sendo referência estadual em patologias complexas, clínicas e cirúrgicas. Além de atender o público local, o HU atende pacientes vindos de outros hospitais e municípios que necessitam de avaliação e serviços de maior complexidade.

#### História e Projeto

A concepção do Hospital Universitário se deu junto a fundação da Faculdade de Medicina

de Santa Catarina em 1960, no campus Florianópolis, tendo como seu principal idealizador e ativista o professor Polydoro Ernani de São Thiago, nome concedido ao HU. Os princípios definidos pela então atuante Comissão Especial do Hospital das Clínicas (CEHUSC) na criação do HU eram: (I) Criar um hospital geral destinado ao ensino, pesquisa, extensão e assistência em todos os seus níveis até os procedimentos especiais. [...] (II) Criar um hospital de clínicas completo onde desenvolvesse todas as atividades do ensino médico e em parte de outras profissões da área da saúde. (III) Articular-se com a rede geral de saúde a exercer uma ação médica comunitária (São Thiago, 1983).

Para o projeto do Hospital foi aberta uma concorrência pública de âmbito nacional, da qual o arquiteto Hélio Ferreira Pinto, professor da Universidade Federal de Minas Gerais, foi vencedor. O partido do projeto admitiu um sistema pavilhonar, em sentido horizontal, dado o aspecto modernista da época para os edifícios hospitalares. Assim, simetricamente foram dispostos 4 pavilhões de 4 pavimentos contendo cada um 4 blocos de 500m<sup>2</sup> de área em cada piso e no pavimento térreo, vários blocos anexos. Inicialmente, a lotação prevista para o hospital era de 550 leitos para uma área construída de 36.000m<sup>2</sup>.

Mas foi somente em 1965, após muita luta comunitária e estudantil, que o governo liberou verbas para dar início às obras. Ainda assim, a construção precisou ser interrompida e retomada algumas vezes depois de certo tempo, devido a instabilidade no cenário político de prioridades em relação à formação de novos médicos. Por essa razão, sua inauguração só foi possível em 1980, após finalizadas a primeira etapa de implantação que incluiu, principalmente, as unidades



de clínica médica, o serviço ambulatorial, as enfermarias, a clínica pediátrica e seu ambulatório, a nutrição e dietética, o serviço de processamento de roupas, o serviço de engenharia e segurança do trabalho, o arquivo médico e estatística, a administração e os serviços gerais de pessoal, finanças, de materiais e manutenção (São Thiago, 1983).

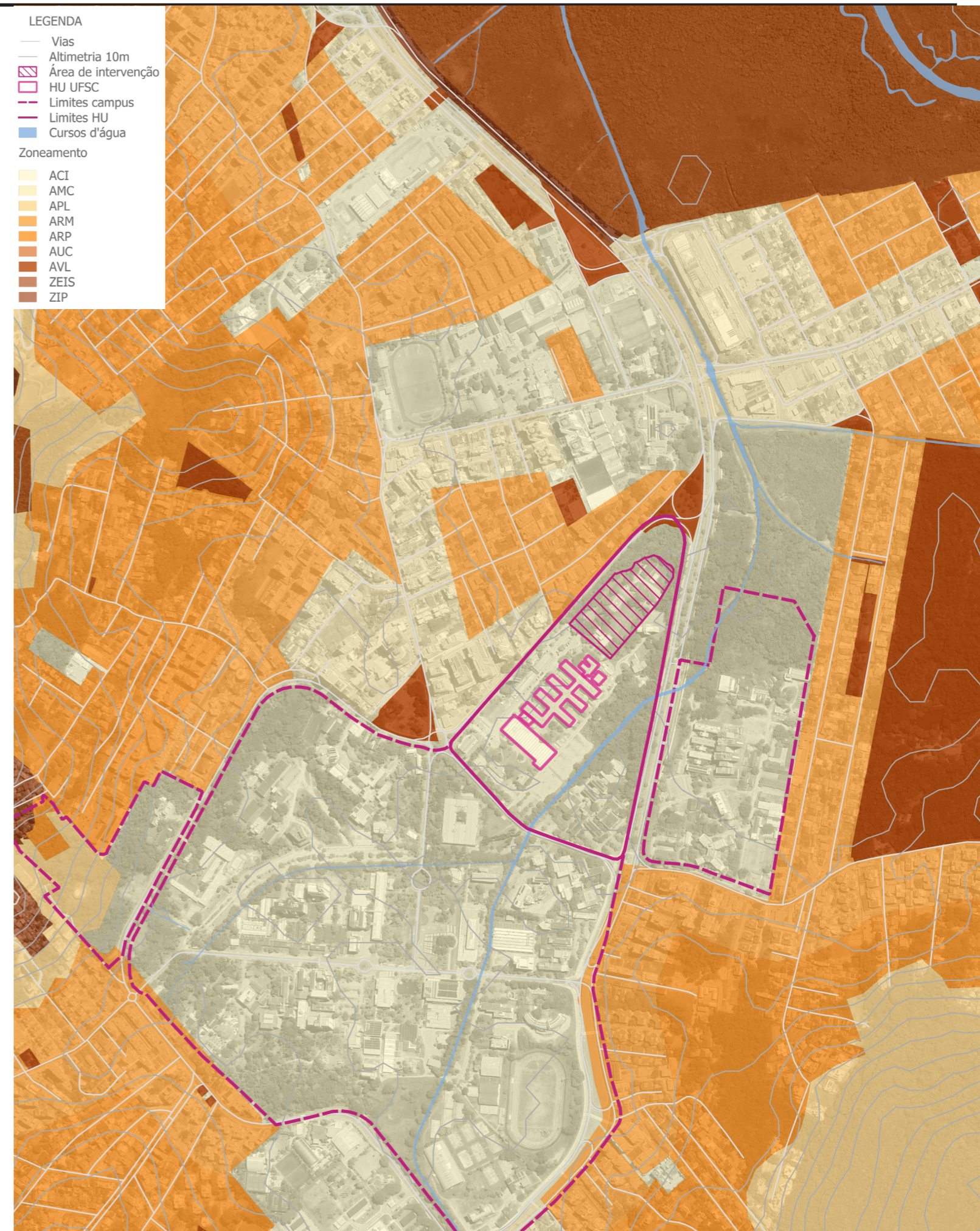
Anos posteriores, com a obtenção de mais recursos, foram inaugurados o centro cirúrgico, a central de esterilização de materiais, a unidade de emergência, a unidade de terapia intensiva, o laboratório de central de análises, entre outros serviços de apoio. O serviço ambulatorial também ampliou junto às novas instalações para emergência e internação pediátrica. Já a maternidade e o alojamento conjunto, vieram só em 1995 com a implantação do Centro Obstétrico e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Apesar de retomadas as etapas de implantação, a conclusão dos oito blocos conforme o projeto original ainda não foi concluída. O bloco construído mais recentemente foi o o Didático-Pedagógico do curso de Medicina, em 2014. Assim, o HU enfrenta ainda muitos desafios relacionados a infraestrutura hospitalar, uma vez que muitas alterações são realizadas a fim de dar conta das demandas do próprio hospital, mas que pouco refletem na otimização dos espaços para ampliar os atendimentos tanto para os serviços já ofertados quanto para novos.

### III.II CONTEXTO URBANO

O Hospital Universitário da UFSC insere-se em uma Área Comunitária Institucional (ACI) de acordo com o zoneamento estabelecido pelo Plano Diretor de Florianópolis. Como uma área bastante centralizada, em suas adjacências encontra-se uma vasta diversidade de usos, estes compostos por Área Mista Central (AMC), permitindo a construção de até 8 pavimentos, com alta densidade, destinada a usos residenciais, comerciais e de serviços, bem como uma Área Residencial Mista (ARM), para até 5 pavimentos, caracterizada pela predominância de residências combinadas com outros usos. Assim, o terreno do HU-UFSC tem faces voltadas tanto para a Universidade quanto para alguns bairros da bacia do Itacorubi. Nesse sentido, está implantado em um território diverso com alto interesse imobiliário especulativo.

Uma vez permitida pelo plano diretor, a verticalização vem acontecendo na região, sem desenvolver nenhum atrativo como contrapartida. A área na qual o HU-UFSC está implantado torna-se meramente de passagem, tomado como destino somente a porção de acesso à instituição ou o lado da via onde encontram-se as fachadas principais dos edifícios residenciais, ainda assim carentes de humanização e infraestrutura urbana que torne o trajeto mais seguro e agradável ao pedestre.

