



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE TECNOLOGIA
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**UNIDADES HOSPITALARES ESPECIALIZADAS EM CUIDADOS PALIATIVOS
– O HOSPICE: UMA PROPOSTA DE ANTEPROJETO PARA O SISTEMA DE
SAÚDE DE BELÉM.**

ALUNA: ANA CAROLINY BORGES SANTOS

Monografia apresentada à disciplina TCC II como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Pará – UFPA. ORIENTADOR: Prof. Dr. Raul da Silva Ventura Neto

BELÉM /PA
DEZ 2019

DISCIPLINA TCC II: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
CURSO

**UNIDADES HOSPITALARES ESPECIALIZADAS EM CUIDADOS PALIATIVOS
– O HOSPICE: UMA PROPOSTA DE ANTEPROJETO PARA O SISTEMA DE
SAÚDE DE BELÉM.**

Ana Caroliny Borges Santos

Banca Examinadora

Prof. Dr. Raul da Silva Ventura Neto
Orientador

Prof. Dr. Luiz de Jesus Dias da Silva
Avaliador

Prof. MSc. Joaquim Augusto Gomes de Souza Meira
Avaliador

Data: _____/_____/_____

Nota: _____ Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao meu orientador Raul da Silva Ventura Neto que, desde agosto de 2018, me acompanhou e acolheu meu sonho de fazer pesquisa neste tema. Despertou em mim uma paixão pela arquitetura hospitalar, mas principalmente por não só ter me orientado academicamente, mas por ter me apoiado psicologicamente e mentalmente durante meu último ano na universidade, demonstrando os meus erros e me aconselhando sempre que possível, transformando o fechamento desse ciclo num processo mais fascinante e leve.

A minha mãe, Cristiany Borges, por ter investido em mim seu tempo, seu extremo cuidado e carinho, por sempre ter acreditado no meu potencial e capacidade mesmo quando estive desacreditada. Por ter prestado apoio espiritual e emocional durante todo o período em que estive na universidade, ter se dedicado a mim incondicionalmente durante os momentos de maior dificuldade. Dedico este trabalho a minha queridíssima mãe, que sempre demonstrou em suas palavras de conforto um amor apaziguador, incentivando sempre a empatia em meu coração e estimulando em mim o interesse e olhar ao próximo essencial para a escolha deste tema.

A minha irmã Eduarda Borges, pelo companheirismo de uma vida toda, ao meu pai André pelas singelas demonstrações de carinho e afeto, a minha amiga Juliana de Aquino por enfrentar as dificuldades dos últimos períodos de da universidade ao meu lado, ao meu amigo Felipe Almeida pela amizade e momentos discretos de felicidade em que esteve ao meu lado durante estes anos.

Por fim, aos meus professores, familiares e amigos que prestaram apoio fundamental a minha formação acadêmica e pessoal nos últimos anos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: OurLady'sHospice for de Dying fachada 1	8
Figura 2: OurLady'sHospice for de Dying fachada 2	8
Figura 3: Fachada St. Luke'sHouse	9
Figura 4: Enfermaria Feminina do St. Luke'sHouse.....	9
Figura 5: Fachada do St. Joseph'sHospice	10
Figura 6: Enfermaria do St. Joseph'sHospice	10
Figura 7: St. Cristopher'sHospice	14
Figura 8: Zonas de Transição Entre Componentes Funcionais	18
Figura 9: Casas Semiautônomas e Espaços de Apoio	21
Figura 10: Organograma dos Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos no Brasil.	23
Figura 11 – Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer no Estado do Pará.....	27
Figura 12 – Tabela Distribuição proporcional dos casos de câncer cujo tratamento inicial não pode ser realizado, segundo o motivo para não tratar, Hospital Ophir Loyola, 2007 a 2011. Belém, 2016.....	27
Figura 13 – Tabela Distribuição proporcional dos casos de câncer cujo tratamento inicial não pode ser realizado, segundo o motivo para não tratar, Hospital Ophir Loyola, 2007 a 2011. Belém, 2016.....	28
Figura 14 – Localização do terreno escolhido.....	28
Figura 15: Zoneamento do município de Belém.	29
Figura 16: Quadro de Modelos Urbanísticos.....	29
Figura 17: Representação dos recuos adotados para o terreno.....	30
Figura 18 - Mapa de Clima do Brasil.	30
Figura 19: Climatologia do município de Belém.	31
Figura 20: Rosa dos ventos.....	31
Figura 21: Zona Bioclimática	31
Figura 22: Tabela de Aberturas para Ventilação e Sombreamento.....	32
Figura 23: Levantamento dos dados climáticos no terreno.....	32
Figura 24: Setorização.....	42
Figura 25: Vista em perspectiva da tipologia Hospice.....	43
Figura 26: Vista da entrada principal do Hospice 01.....	43

Figura 27: Vista da entrada principal do Hospice 02.....	44
Figura 28: Vista da fachada lateral do Hospice.....	44
Figura 29: Vista Superior do Hospice.....	45
Figura 30: Vista da fachada frotal do Hospice.....	45
Figura 31: Vista Interior 01 do Hospice	46
Figura 32: Vista Interior 02 do Hospice.....	46
Figura 33: Vista Interior 03 do Hospice.....	47
Figura 34: Vista Frontal do Espaço Ecumênico.....	47
Figura 35: Vista em perspectiva do Espaço Ecumênico.....	48
Figura 36: Horta Terapêutica em espaço livre.....	48
Figura 37: Fachada dos quartos paliativos.....	49
Figura 38: Vista dos quartos paliativos.....	49
Figura 39: Vista dos espaços livres principais.....	50
Figura 40: Vista Superior dos espaços livres principais.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Programa de Necessidades - Ambientes de Chegada.....	34
Tabela 2: Programa de Necessidades - Setor Ambulatorial	35
Tabela 3: Programa de Necessidades - Setor de Atendimento Imediato.....	36
Tabela 4: Programa de Necessidades - Setor de Internação	37
Tabela 5: Programa de Necessidades - Ambientes Compartilhados	39
Tabela 6: Programa de Necessidades - Setor Administrativo	40
Tabela 7: Programa de Necessidades - Espaços Comuns.....	41
Tabela 8: Definição da área total do projeto.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

CIT – Comissão de Intergestores Tripartite

EAS – Estabelecimentos Assistências de Saúde

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NHS – National Health Service