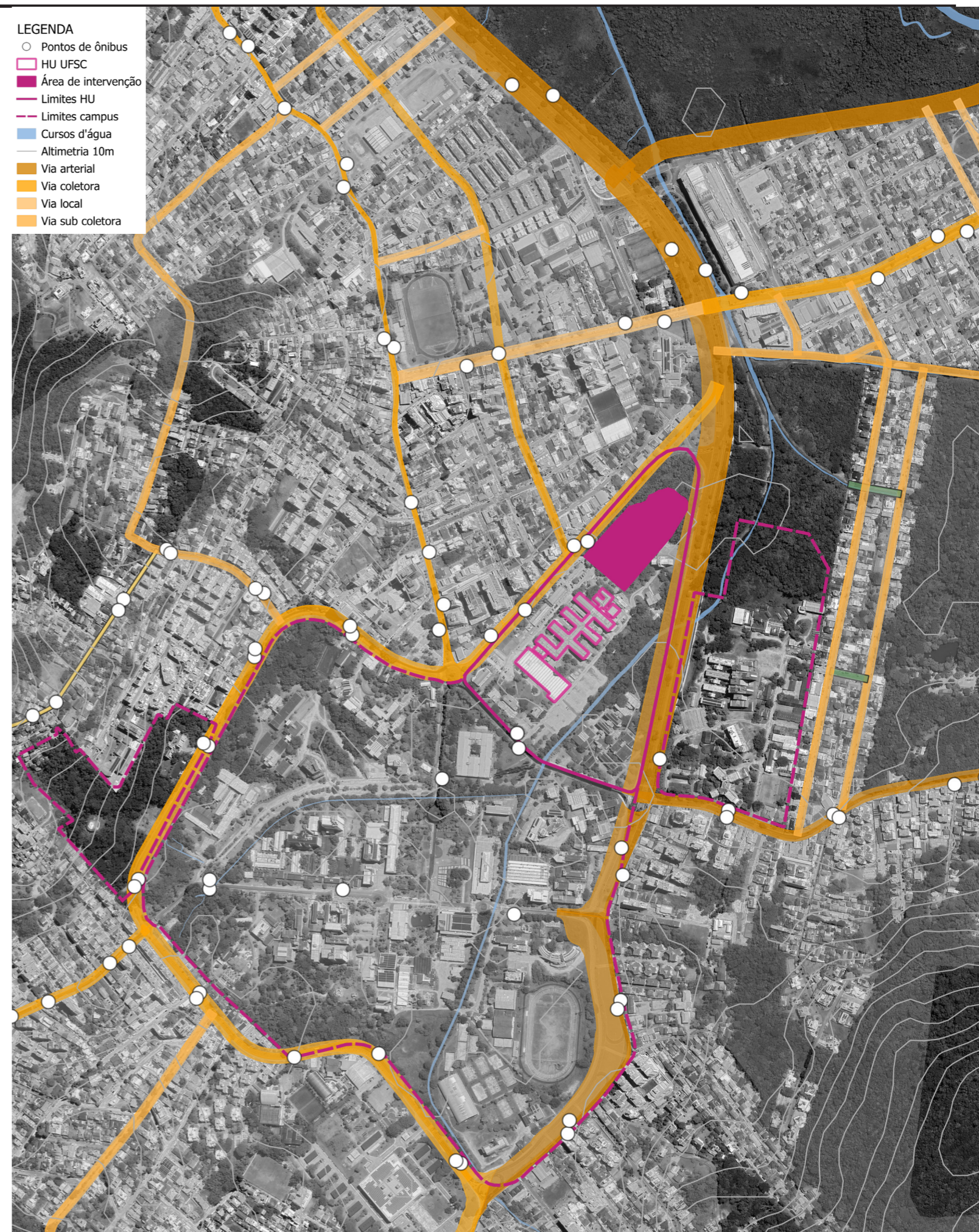


### III.II CONTEXTO URBANO

Ainda, sobre o sistema viário que leva ao HU-UFSC, pode-se dizer que, devido aos usos condicionados pelo plano diretor para a área, o número de veículos tem aumentado acompanhando a alteração do perfil sócio econômico na região, com o lançamento de empreendimentos como o Viva Trindade, em frente ao hospital. Assim, o consumo do transporte individual cresce em detrimento do coletivo, ocasionando maior congestionamento e, conseqüentemente, poluição ambiental e sonora. Também, tem-se o agravante após a implantação do sistema binário, uma vez que a partir dele, a Rua Professora Maria Flora Pausewang tornou-se a principal via de acesso sentido centro que permite o fluxo de veículos em ambos os sentidos, consolidando-se como alternativa para entrada e saída da Avenida Professor Henrique da Silva Fontes.

No que tange aos aspectos ambientais, o campus da Universidade encontra-se em uma planície de transição entre o mangue e as encostas dos morros. Logo, para que fosse possível a ocupação da área com essas instituições e os demais edifícios, foram necessárias drenagens e retificações dos canais, bem como o corte de matas ciliares, cujas alterações culminaram em uma série de conseqüências ambientais que podem ser notadas até hoje, como é o caso do afloramento do lençol freático devido a impermeabilização do solo para as construções. Além disso, a alta densidade habitacional na região conforma um grande problema de saneamento básico uma vez que o encaminhamento do esgoto sanitário não é realizado corretamente, tornando comum os alagamentos e sarjetas entupidas devido a dificuldade de esgotamento das galerias pluviais em dias de alto volume de chuva.

Essa análise apresenta um cenário bastante desafiador no que se refere a intervenção em escala urbana, uma vez que o espaço carece de humanização e infraestrutura.



### III.III CUIDADOS PALIATIVOS NO HU-UFSC

Uma alternativa para ampliar os serviços em cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, incluindo os hospitais universitários, seria a formação acadêmica em medicina paliativista. Inclusive, nesse sentido, o HU-UFSC foi precursor no Brasil com o programa de pós-graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos, com a abertura da primeira turma aberta em 2012. Porém, com a baixa profissional que a instituição sofreu, em 2019 o programa foi encerrado por falta de corpo docente especializado.

Apesar do HU-UFSC oferecer cuidados paliativos para pacientes internados, ou ainda em admissão ambulatorial, não existe no edifício hospitalar um espaço específico para esse tipo de abordagem terapêutica de tratamento. Em entrevista com a Dra. Luciana Burg, responsável pela frente de trabalhos com cuidados paliativos na instituição, gastroenterologista e pesquisadora na área de comunicação de más notícias, os pacientes que necessitam do serviço costumam internar conforme a disponibilidade de leitos das clínicas médicas, em especial, a Clínica Médica 2 nos leitos de onco hematologia.

#### ComPali HU-UFSC

Ainda, nessa oportunidade, Dra. Luciana reportou que até a data da entrevista, 18 de outubro de 2023, o HU-UFSC não tinha nenhum plano estratégico para implementação de algum setor ou ala específicos para cuidados paliativos. Porém, frente a crescente demanda paliativista no hospital, a EBSEH levantou a necessidade de formação de uma comissão especializada, uma vez que o tema vem ganhando espaço na política nacional de saúde com o debate de diminuição da distanásia - prolongamento desproporcional e artificial da vida de um paciente incurável - o que conseqüentemente, reduz os custos hospitalares desse paciente dentro do SUS.

Assim, a Comissão de Cuidados Paliativos do HU-UFSC/Ebserh (ComPali) foi instituída com a finalidade de assessorar os serviços hospitalares como órgão consultivo e assistencial, no que diz respeito ao tratamento de pacientes com doença ameaçadora à vida ou terminais, em qualquer fase de evolução da doença, promovendo o apoio multidisciplinar ao paciente e aos seus familiares, durante o

período de internação e de atendimento ambulatorial (EBSEH, 2023).

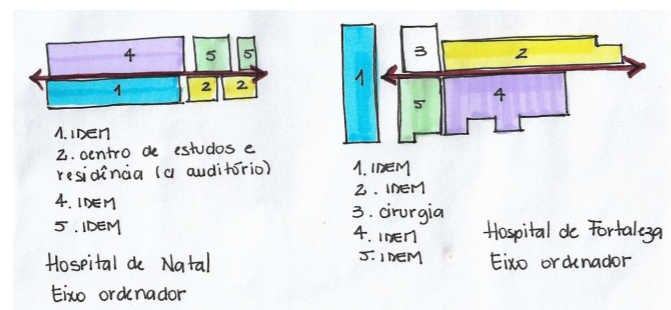
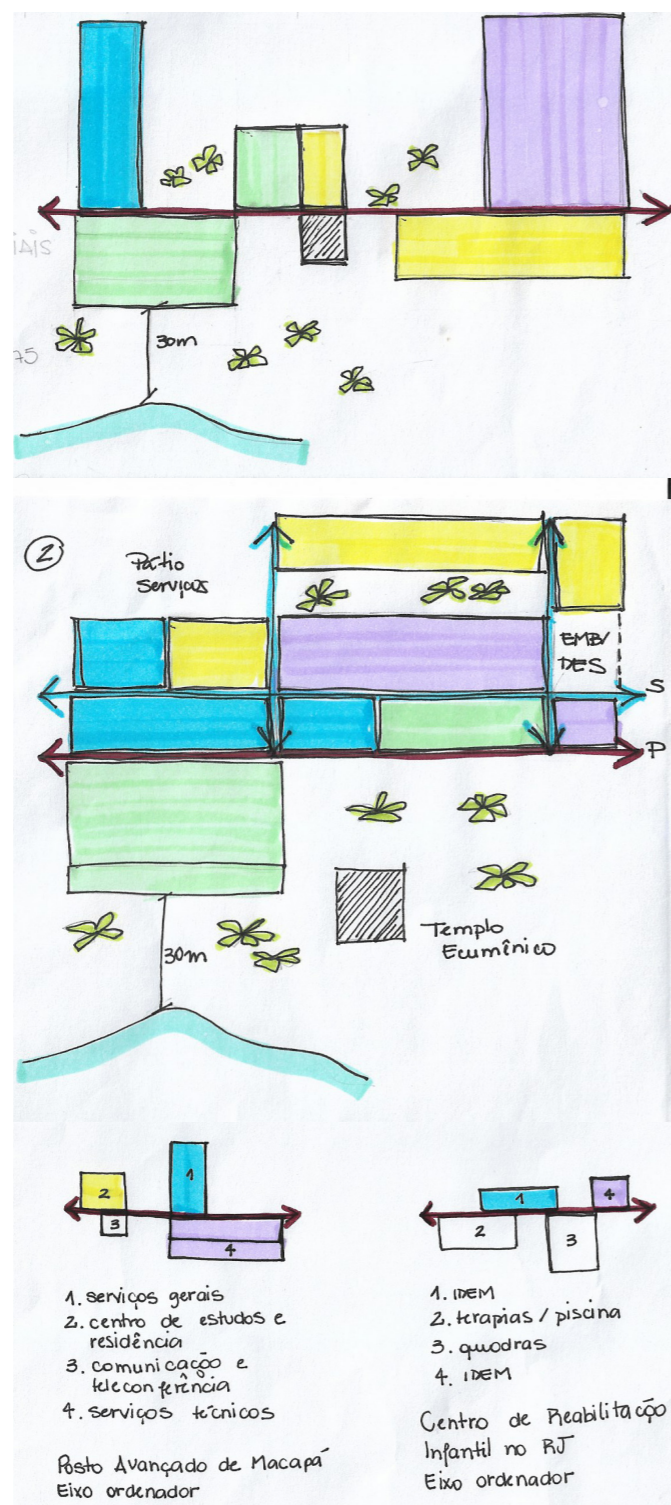
Iniciada por volta julho de 2023, segundo Dra. Luciana, o trabalho na comissão é concomitante a outras funções que o profissional exerce no hospital. Assim, a equipe conta com apenas um médico fazendo o ambulatório de medicina paliativa, uma vez na semana. Ainda, a gestão da comissão é realizada por meio do escritório de altas, que além de registrar os dados referentes ao pacientes, avalia as condições e necessidades da família para dar sequência ao tratamento em domicílio contando com apoio da unidade básica de saúde a partir do encaminhamento. Junto a isso é feito o telemonitoramento pelo médico paliativista para evitar reinternações.

A Dra Luciana, lembra o conceito de hospice e diz que este é “o sonho”, pois o “paciente de hospice é mais feliz!”. E reafirma: a luta é para que os CP sejam prioridade no serviço de saúde e não um diferencial”.

### IV.I SETORIZAÇÃO E EIXO ORDENADOR

Um dos exemplos mais marcantes, a nível mundial, referência em humanização hospitalar associada à tecnologia e à linguagem arquitetônica, para a solução de diferentes programas, é dado no Brasil por João Filgueiras Lima, o Lelé. Desenvolvendo sistemas de pré-fabricação desde a década de 60, Lelé responde pelos projetos da Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor, onde emprega componentes construtivos produzidos em série (Westphal, 2007).

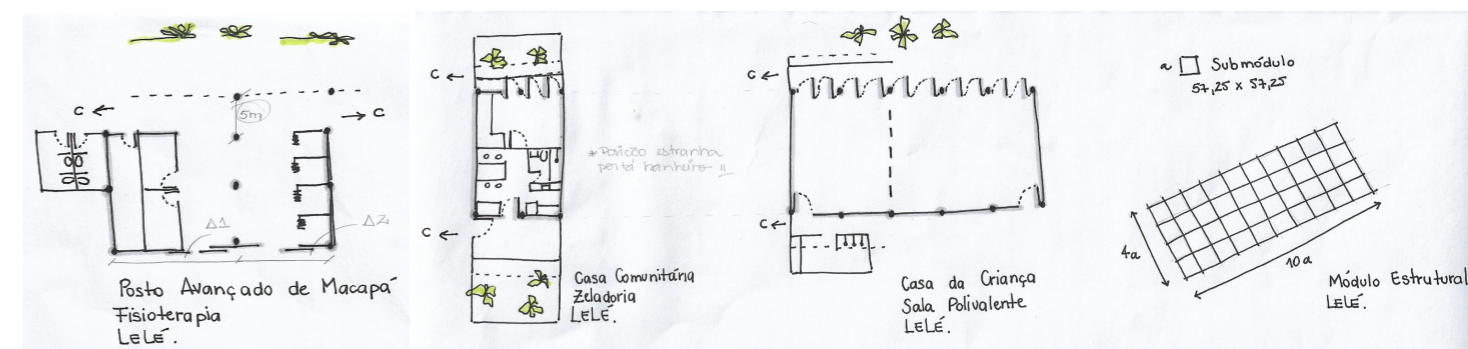
A funcionalidade de suas obras está materializada em diversos pontos do projeto, como na setorização, na racionalidade e na flexibilidade. A setorização costuma partir de um eixo comum de circulação que interliga os blocos principais e os subdivide conforme funções e setores específicos.



### IV.II MODULAÇÃO ESTRUTURAL

A racionalidade presente em seus projetos parte das soluções encontradas desde a modulação estrutural e da escolha pelo uso de componentes industrializados pré fabricados. Essa lógica modular também favorece a flexibilidade na organização de seus ambientes internos, o que pode ser observado comumente nos espaços de terapias separados entre si somente por divisórias desmontáveis para adaptabilidade do espaço à diferentes necessidades. Ainda, a adoção pela permeabilidade visual constante através de circulações abertas e de elementos vazados, é possível graças a essa preocupação com o ordenamento das estruturas desde a concepção do projeto.

Também, nota-se que essa compreensão arquitetônica sobre a dinâmica e o funcionamento do edifício, promove uma agilidade e economia na construção, além de futuras manutenções sem prejudicar o funcionamento dos setores já existentes.

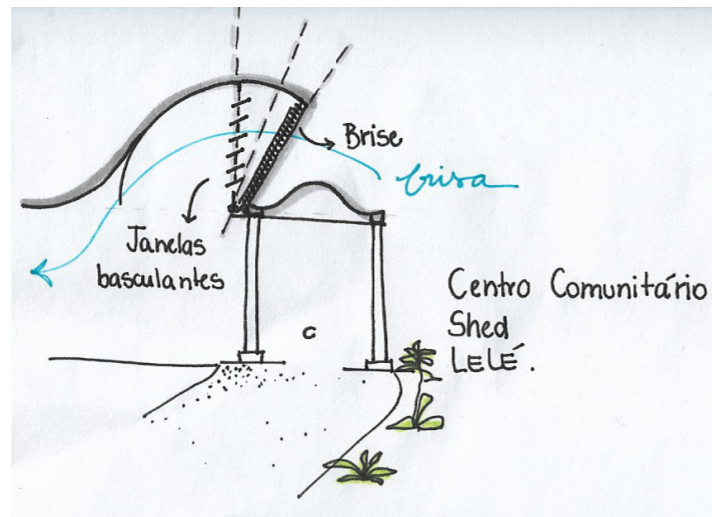
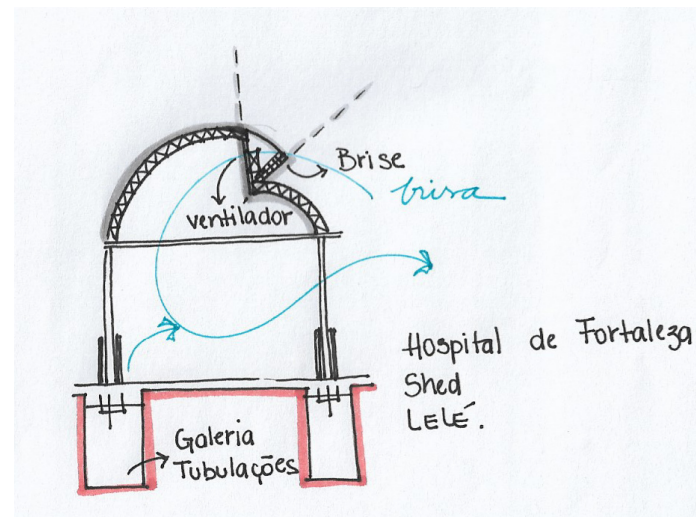
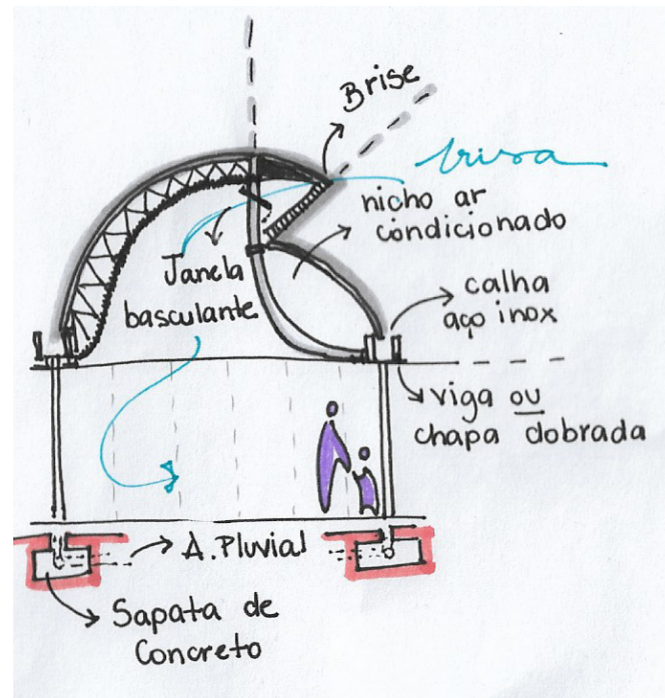