OMS – Organização Mundial de Saúde

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

Sumário

INTRODUÇÃO	4
1. DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	6
1.1. HOSPICES MEDIEVAIS	6
1.2. PROTOHOSPICES: O RENASCIMENTO DOS HOSPICES NO FIM DO SÉC. XIX.....	7
1.3. O HOSPICE MODERNO	12
2. A INCORPORAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NOS SISTEMAS DE SAÚDE	14
2.1. NATIONAL HEALTH SERVICE – NHS.....	14
2.2. PARÂMETROS INTERNACIONAIS DE PROJETO PARA HOSPICE.....	16
2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.	22
2.3.1. Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos	23
3. CONDICIONANTES PARA O PROJETO	26
3.1. EPIDEMIOLOGIA:	26
3.2. ESTUDO DO TERRENO:.....	28
3.2.1. Localização:	28
3.2.2. Zoneamento e Legislação:.....	29
3.2.3. Levantamento Climático da Região:	30
3.3. PROGRAMA DE NECESSIDADES:	32
3.3.1. Os Ambientes:	34
3.3.2. Setorização:	42
3.4. PARTIDO ARQUITETÔNICO E VOLUMETRIA:	43
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	51
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

INTRODUÇÃO

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde – OMS (World Health Organization – WHO) estabeleceu a definição de Cuidados Paliativos como uma abordagem que tem por finalidade a melhora da qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam doenças associadas ao risco de vida. A prática deve focar na prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação, avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2014).

O Cuidado Hospice, segundo a OMS, são os cuidados no fim da vida exercidos por profissionais da saúde especializados e voluntários com o objetivo de trazer dignidade, paz e conforto para pessoas que estão morrendo, através do controle da dor, do sofrimento e de outros sintomas proporcionando ao paciente permanecer em alerta e confortável até o momento de sua morte. Os programas de Cuidado Hospice também devem oferecer serviços de apoio espiritual e psicossocial ao paciente e a família. (WHO, 2014).

Nas últimas décadas, com o avanço científico e tecnológico, o mundo tem vivido um processo de envelhecimento populacional e progressiva redução da taxa de mortalidade, assim como, aumento do câncer e de outras doenças crônico-degenerativas. A evolução no campo da medicina diagnóstica e terapêutica levou a longevidade de pacientes portadores de doenças crônicas, antes mortais (ANCP, 2012).

Segundo dados da OMS, mundialmente 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados paliativos a cada ano, destas 39% sofrem de doenças cardiovasculares, 34% têm câncer, 10% apresentam doenças crônicas pulmonares, 6% convivem com a AIDS e 5% têm diabetes. Ainda assim, 86% dos pacientes que precisam desses cuidados não os recebem. Dessa maneira, os cuidados paliativos apresentam-se como essenciais por proporcionarem benefícios aos sistemas de saúde por meio da redução desnecessária de admissões em hospitais, além de garantir a qualidade de vida aos pacientes tanto em domicílios, quanto em centros de saúde, hospitais e hospícios.

Essa realidade, dentro do cenário nacional, reverbera no cotidiano SUS com pacientes “fora de possibilidade de cura” que superlotam hospitais onde recebem assistência inadequada de profissionais que se utilizam métodos invasivos, insuficientes, exagerados e desnecessários focados na cura. Essas abordagens ignoram o sofrimento e autonomia dos pacientes e muitas vezes são incapazes de tratar sintomas essenciais como a dor (ANCP, 2012).

Floriani e Schramm (2010), destacam ainda a dificuldade por parte das instituições brasileiras em implementar o termo hospice aos centros de Cuidados Paliativos. Devemos compreender o processo de morte como natural e afastar a cultura médica paternalista afim de

implementar o cunho da identidade prática adjacente do movimento hospice moderno. Por isto, nessa pesquisa pretende-se estudar a viabilização de uma unidade capacitada para atender as necessidades arquitetônicas quanto a humanização hospitalar direcionada para pacientes no final da vida.

Este trabalho tem como objetivo geral apresentar uma evolução tipológica e parâmetros de projeto arquitetônico para EAS (Estabelecimentos Assistências de Saúde) voltados para os Cuidados Paliativos, de forma a adequá-lo à realidade do Sistema Único de Saúde – SUS. Além disso, pretende-se atingir como objetivos específicos: (1) Discutir os processos de origem e desenvolvimento dos hospices e cuidados paliativos no mundo com o intuito de promover uma análise aprofundada dos princípios e fundamentos morais e filosóficos que abrangem esse tipo de instituição. (2) Investigar a inserção destas tipologias nos sistemas de saúde, National Health Service – NHS e SUS, possibilitando o entendimento da importância, necessidade e dificuldade da implementação dessas unidades na rede do sistema de saúde. (3) Apresentar uma proposta de anteprojeto arquitetônico para Unidade Hospitalar Especializada em Cuidados Paliativos voltada para o SUS e implantada no município de Belém.

Os métodos utilizados, no primeiro e segundo capítulos respectivamente, foram com base em uma revisão bibliográfica sobre a história da arquitetura dos hospices e sua inserção nos sistemas públicos de saúde. Realizou-se o estudo epidemiológico da região, revisão bibliográfica de parâmetros arquitetônicos relevantes para a tipologia sugerida e análise das normativas existentes para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde como métodos do terceiro capítulo referente ao memorial de projeto.

No primeiro capítulo, encontra-se uma evolução histórica desde a idade média, do ambiente hospice, culminando no início do movimento moderno no ano de 1967, em que foi criado o primeiro hospice moderno. O segundo capítulo traz a inserção desses ambientes no sistema de saúde britânico e brasileiro, buscando apresentar os parâmetros arquitetônicos mundiais para esses estabelecimentos e os modelos assistenciais com possibilidade de implantação em solo nacional. Mais adiante, como foco desse estudo, o terceiro capítulo pretende trazer dimensões e análises essenciais para o estudo de um anteprojeto de uma Unidade Hospitalar Especializada em Cuidados Paliativos ou Hospice inserida no sistema de saúde pública do município de Belém.

1. DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

1.1. HOSPICES MEDIEVAIS

Para entendermos o conceito moderno de Cuidados Paliativos, e conseqüentemente o desenvolvimento dos Hospices Modernos ou Cuidados Hospice, devemos revisitar seu surgimento e a evolução dessas abordagens para os indivíduos em processo de morte, objetivando contestar a afirmação de que essas têm origem recente, bem como, desassociar a definição de hospice moderno do hospice medieval. (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Do latim *hospitium*, o termo Hospice corresponde ao sentimento de hospitalidade experimentado pelo hóspede em determinado ambiente. Apesar de tradicionalmente os hospices datarem desde o cristianismo primitivo, muitos autores os associam a Idade Média, a partir do século IV, com o nascimento das primeiras instituições a utilizar essa nomenclatura. Esse significado relacionou-se aos abrigos em que peregrinos eram acolhidos por religiosos cristãos para receberem tratamento e apoio, ajudando-os a dar continuidade a sua jornada (FLORIANI; SCHRAMM, 2010; RIO; PALMA, 2007; CAPELAS et al, 2014). Para Floriani e Schramm (2010, p. 168), a palavra *hospice* é integrada posteriormente nas instituições modernas pela concepção de ‘passagem’ e acolhimento advinda deste período:

Dessa época, permaneceu no moderno movimento a palavra hospice, que incorpora em sua missão esse caráter acolhedor e a noção, bastante difundida, da doença como uma jornada a ser percorrida pelo paciente e por sua família ou cuidador[...] (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p.168).

Diante do aumento exponencial dessas instituições, os cuidados com os moribundos seria uma pequena parte de um imenso panorama em que o atendimento se estendeu para além de viajantes, abrangendo também pessoas desprotegidas, doentes e pobres. Por seu viés religioso, e sua ajuda na difusão do cristianismo pela Europa, esses ambientes de acolhimento sofrem uma diminuição abrupta com a chegada da Reforma Protestante, em consequência da perda de influência das ordens religiosas. (RIO; PALMA, 2007; CAPELAS et al, 2014; GOLDIN, 1981).

Ao entendermos os hospices medievais como hospedarias destinadas a receber peregrinos, observamos um objetivo muito distante dos cuidados no fim da vida. Portanto, a especificidade característica dos Hospices Modernos que passam a surgir a partir do fim do séc. XIX, adotando aspectos de hospitais, é o propósito claro de proporcionar serviços para pessoas que estavam passando pelo processo de morte. (RIO; PALMA, 2007; GOLDIN, 1981).

1.2. PROTOHOSPICES: O RENASCIMENTO DOS HOSPICES NO FIM DO SÉC. XIX

No fim do século XIX, os países Ocidentais foram marcados por grandes epidemias de varíola, cólera e tuberculose. Por consequência, houve um aumento tanto na promoção da segurança em saúde pública por meio de inovações em prevenção de doenças, como da confiabilidade no poder da medicina científica. Além disso, a expansão do enriquecimento e das desigualdades entre as classes sociais influenciaram diretamente no fornecimento de tratamento médico. (CLARK, 2016).

Nesse cenário, ocorre um crescimento na construção de novos hospitais por meio de patrocínio e ações filantrópicas privadas. Estes, passaram a se especializar e focar em condições médicas específicas, transformando-se em símbolos do progresso médico e tratamento de doenças. Assim, Clark (2016) destaca que esses locais adquirem resistência à pacientes no final da vida, rejeitando-os e enviando-os a suas casas ou outras instituições como asilos. *‘Mesmo os sanatórios de tuberculose e os hospitais de câncer, fornecedores de reabilitação e cura, tentaram excluir pacientes com pouca chance de recuperação’* (CLARK, 2016, p. 34).

Apesar da relutância por parte dos hospitais em receber estes pacientes, cada vez mais havia transferências para instituições ou para quartos especiais onde estas pessoas poderiam passar seus últimos dias (CLARK, 2016). Aparecem, então, as primeiras instituições especializadas em pacientes que estão morrendo. Segundo Capelas *et al.* (2014, p.08) os hospices que ressurgem no séc. XIX ainda estavam diretamente associados a ordens religiosas católicas e protestantes, tendo como grandes percussoras Jeanne Garnier e Mary Aikenhead.

Goldin (1981), evidencia que a primeira instituição a trabalhar com o termo hospice, em seu sentido moderno, teria sido fundada em 1830 em Sydney na Austrália por Mary Aikenhead e seu grupo de enfermeiras voluntárias, como um anexopara os que estavam morrendo no St. Vincent’s Hospital. No entanto, muitos autores asseguram que Jeanne Garnier, ao fundar a *Association des Dames du Calvaire*, teria criado a primeira instituição específica para doentes no fim da vida em Lyon, França 1842.

Mary Aikenhead, uma irlandesa convertida ao catolicismo preocupada com os pobres, doentes e moribundos, fundou a ordem *The Irish Sisters of Charity*, congregação romana católica de mulheres comprometidas em trabalhos sociais, no pequeno vilarejo de Harold’s Cross em 1815 (Goldin, 1981; Saunders, 2004). Morreu no ano de 1858 em Dublin, sendo o convento onde passou os últimos anos de sua vida transformado no *Our Lady’s Hospice for the Dying* em 1879 (CLARK, 2016).

Segundo Noble Winslow (2015), o hospice foi criado para pacientes em processo de morte recusados por outros hospitais gerais lotados de Dublin, com o objetivo de lhes oferecer conforto espiritual e físico. Apesar do seu forte viés social voltado para pessoas carentes, foi inspirado no St. Vincent's Hospital, referência em propiciar uma morte pacífica para pacientes terminais abastados (KERR, 1993).

As Irmãs buscavam, no Our Lady's Hospice, promover uma passagem tranquila e feliz para pacientes de qualquer religião. A instalação residencial oferecia cuidados de enfermagem, médicos e espirituais. Pouco conhece-se sobre o controle médico de sintomas, sendo a palição feita a partir do apoio espiritual com o objetivo de promover no paciente algum grau de aceitação (KERR, 1993).