### IV.III ESTRATÉGIAS DE CONFORTO

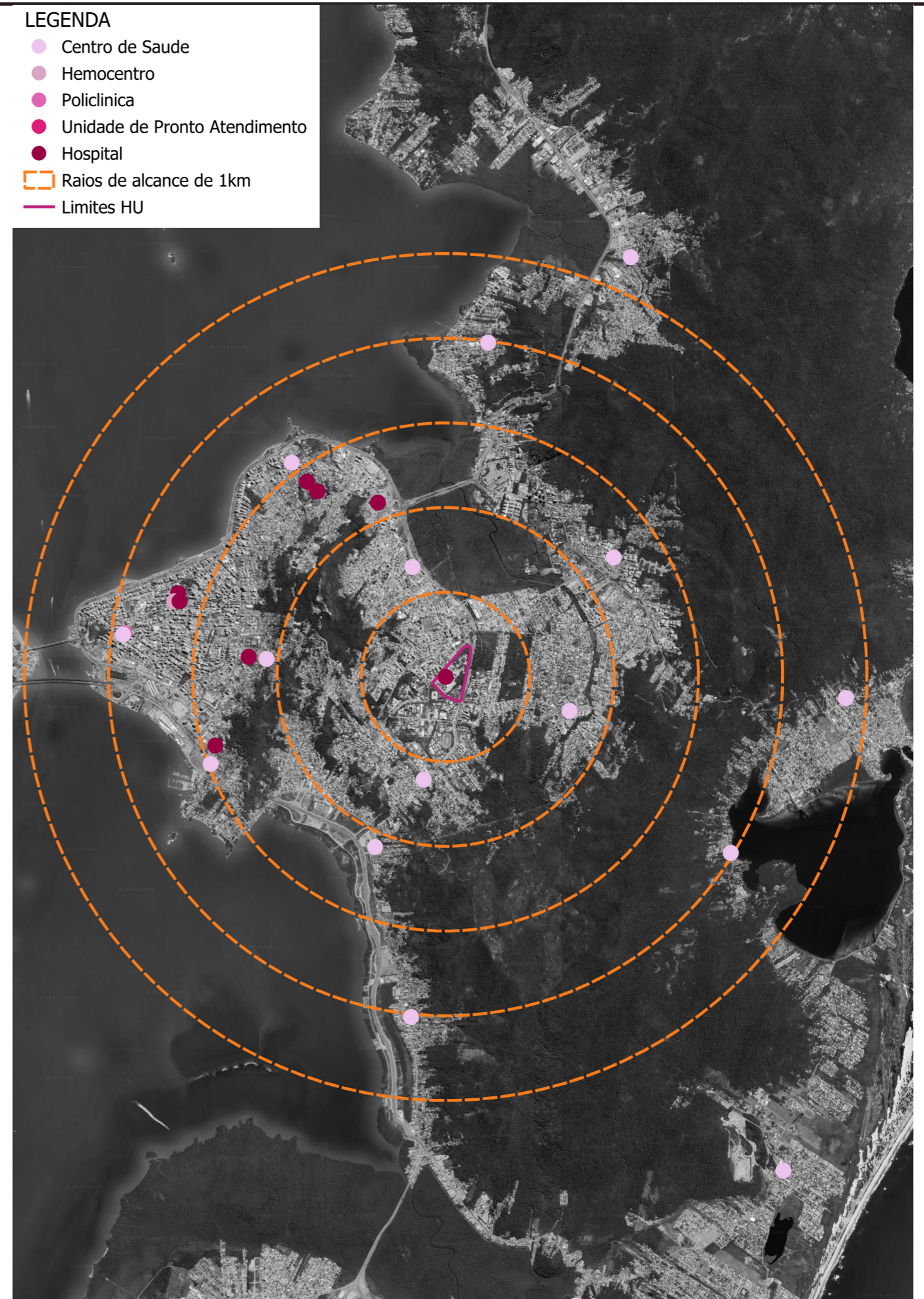
O conforto ambiental é princípio crucial nas obras e projetos do arquiteto, caracterizado pelo uso inteligente de sistemas de iluminação e ventilação naturais para todos os ambientes, mesmo com o uso alternativo de refrigeração do ar em alguns setores. Também, para garantir o controle da incidência solar, os ambientes projetados recebem a imponência das coberturas onduladas combinadas aos sheds com venezianas móveis, assinatura de Lelé nos projetos.

Assim como na concepção da estrutura, os ideais que visam o conforto das edificações projetadas por Lelé também são pensados precocemente no desenvolvimento do projeto e não se limitam aos recursos de ventilação e iluminação. A responsabilidade ambiental também é premissa em suas obras que buscam compreender a implantação para além do terreno, mas observando a potencialidade e os desafios dos recursos naturais presentes como estratégias de conforto e sustentabilidade.



### LEGENDA

- Centro de Saúde
- Hemocentro
- Policlínica
- Unidade de Pronto Atendimento
- Hospital
- Raios de alcance de 1km
- Limites HU





## Modulação Estrutural

Com a compreensão sobre as demandas espaciais do programa de necessidades estabelecido para o projeto, foi o momento de estudar a modulação estrutural. Optou-se, após investigações a partir de submódulos, pela malha estrutural concebida a partir das dimensões do leito de internação ideal para o projeto da Unidade Cuidativa. Depois disso, atentou-se para outros setores e ambientes tendo como objetivo manter a regularidade da estrutura para a padronização de acabamentos, esquadrias e layouts.

A modulação adotada possui eixos verticais a cada 9m, e horizontais a cada 6,75m. Nessa formação, projeta áreas de 60,75m<sup>2</sup> que consegue comportar as diferentes funções da edificação, além de combiná-las admitindo ao projeto uma setorização ordenadora e legível.



## Pré-Dimensionamento

Em todo o projeto serão utilizados vigas e pilares metálicos. As vigas devem vencer vãos de 6,75 e 9 metros, e os pilares suportar ao somatório das cargas advindas das diferentes tipologias de coberturas. Para definição dos perfis a serem utilizados foi realizado o pré-dimensionamento a partir dos gráficos do Yopanan. Assim, chegou-se à conclusão de que os perfis utilizados teriam alturas de 30cm para vigas de 6,75m, e 45cm para vigas de 9m. Para isso, adotou-se os perfis metálicos no formato "W". Para os pilares foi adotado o perfil de seção quadrada 20x20cm a fim de vencer vãos entre 3m e 4,8m.

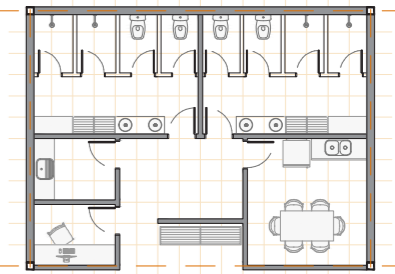
Perfil W (6,75m de vão): W310X23,8

Perfil W (9m de vão): W460X52,0

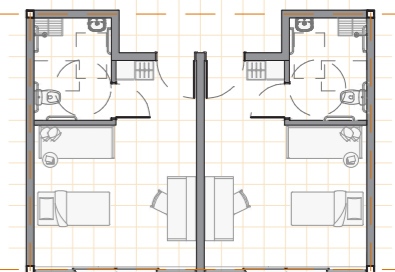
Perfil Pilares: W610X155,0

Também, será utilizado laje de painel treliçado com vigotas. Esse sistema, composto de uma armação treliçada associada a uma armadura de distribuição e uma base de painéis de concreto pré-moldados vai variar a altura final de acordo com a especificidade dos ambientes. Esse sistema receberá preenchimento com blocos de EPS cobertos por tela soldada para, ao fim, receber o capeamento de concreto. Para o pré-dimensionamento, recorreu-se ao fabricante Arcelor Mittal e adotou-se como padrão 20cm para a altura total da laje, sendo: 4cm a espessura do painel de concreto, 10cm a altura do enchimento em EPS, e 6cm o capeamento de concreto. Os painéis pré-moldados variam entre 25 e 125cm de largura, assim, para o projeto em questão adotou-se o mínimo de 25cm tanto pela legibilidade da modulação quanto pelo resultado estético, uma vez que também ficará aparente.

**Módulo de Apoio**  
vestiário, copa, DML, sala de segurança, ponto eletrônico e copa.

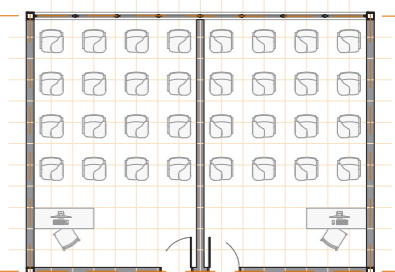
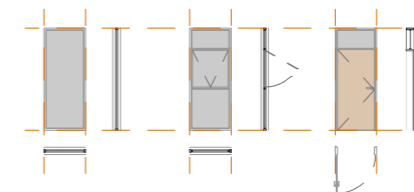


**Módulo do Leito Paliativo**  
quarto com banheiro acessível e espaço para acompanhantes.



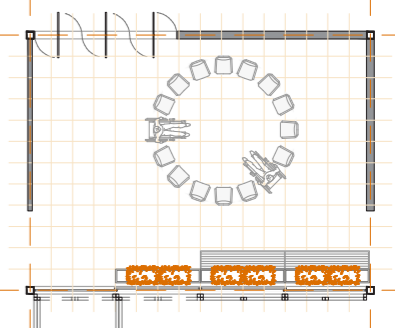
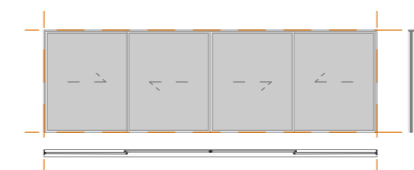
**Módulo de Sala de Aula**  
disponíveis para residência.

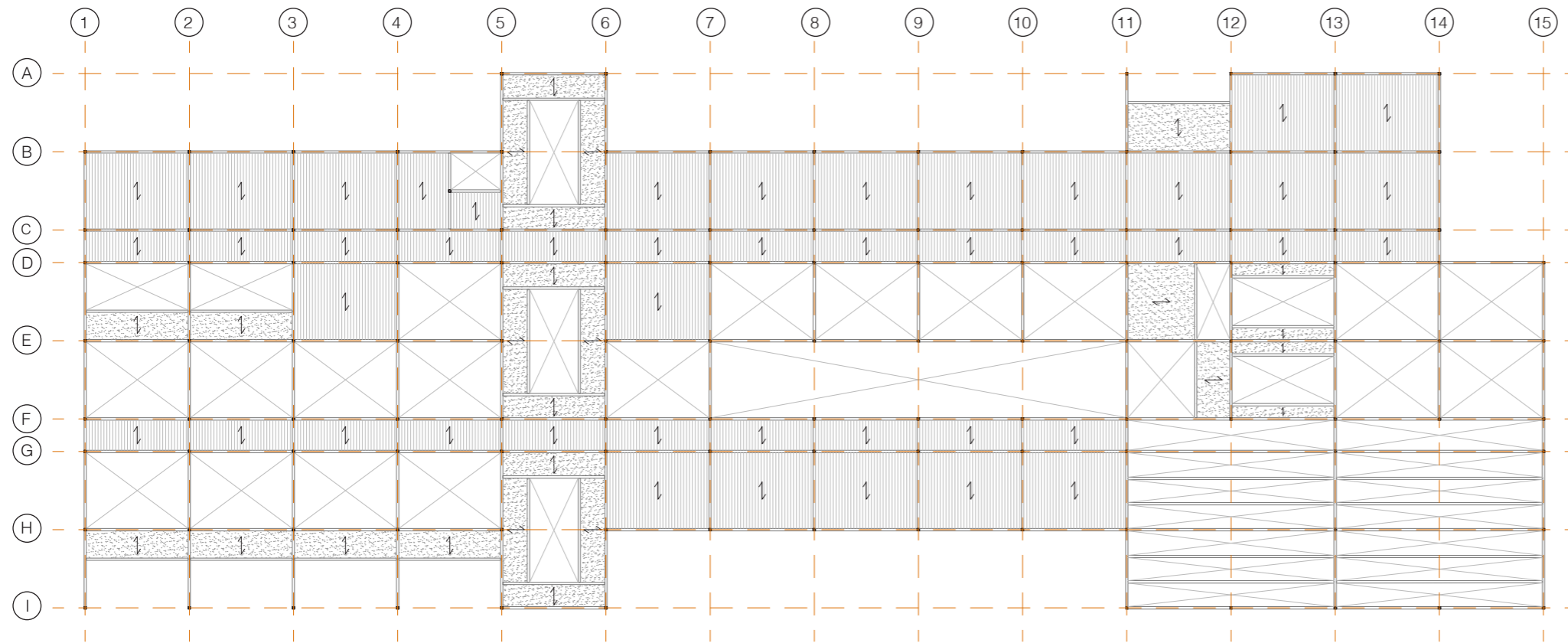
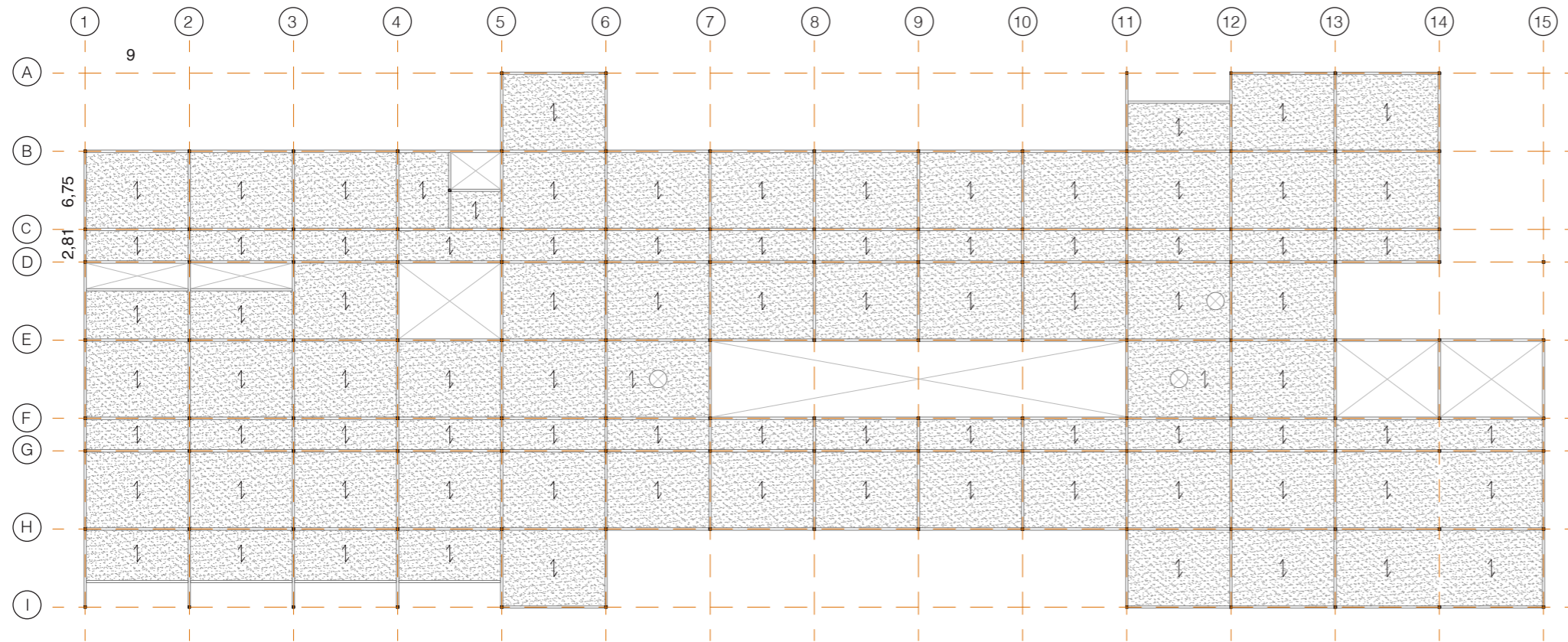
**Módulo da Esquadria**  
8x panos de vidros 1,10m