Goldin (1981), ressalta a semelhança do Our Lady's Hospice com os hospices modernos, afirmando que não se tratava de um hospital e sim “uma casa para os incuráveis”, onde os que eram recebidos morreriam muito em breve:

[...] era obviamente uma casa convertida, com ‘passagens baixas e corredores de azulejos vermelhos’, um ‘teto de vigas largas’, e ‘enfermarias e quartos agradavelmente coloridos’, onde os pacientes estavam ‘cercados por consolações religiosas’. **As disposições são contrastadas com hospitais contemporâneos**, aqui descritos nas palavras de W. E. Henley's: “Frio, puro, limpo, metade casa de trabalho e metade prisão [...]” (GOLDIN, 1981, p. 391, tradução nossa)



Figura 1 e 2: Our Lady's Hospice for de Dying Fonte: <https://olh.ie/about-us/our-heritage/> Acesso em: 22 de maio de 2019.

Mais tarde, muitas instituições dedicadas aos cuidados no fim da vida começaram a surgir em Londres, entre elas duas foram importantes para a história do desenvolvimento do hospice moderno, a St. Luke's House (1893) e St. Joseph's Hospice (1905). Para Noble e Winslow (2015), neste momento, surge uma perspectiva diferente para os pacientes em processo de morte pois, passam a ser reconhecidas a necessidade e importância dos cuidados especializados, com profissionais qualificados e uma configuração institucional que os atendessem.

A St. Luke's House ou St. Luke's: Home for the Dying Poor foi fundada em 1893 pelo Dr. Howard Barret, médico superintendente da Methodist West London Mission. A

instituição não foi dirigida por um grupo religioso diretamente, mas tinha uma relação estreita com a Methodist Mission, e por isso era regularmente visitada pelas irmãs. Foi realocada em diversas casas ao longo do tempo, devido à pouca aceitação de vizinhos próximos. (CLARK, 2016).

Os relatórios anuais escritos pelo Dr. Barret demonstravam não apenas uma preocupação e respeito ao valor humano e o fim da vida, mas também o interesse pela qualidade do atendimento, administração do local e a filosofia a ser seguida (SAUNDERS, 2004; GOLDIN, 1981). Goldin (1981), destaca que devido a isso, tentava-se dar ao ambiente um ‘espírito mais leve’, proporcionando uma boa alimentação, ar puro e uma enfermagem cuidadosa, assim como atividades entre voluntários e pacientes que possibilitassem um divertimento e a perspectiva de que “pessoas que estão morrendo não precisam estar sempre morrendo”. Essa concepção, excepcionalmente nova, implementada na St. Lukes’s House a diferenciava das demais instituições da época, em que os pacientes não possuíam horas ao ar livre e as visitas eram limitadas pelas irmãs, pois como convento estes pautavam-se em um sistema rígido disciplinador, tornando esses locais a imagem de uma ‘casa de morte’ em que os pacientes apenas esperavam para morrer.

Mais tarde, quando uma tentativa total foi feita para esmagar a imagem de casa da morte e substituí-la por uma natureza alegre, demorou um longo tempo para o público alterar suas expectativas. Dentro da última década, foi dito pela equipe do St. Christopher’s Hospice que ocasionalmente parentes os imploravam, ‘Não contem ao paciente onde ele está quando ele acordar!’ (GOLDIN, 1981, p. 400, tradução nossa)

Saunders (2004), relata que a principal contribuição da St. Luke’s para o movimento hospice e para a medicina paliativa, foi o programa de controle da dor administrado em pacientes terminais de câncer. A aplicação regular e cuidadosa da morfina objetivava equilibrar a dose às necessidades de cada paciente, deixando-os mais alertas e confortáveis ao longo do tempo. Essa administração habitual era uma contraposição ao medo dos médicos e enfermeiros da época com a dependência nesse tipo de droga, que os levavam a negligenciar a dor do paciente.

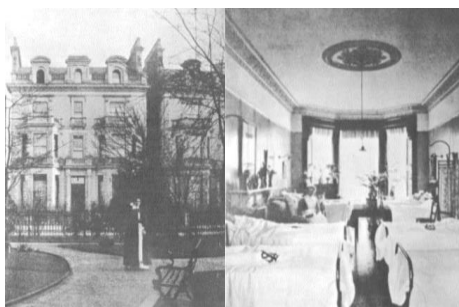


Figura 3 e 4: Fachada e Enfermaria Feminina respectivamente, St. Luke’sHouse, 14 Pembroke Square - endereço em 1903
Fonte: GOLDIN, 1981

O St. Joseph's Hospice for the Dying, foi uma instituição católica fundada em 1905 pela Sisters of Charity da Irlanda, convidadas pelo padre Peter Gallwey a implementarem suas especialidades em enfermagem para os pobres doentes em East End, Londres (GOLDIN.1891) Com base na observação de pacientes terminais de tuberculose, as irmãs notaram a necessidade de um local de atendimento baseado no sucesso do Our Lady's Hospice, instituído por elas em Harold's Cross anos antes (CLARK,2016).

Em 1904 um doador anônimo entregou à Sisters of Charity a propriedade Cambridge Lodge, de dois hectares na rua Mare, para ser usada como o hospice para os que estavam morrendo. Clark (2016) ressalta a implementação de uma capela em ferro corrugado adicionada ao edifício em 1911 que teria dado início à um processo de construção e reconstrução de quase 100 anos. Entre as características principais do prédio, destaca-se o teto plano que permitia aos pacientes de tuberculose um acesso ao ar fresco sem irem ao jardim. O St. Joseph's foi o percussor arquitetônico do movimento hospice contemporâneo (VERDEBER; REFUERZO, 2006).

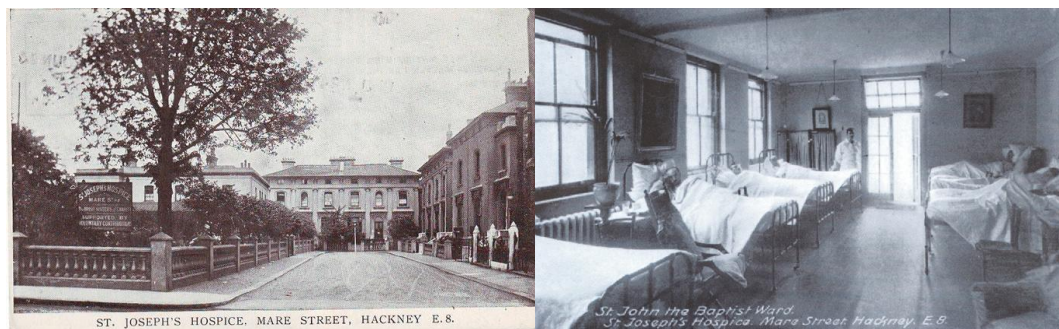


Figura 5 e 6: Exterior e Enfermaria, respectivamente, do St. Joseph's Hospice. Fonte: <https://www.stjh.org.uk/about-us/our-history> Acesso em 22 de maio de 2019

Segundo Goldin (1891), o controle da dor no St. Joseph's era ainda muito primitivo, mas os cuidados em enfermagem das freiras, motivados pela religião, eram extremamente zelosos com os pacientes. Em 1923 o hospice foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como uma casa para o acolhimento de pacientes com tuberculose pulmonar avançada, que não seriam mais elegíveis em um sanatório de tuberculose.

Para Floriani e Schramm (2010), os hospices deste período emergiram sob circunstância do movimento de secularização da sociedade inglesa do século XIX. Essa era vitoriana tardia, foi marcada por uma expansão científica na medicina em que os hospitais especializados procuravam ter credibilidade social através da excelência no processo de cura de pacientes com doenças agudas, demonstrando pouco ou nenhum interesse em pacientes terminais. O governo estava preocupado em instituir os hospitais “como um lugar de cura e

não de morte” e o subsídio dependia diretamente no cumprimento desta função (HUMPHREYS, 2001, p.151).

Os hospices foram uma resposta a insuficiência de serviços médicos, domiciliários e cuidados espirituais para aqueles que estavam morrendo, bem como uma solução as necessidades desses pacientes, prioritariamente os pobres e desfavorecidos, já que os mais abastados recebiam cuidados domiciliares ou em *nursing homes*. Nesse sentido, as classes sociais estavam muito bem demarcadas e divididas de acordo com a renda. Enquanto os pobres respeitáveis iriam para hospitais voluntários, ainda que a prioridade de admissão fosse para os uteis em pesquisas medicinais, os pobres imorais ou potencialmente criminosos estavam sob os cuidados do Estado, que estabeleceu uma nova Poor Law – Leis dos Pobres – em 1834, objetivando prestar assistência médica e econômica aos indigentes moribundos, baseada numa reforma moral dos pacientes. As Poor Law Infirmaries – Enfermarias da Lei dos Pobres – tornaram-se lugares de superlotação e negligência quanto aos cuidados médicos e de enfermagem, portanto, não havia lugar capaz de proporcionar uma morte respeitosa ao pobre (HUMPHREYS, 2001).

Além disso, os hospices apresentam-se como uma alternativa, por parte das instituições religiosas, diante do enfraquecimento das crenças religiosas numa sociedade que se secularizava (FLORIANI; SCHRAMM, 2010). Clark (2016) destaca a exclusão de mulheres na medicina deste período, tornando suas ações fundamentadas numa cultura religiosa organizada através da enfermagem e da prestação de serviços voluntários dentro de ordens religiosas, grupos de caridade e associações, com ênfase na assistência espiritual.

O foco de tais esforços frequentes era salvar almas perdidas do pecado, cuidar de “pobres dignos” e alcançar comunidades carentes dando um vislumbre de uma vida além da pobreza, embriaguez, jogos de azar e outras condições inconsistentes com uma vida moderada e devota. (CLARK, 2016, p.39, tradução nossa)

Nesse contexto, o sofrimento físico dos pacientes era considerado importante, no entanto, as instituições davam um destaque a preparação espiritual e a salvação da alma. Goldin (1981, p. 390), ressalta que o caráter dos hospices britânicos no final do século IX não passavam de “puro e básico cristianismo, senão em palavras, na atmosfera em geral”.

No St. Joseph’s o catolicismo estava profundamente interligado com o sentido de uma ‘morte feliz’, dando-se uma importância aos símbolos e rituais que proporcionassem uma atmosfera católica. Na St. Luke’s essa relação cristã era atrelada ao Metodismo, voltada para uma moral específica, onde os pacientes aceitos eram apenas os pobres “respeitáveis” cujo caráter moral fossem adequados (CLARK, 2016). Segundo Goldin (1981, p. 396), seriam aqueles que tivessem *‘respeito próprio e pelos outros, aqueles tanto da classe trabalhadora*

como de uma classe média falida'. Mesmo aceitando pessoas de qualquer ou nenhuma religião, era comum que pacientes passassem por um processo de conversão, essencial para a experiência da morte, sendo aqueles que não se adaptavam menos vistos.

O perfil principal dos pacientes aceitos nesses hospícios era o do jovem com tuberculose pulmonar, doença que mais matou nos séculos IX e XX, tanto na Grã-Bretanha como na Irlanda. De acordo com Clark (2016), em Dublin, entre o final do século IX e início do século XX, os pacientes com tuberculose chegavam a serem 74% no Our Lady's Hospice.

Juntamente com o aumento de pacientes com câncer, antes minoria, o enfoque religioso incisivo das primeiras décadas declina a partir de 1920, já que o processo de secularização também os atingira, propiciando a inserção de métodos científicos ao longo do tempo. O St. Luke's, principalmente, se tornou cada vez mais suscetível ao crescimento da secularização e modernização a partir de 1914 (CLARK, 2016).

Goldin (1981), denominou essas casas de "proto-hospícios", pois estariam mais desenvolvidas do que as instituições de sua época, utilizando o termo hospice no seu sentido contemporâneo. Clark (2016), ressalta que seu caráter religioso, filantrópico e moral modificou profundamente a perspectiva do processo de morte, sendo uma reprodução das preocupações da igreja vitoriana. Apesar das dificuldades sociais e financeiras enfrentadas por essas instituições, elas seriam primordiais no desenvolvimento do que se transformaria no hospício moderno cem anos mais tarde.

1.3. O HOSPICE MODERNO

A inauguração do St. Christopher's Hospice, em 1967 no sul de Londres, marca o início do movimento do hospício moderno. Fundamentado com base na enfermagem, assistência social e religiosa, essa instituição firmou a característica do assistencialismo global, desenvolvido por sua fundadora Cicely Saunders, que definiria os parâmetros dos cuidados hospícios e paliativos difundidos desde então (CLARK, 2016; FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Como vimos, no período pré e pós Segunda Guerra Mundial, além do aumento exponencial de pacientes em estados avançados de câncer, tornava-se cada vez mais comum pacientes morrerem em hospitais na Grã-Bretanha. Os lares institucionais implantados nesse período não tinham uma abrangência em prestação de serviços, nem em ensino e pesquisa. No entanto, ainda que os princípios seguidos por essas instituições parecessem bem difusos do que se poderia entender como moderno, a qualidade na autoajuda e voluntarismo implantados poderiam ser reformulados num novo contexto, pois, alguns deles possuíam elementos efetivos com potencial para a inovação. Nessa perspectiva, Clark (2016) destaca a St. Luke's

House, reconhecida por seu sistema de controle da dor através da administração de analgesia regular, e o St. Joseph's Hospice notório pela atenção dada aos cuidados individuais.