**Módulo de Reabilitação**  
espaço multiuso.

**Módulo da Esquadria**  
4x panos de vidros 2,20m

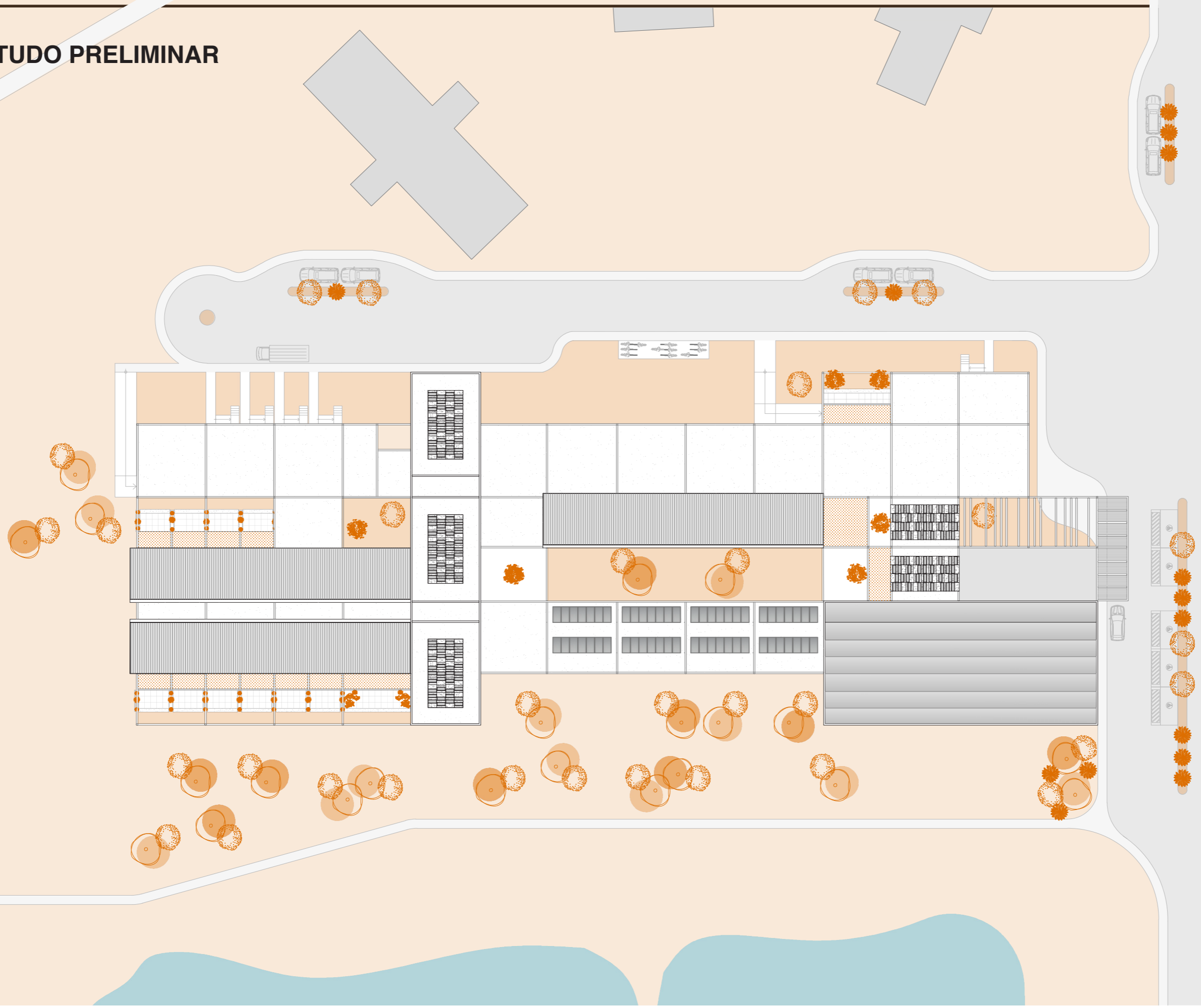




 laje simples de painel treçado  
 laje dupla de painel treçado



V.III ESTUDO PRELIMINAR

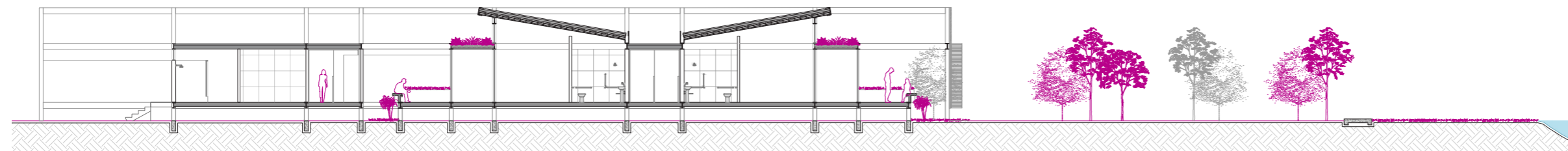


- novo acesso acesso logístico HU
- - - acesso logístico Unidade Cuidativa
- A - Almojarifado;
- B - Nutrição Distribuição;
- C - Morgue;
- D - Transbordo Resíduos
- retirada de empréstimos
- acesso equipe técnica de saúde e residência
- acesso equipe de serviços gerais
- - - acesso público geral
- E - acolhimento;
- F - rede de atenção domiciliar;
- G - ambulatório paliativo;
- H - reabilitação e terapias integrativas;
- I - Casa paliativa (internação)
- espaço de capacitação
- - - possível ampliação da internação

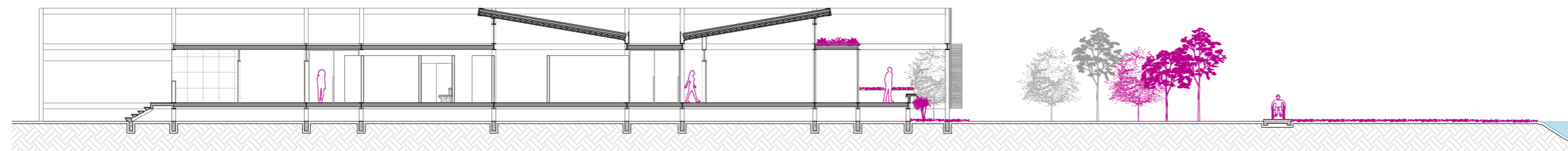




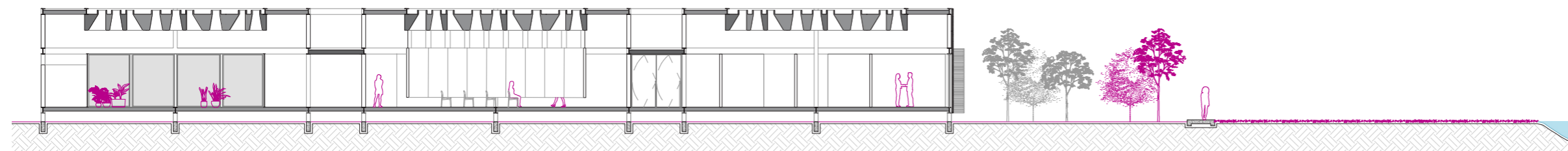
- |                          |                               |                                   |  |  |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 1. vestiário             | 12. área suja                 | 23. conforto médico               | 34. recepção/ acesso                     | 45. sanitários                               |
| 2. DML                   | 13. quarto plantão enfermagem | 24. sala residência               | 35. sala de aula                         | 46. copa médica                              |
| 3. segurança             | 14. rouparia                  | 25. utilidades                    | 36. consultório indiferenciado           | 47. recepção médica                          |
| 4. copa serviços         | 15. sala de enfermagem        | 26. área de estar social coletivo | 37. reabilitação e terapias integrativas | 48. foyer                                    |
| 5. leito cuidativa       | 16. posto de enfermagem       | 27. galeria da memória            | 38. biblioteca                           | 49. acolhimento                              |
| 6. almoxarifado entrada  | 17. sala de preparo           | 28. estufa                        | 39. jardim da memória                    | 50. recepção e espera acolhimento            |
| 7. almoxarifado saída    | 18. escritório de serviços    | 29. templo ecumênico              | 40. secretaria                           | 51. depósito de equipamentos para empréstimo |
| 8. nutrição entrada      | 19. acesso preparo            | 30. área para encontros/reuniões  | 41. arquivo                              | 52. farmácia                                 |
| 9. nutrição distribuição | 20. sala de despedida         | 31. sala de entrevistas           | 42. sala de reuniões administração       | 53. teleconsulta                             |
| 10. DTRS                 | 21. encontro médico           | 32. sala de estudos               | 43. sala administração                   | 54. reuniões                                 |
| 11. lavanderia           | 22. farmácia satélite         | 33. quarto residência             | 44. sanitário PCD                        | 55. auditório                                |



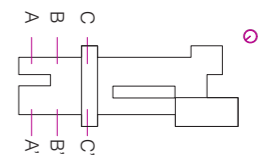
CORTE AA'