Cicely Saunders os visitou e estudou para formar um plano bem definido do que seria uma nova forma institucional para os cuidados no fim da vida. Sua contribuição causou impacto profundo não só nos cuidados para os que estavam morrendo, mas também na medicina e saúde britânica.

Saunders estudou política, filosofia e economia na Universidade de Oxford, abandonando os estudos para trabalhar como enfermeira estudantil. Posteriormente, terminou sua graduação em Administração Pública Social e passou a trabalhar como assistente social de médico. A partir de 1940, trabalhou por um período de sete anos na St. Luke's House onde, através dos escritos do Dr. Howard Barret, conheceu sobre as práticas no tratamento de doentes terminais e se inspirou, principalmente, nos métodos de alívio da dor utilizados nessa instituição. Iniciou os estudos em medicina no ano de 1952, em seus últimos anos como estudante escreveu documentos sobre administração, enfermagem, fase terminal e controle da dor, além de refutar a importância de especialistas na área e a relevância do cuidado espiritual de pacientes e familiares e seus envolvimento com o diagnóstico e prognóstico, abrangendo seu trabalho na St. Luke's e em visitas a outras instituições.(CLARK, 2016)

Em 1958, coordenou a ala hospitalar do St. Joseph's, durante esse período definiu ideias e práticas clínicas específicas mais adequadas para os cuidados com pacientes terminais, um conjunto de fundamentos que serviriam de base para o que se tornaria os cuidados paliativos modernos. Com base nisso, decidiu fundar seu próprio hospice baseado na visão de uma morte digna (CLARK, 2016).

De acordo com Floriani e Schramm (2010), o St. Christopher's Hospice foi o resultado da construção de uma rede social de apoio formada por Saunders, objetivando englobar autoridades do governo e religiosas que promovessem uma troca de ideias acerca de um projeto para uma sociedade ampla e secularizada, que passava por um intenso processo de transformação política e social.

O St. Christopher's surge em um período de grande efervescência social e política no Ocidente, especialmente nas sociedades industrializadas e secularizadas: o surgimento de importantes movimentos reivindicatórios da sociedade civil, como o movimento feminista, trazendo a discussão de questões relativas aos direitos reprodutivos das mulheres; mobilizações de repúdio à Guerra do Vietnã e à invasão de Cuba; movimento estudantil, com engajamento de filósofos e, como consequência, a reivindicação de uma ética mais engajada no cotidiano (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p.171).

Saunders buscou desenvolver um lugar acolhedor para todas as pessoas, independentemente de suas crenças, mesmo funcionando dentro dos fundamentos cristãos.

Floriani e Schramm (2010), ressaltam que não é a filosofia religiosa que distingue o hospice moderno dos hospices fundados durante o século XIX, e sim a implementação da especialidade médica na assistência ao final da vida. Para Clark (2016), Cicely Saunders criou um modelo internacional, dentro da variedade de influências culturais e religiosas, traçado com o objetivo de propiciar uma abordagem adequada para pacientes terminais.



Figura 7: St. Christopher's Hospice. Fonte: VERDERBER e REFUERZO,2006

2. A INCORPORAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

2.1. NATIONAL HEALTH SERVICE – NHS

Em 1948 se estabelece o National Health Service – NHS na Grã-Bretanha, um sistema de direito universal baseado no fornecimento de assistência médica coletiva e gratuita a toda população. Clark (2016) destaca que o novo sistema surge como forma de substituir a caridade implementada no movimento hospitalar voluntário que se construiu nos últimos dois séculos na Europa. Ou seja, seria a fase final de um processo evolutivo culminando na criação de uma nova ética de cidadania social, a herança do voluntarismo hospitalar dando origem à um novo sistema de saúde e bem-estar social.

No ano de 1938 os hospitais voluntários representavam mais da metade dos serviços assistenciais em saúde na Inglaterra e no País de Gales, no entanto, os sucessivos problemas financeiros denunciavam o conhecimento administrativo fragmentado e a sobreposição do conhecimento na medicina à melhoria nos serviços nessas instituições. Assim, as funções desenvolvidas pelos hospitais voluntários foram gradativamente transmitidas a autoridades locais (CLARK, 2016).

Clark (2016) enfatiza, ainda, a preocupação em estabelecer serviços de saúde compatíveis com as necessidades da segunda metade do século XX como a maior adversidade enfrentada pelo NHS nesse período. Aneurin Bevan, Ministro da Saúde no pós-guerra, ao apresentar o Projeto de lei do NHS para o parlamento britânico, defendia a ética modernizadora do período baseada na cura e reabilitação clínica. Para Webster (1996) o

desafio seria modificar o legado deficiente e desordenado dos serviços médicos da época em um sistema moderno.

No início, o NHS não apresentava nenhum tipo de compromisso ou estratégia que englobasse os cuidados terminais. O estado de bem-estar do Reino Unido procurava atender as demandas de atendimento médico desde o berço até o processo de morte, no entanto, a condição de uma sociedade que procurava se estabelecer e reerguer economicamente e socialmente em período pós-guerra, exigia uma atenção aos problemas de saúde agudos e crônicos, deixando assim os cuidados no final da vida em segundo plano (CLARK, 2016). Nesse sentido, Noble e Winslow (2015) frisam o pensamento de Margaret Bailey, que em 1959 ao realizar uma pesquisa com pacientes com câncer pulmonar em estados terminais destacou *‘o fato do tratamento paliativo não ser compreendido, e os hospitais parecem estar tentando curar todos os pacientes e falhando em uma grande proporção dos casos’* (NOBLE; WINSLOW, 2015, p. 4, tradução nossa)

Alguns estudos elaborados durante o período entre 1948 e 1967 demonstraram como elementos chave na difusão do entendimento dos cuidados terminais quanto ao tratamento de pacientes e à organização dos serviços necessários. Dentre eles, um relatório publicado em 1960 pelo Dr. H L Glyn Hughes, que descrevia os cuidados com pacientes terminais e indicava o desenvolvimento em políticas de organização dos serviços, salientou a importância e a necessidade de leitos terminais qualificados no NHS já que, como demonstrado em sua pesquisa, dois quintos do total de mortes nos Reino Unido aconteciam nesses hospitais e cerca 270 mil pessoas morriam fora deles (NOBLE; WINSLOW, 2015).

Entre os estudos desenvolvidos na época, destaca-se a pesquisa inovadora de Cicely Saunders publicada em 1958 como consequência do seu trabalho no St. Joseph’s Hospice. Saunders desenvolveu, dentro de um campo de pesquisa pioneiro, práticas e filosofias voltadas aos cuidados paliativos baseados na administração de analgesia para prevenir e controlar a dor. Sua dedicação promoveu uma visão peculiar emergente no fim da década de 1950 no campo dos cuidados terminais, e consolidou estratégias e ações, que mesmo distantes da influência do NHS, firmou um efeito abrangente (CLARK, 2016; NOBLE; WINSLOW, 2015).

Clark (2016), afirma que estes trabalhos foram responsáveis pela definição do plano de necessidades do período e auxiliaram as discussões médicas no campo dos cuidados terminais. Apesar das instituições de caridades ainda serem as principais provedoras desse tipo de atendimento no período, a partir do início da década de 1960 um novo discurso surge contra um cenário de negligência política e indiferença clínica, assim:

É essa combinação de **inovação e tradição**, estranhamente localizada dentro das estruturas do estado de bem-estar social moderno, que proporcionou as condições de possibilidade de posterior expansão do hospice e cuidados paliativos (CLARK, 2016, p.61, tradução nossa).

Em um período de reestruturação social, política e econômica na Europa pós-guerra, o surgimento do NHS viabilizou a consolidação de direitos humanos primordiais no Reino Unido, foi precursor na universalização do acesso a serviços de saúde e na construção de um sistema voltado para a atenção básica. No entanto, desde sua criação em 1948, o sistema passa por diversas reformas administrativas, dentre elas destaca-se a crescente liberalização consequente de crises econômicas a partir do fim da década de 1970, sob interferência do governo conservador de Margaret Thatcher (FILIPPON; et al, 2016)

2.2. PARÂMETROS INTERNACIONAIS DE PROJETO PARA HOSPICE

Verderber e Refuerzo(2006), ao estudarem tipologias arquitetônicas de hospices espalhadas ao redor do mundo, destacam a dificuldade em se estabelecer parâmetros de projeto para uma tipologia de hospice, pois enquanto algumas nações estabelecem códigos construtivos para unidades especializadas em cuidados paliativos, muitas não têm esse tipo de definição, dificultando uma avaliação comparativa do grau de suporte que o ambiente arquitetônico de um hospice deve fornecer enquanto prestador de cuidados paliativos. Assim, os autores propõem princípios e padrões para o planejamento e projeto de unidades de cuidados paliativos intra-hospitalares e de hospices independentes, na tentativa de *‘fornecer uma expressão arquitetônica para as dimensões projetuais funcionais, estéticas, simbólicas e espirituais para os que estão morrendo’* (VERDEBER; REFUERZO, 2006, p. 59, tradução nossa).

No entanto, não devemos analisar esses princípios¹ como prescritivos ou fórmulas estáticas e didáticas, devemos analisá-las para um uso racional que nos permita ir além da prática convencional afim de ampliar este estudo.

1. Parâmetros para Escolha do Sítio e Inserção Urbana

A. Apoio Comunitário e Vizinhança

Para se estabelecer o Hospice em um local é necessária uma comunicação eficaz com a vizinhança desde o início, pois funcionários pacientes e familiares precisam que a comunidade local ampare sua presença. Do mesmo modo, é importante considerar acesso para recursos médicos, comerciais e recreativos no momento da escolha da localidade.

No contexto rural, esses ambientes apresentam-se com mais autonomia e possuem maior visibilidade arquitetônico, sendo que os custos de terra mais baixos proporcionam um

¹Os princípios a seguir se apresentam como soluções por meio do livro *Innovations in Hospice Architecture*.

design mais expansivo com o ambiente natural e os espaços ao ar livre mais facilmente incorporados no projeto. Já no ambiente urbano, quando estabelecidos em áreas residências, exercem menos autonomia, mas adquirem maior aceitação e reconhecimento de sua vizinhança imediatas.

B. Hospices e Ambientes Comerciais

Entre os desafios de implantação de hospice em um ambiente comercial urbano estão: o alto valor da terra influenciando diretamente nas dimensões de terreno com potencial de compra, o que pode vir a prejudicar o desenvolvimento de atividades ao ar livre ou jardins, e a prioridade por uma localização dos quartos dos pacientes no andar térreo. Além disso, o barulho gerado nesse tipo de local pode vir a causar estresse e efeito inquietante sobre o bem-estar dos pacientes. No entanto, o hospice pode vir a coexistir em estabelecimentos comerciais com poucos conflitos com os vizinhos.

C. Diversidade Cultural e Ambiente Hospice

Com uma população etnicamente, racial e economicamente mais diversificada, os hospices desempenham um papel de abraçar as diferenças, multiplicidade de tradições e culturais de seus ocupantes, criando um ambiente reconfortante para todos. Muitas culturas valorizam o papel e centralização da família ao redor daqueles que estão morrendo, por isso deve-se fornecer acomodações e espaços que levem em consideração essas tradições é essencial.

D. Controle de Sons Indesejados

Ao chegar em um hospice o paciente geralmente está sob intensidade indevida de estresse, que pode causar dificuldade de dormir, relaxar e irritabilidade. Nesse cenário, o hospice deve ser um lugar tranquilo e acolhedor, sendo essencial a filtragem de sons indesejados como excesso de tráfego, ambientes comerciais próximos ou atividade industrial. Em áreas urbanas, será necessário a implantação de elementos como sistemas de absorção de som, isolamento duplo e localização estratégica de quartos, portas, janelas e jardins.