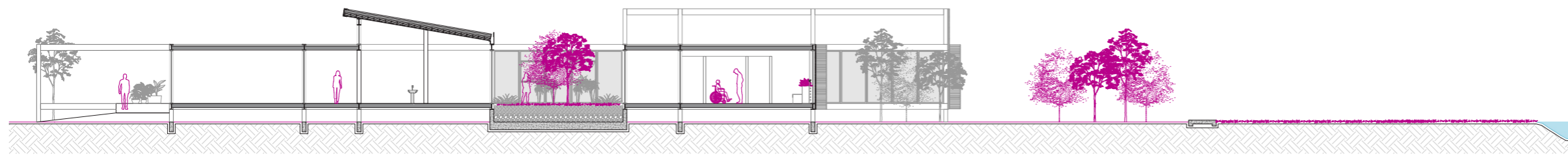
CORTE BB'



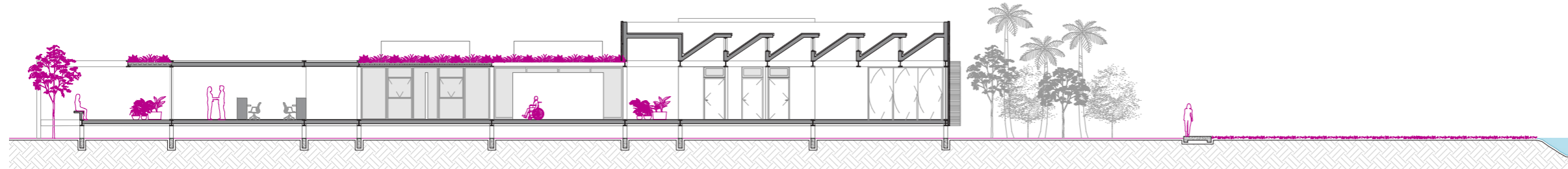
CORTE CC'



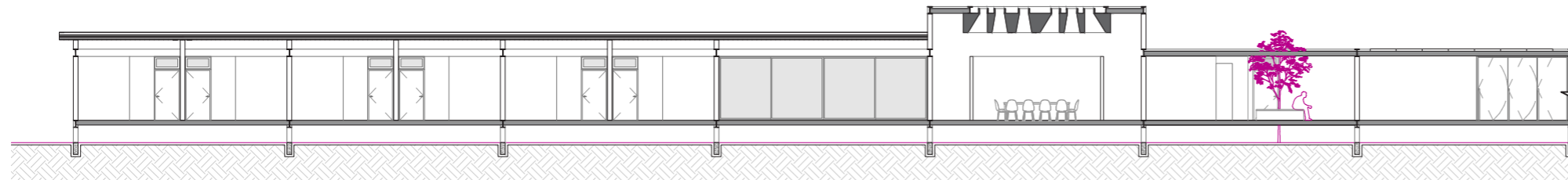




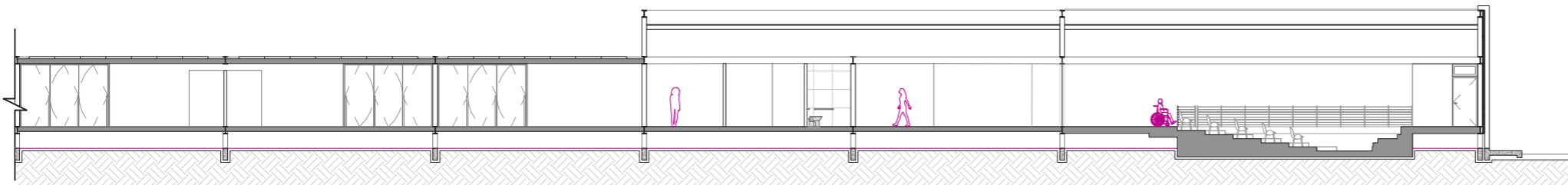
CORTE DD'



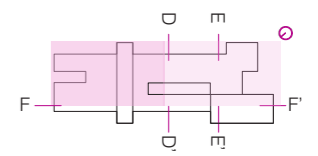
CORTE EE'

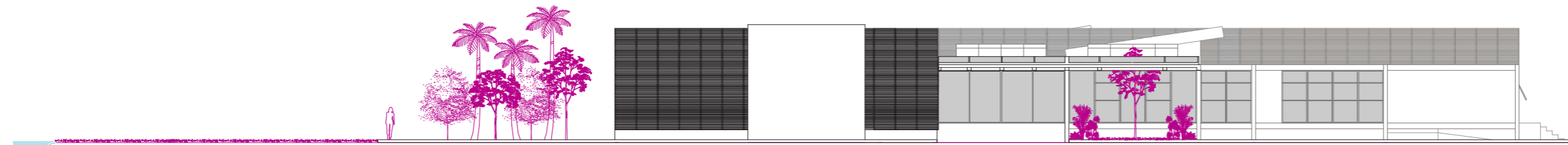


CORTE FF' (1)

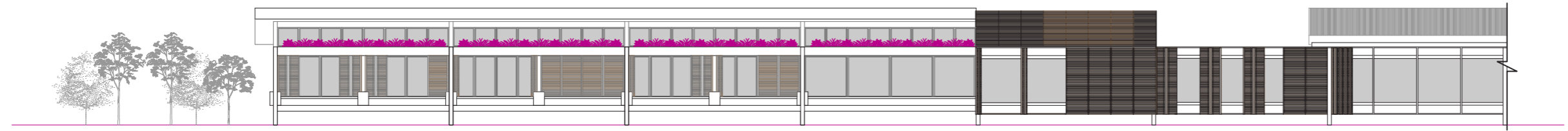


CORTE FF' (2)

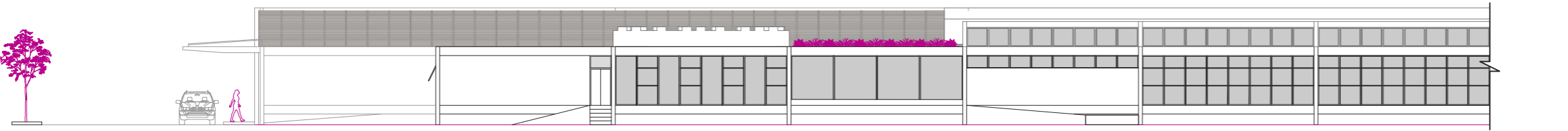




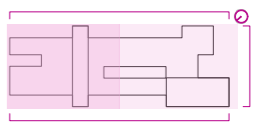
ELEVAÇÃO SUDOESTE



ELEVAÇÃO NOROESTE



ELEVAÇÃO SUDESTE





FACHADA PRINCIPAL DE ACESSO À UNIDADE CUIDATIVA HU-UFSC



ACESSO À UNIDADE CUIDATIVA HU-UFSC



FACHADA DA ÁREA DE REABILITAÇÃO E TERAPIAS INTEGRATIVAS

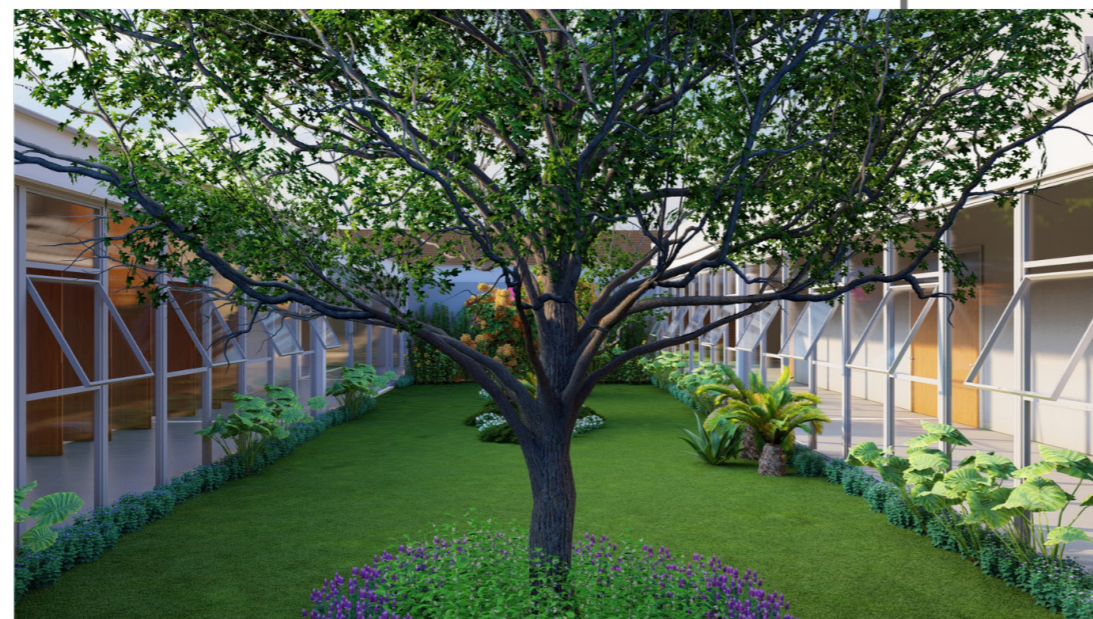
## CORTE EM PERSPECTIVA DAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E REABILITAÇÃO



CORREDOR DE ACESSO AO AMBULATÓRIO



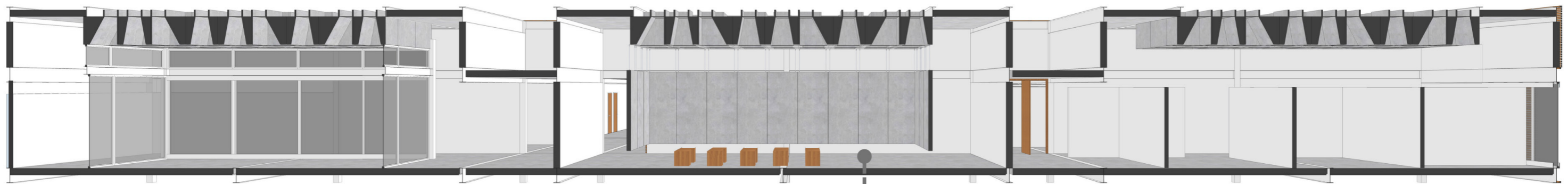
JARDIM DA MEMÓRIA



VISTA DA SALA DE REABILITAÇÃO E TERAPIAS INTEGRATIVAS

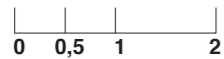
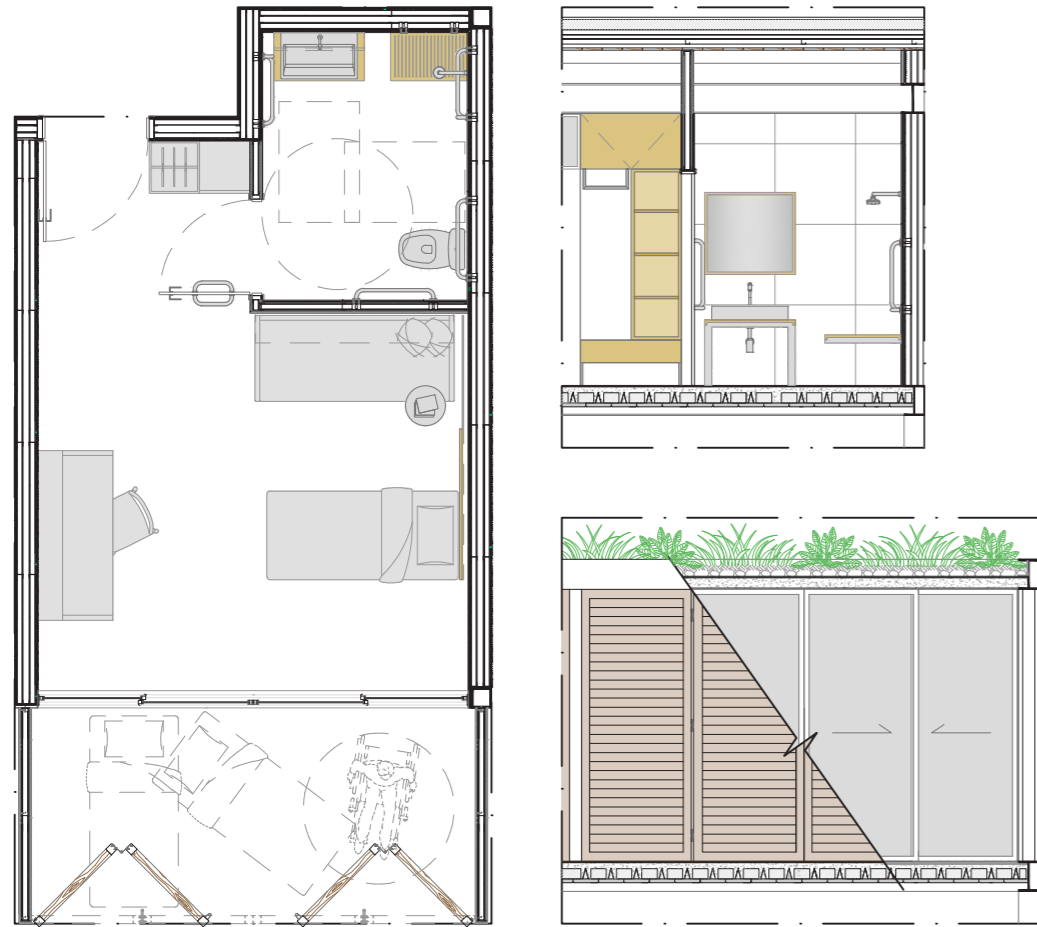
O **Jardim da Memória** é um espaço pensado para cultivar e resgatar as melhores lembranças daqueles que já passaram pela Unidade Cuidativa. Com uma proposta integrativa, o Jardim é integrado a estufa da unidade, onde as espécies escolhidas pelos próprios pacientes podem ser cultivadas pela família e até pela própria comunidade voluntária. Ainda, o espaço é cercado pelos fluxos principais de circulação, ambulatorial e de reabilitação, bem como o da própria internação. As esquadrias permitem que o jardim possa adentrar a estrutura e fazer parte dela, seguindo pelas coberturas verdes e pequenos canteiros ao longo da Unidade.

## CORTE EM PERSPECTIVA DA ESTUFA, ESPAÇO ECUMÊNICO E SALAS DE ACOLHIMENTO



ESPAÇO ECUMÊNICO

O **espaço ecumênico** está locado ao centro do bloco transversal da edificação, que divide a parte de atendimento ambulatorial, da internação. Essa implantação é calculada, visando não apenas um estado de transmutação do indivíduo, mas também a compreensão de que a terminalidade da vida pode ser leve e contemplada de diferentes ângulos. Essa posição centrada no bloco, também refere-se aos ambientes adjacentes. De um lado, tem-se a estufa para o cultivo das espécies escolhidas, ação sobre aquilo que pode ser feito: preservar a memória daqueles que partem. De outro, o acolhimento familiar para comunicação de má notícias, o incontrolável, onde cabem as decisões difíceis.



De acordo com o modelo do Hospice britânico, os quartos que funcionam como leitos de internação para cuidados paliativos devem promover um layout ajustável as necessidades das famílias e dos pacientes, para que possam personalizar o ambiente com suas fotos, plantas, decorações e até mesmo pequenas mobílias que tenham um significado afetivo ao paciente.

Além das funções técnicas como estratégias bioclimáticas, a abertura em shed somada ao telhado jardim promove ao paciente, momentos de decompressão mesmo quando já acamada. Durante o dia, durante as trocas de decúbito, o mesmo poderá acompanhar a mudança do tempo e das estações, fazendo a manutenção de funções cognitivas importantes.

As varandas possuem graus de permeabilidade visual e, logo, permitem diferentes níveis de privacidade e interação. Ainda, o elemento das venezianas articuladas, funcionam também como um filtro em relação a incidência solar que, nessas fechadas, são bastante incidentes.



VISTA INTERNA DO LEITO DA UNIDADE CUIDATIVA HU-UFSC



ACESSO A INTERNAÇÃO DA UNIDADE CUIDATIVA HU-UFSC



FACHADA LEITOS DA UNIDADE CUIDATIVA HU-UFSC

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, Ana Claudia Quintana. O que é e o que não é Cuidado Paliativo. Casa do Cuidar. Disponível em: <https://www.casadocuidar.org.br/cuidados-paliativos/>. Acesso em 18 jun 2023.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. A morte é um dia que vale a pena viver. Alfragide, Portugal: Oficina do livro; 2019.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. Histórias lindas de morrer. Rio de Janeiro: Sextante; 2020. Arantes ACQ.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.htm) Acesso em 15 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº41 de 31 de Outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html). Acesso em 05 maio 2023.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Déficit habitacional no Brasil – 2016-2019. Belo Horizonte: FJP, 2021. 169 p.: il. Disponível em: [https://fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/21.05\\_Relatorio-Deficit-Habitacional-no-Brasil-2016-2019-v2.0.pdf](https://fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/21.05_Relatorio-Deficit-Habitacional-no-Brasil-2016-2019-v2.0.pdf). Acesso em 15 jun 2023.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal? Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo: 47(2), p.92. Junho, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/Lc5MYWZHrMb8vGpRWWdx3qF/#:~:text=A%20terminalidade%20parece%20ser%20o%20eixo%20central%20do,possibilidade%20de%20morte%20pr%C3%B3xima%20parece%20inevit%C3%A1vel%20e%20previs%C3%ADvel>. Acesso em 05 maio 2023.

IGLESIAS, Simone Brasil de Oliveira. Desospitalização de crianças diagnosticadas com condições crônicas complexas. Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/graduacao/epe/epm/noticias/desospitalizacao-de-criancas-diagnosticadas-com-condicoes-cronicas-complexas> Acesso em 09 junho 2023.

LIMA, João Filgueiras. Arquitetura. Uma experiência na área de saúde. São Paulo: Romano Guerra, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. 67º Assembleia Mundial de Saúde. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em 15 jun 2023.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. Promovendo saúde & ensino: Hospital Universitário de Santa Catarina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1983. 208p.

WESTPHAL, Eduardo. A Linguagem da Arquitetura Hospitalar de João Filgueiras Lima. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.