E. Segurança e Bem-estar

Pacientes hospitalizados e familiares passam por diversos traumas e precisam de um ambiente de refúgio seguro, por isso o senso geral de segurança pessoal é essencial para que a paz mental e física seja alcançada dentro desses ambientes, principalmente em hospices urbanos. Assim, criar zonas de amortecimento entre a rua e a entrada principal e áreas privadas que reforcem a privacidade visual, assim como, segurança reforçada de portas e janelas, são essenciais para o funcionamento.

F. Clima e o Hospice

Quatro variantes básicas devem ser seguidas quanto ao clima do local e a influência da arquitetura na saúde. Em regiões quente e úmidas deve-se implantar construções lineares, ventilação cruzada, janelas altas e telhados inclinados para a drenagem de água pluvial, além de árvores que protejam o edifício da incidência solar direta. Nos locais quentes e secos emprega-se construções mais compactas, pátios, paredes espessas com poucas janelas, espaços subterrâneos isolados e telhados planos com saliências. Regiões moderadas necessitam de telhado inclinado para a drenagem da água da chuva e transporte de cargas de neve, com uma construção mais linear e utilização de quebra-ventos para proteger a edificação de ventos fortes. Nas regiões frias deve-se equilibrar as relações de perda e ganho de calor, por isso, janelas operáveis, sistemas de isolamento, telhados inclinados e implantação de vegetação que não impeça o ganho solar são essenciais.

2. Parâmetros de Legibilidade

A. Identidade Arquitetônica

O exterior do hospice deve expressar suas ideias, evocar sensações positivas e elevar o estado de espírito de funcionários, pacientes e voluntários, afirmando a filosofia de que o hospice tem a propensão em capturar a essência do lar. No entanto, pode-se utilizar de formas inovadoras, evocativas explorando materiais tecnológicos e mesmo os tradicionais, com o intuito de manifestar o hospice mais do que uma casa em si, mas sempre um ambiente de acolhimento.

B. Chegada Protegida

A entrada do edifício deve permitir que o paciente chegue sem estar sujeito a intempéries, o espaço deve permitir que um ou dois carros estacionem para desembarcar os ocupantes de maneira digna. Uma passagem coberta com extensão da cobertura do edifício como um envelope na paisagem pode simbolizar o alcance.

C. Sequência de Entrada Serializada

A entrada deve ser acolhedora, um portal simbólico para o hospice, levando para uma recepção e sala de estar com uma sinalização clara e um livro de registro com estação de boas-vindas que também sirva como controle para possíveis intrusos. De um lado, idealmente, deve funcionar a administração como centro de operações dos cuidados paliativos. Uma área adjacente a recepção deve acomodar uma sala de espera como um espaço de transição para os visitantes e um escritório para voluntários próximo deve assegurar o direcionamento de familiares aos pacientes.

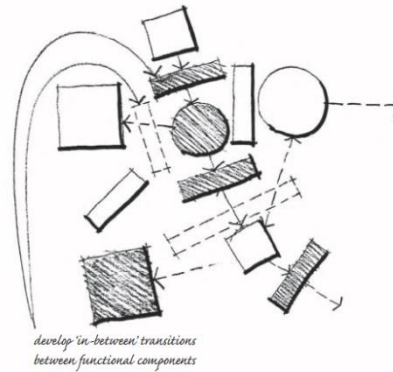


Figura 8: Zonas De Transição Entre Componentes Funcionais Fonte: VERDERBER e REFUERZO,2006

3. Parâmetros para Espaços Comuns

A. Salas de Visitas (Dayrooms)

Na maioria dos hospícios é uma sala multifuncional onde pode ser comemorado um aniversário, um feriado ou usada como sala de jantar. É um local para experimentar o contato coletivo e por isso necessita de adaptação para diversos usos, pode-se criar várias zonas de usos por meio de móveis ou divisórias.

B. Salas de Atividades para Crianças Pequenas

Uma sala especial deve ser designada somente para o uso de crianças, podendo oferecer matérias de uso lúdico e apoio para diversas atividades como jogos, leituras, atividades artísticas, lanches, exercícios físicos individuais e sessões de terapia. Utilizar murais nas paredes, carpetes, piso de brincadeiras, prateleiras de livros, cores estimulantes, claraboias e janelas ajudam na humanização do espaço.

C. Salas de Atividades para Adolescentes e Jovens Adultos

Pode estar equipada com estéreos e instrumentos musicais como pianos, guitarras e outros, com a ajuda da utilização de materiais absorventes em paredes e tetos. Musicoterapeutas incentivam a atividade como meio de diminuir o estresse e como forma de passa tempo com amigos longe de adultos. Pode-se incorporar cores mais suaves, obras de arte, murais e muitos lugares para sentar-se.

D. Salas Multissensorial

É ótima para descontração e relaxamento das crianças, um lugar para experimentar luz, sons, cores e cheiros. Sistemas de iluminação e fibra ótica aliados a sofisticados sistemas de som são capazes de simular paisagens de imersão envolventes. Necessita de carpetes, móveis macios e confortáveis

E. Arte e Terapia

A presença de material artístico, juntamente com o trabalho de artistas e terapeutas ajudam a ativar ambientes em hospices do mundo inteiro, proporcionando o levante do espírito humano. Esse trabalho se tornou tão importante que muitas instituições filantrópicas doam fundo para arte utilizadas em salas de atividades terapêuticas. A sala de terapia de arte deve ser próxima aos quartos dos pacientes e fornecer acesso ao ar livre, o quarto do paciente também deve ser grande o suficiente para realização de sessões individuais de arte ao lado da cama.

F. Biblioteca

Pode funcionar como mídia central, local para uso de computadores e armazenamento para livros e revistas. Deve estar em um lugar de destaque do hospice mas não no centro, com acesso ao exterior proporcionando um local semi-privado de relaxamento, leitura e estudo. Em hospices maiores implementa-se espaços especiais voltados para crianças.

G. Lugar para Animais de Estimação

Os animais de estimação provam ser companheiros significativos para o doente terminal, são fontes de alegria e lembrete do ritmo de vida, além de impactarem poderosamente dentro do âmbito emocional e do sofrimento. A perda do controle e dignidade associada ao morrer pode diminuir drasticamente se o paciente puder ter contato com um animal ou estarem em sua companhia ao ar livre. Por isso, o hospice deve fornecer espaços para alojamentos de animais de estimação de forma higiênica, discreta e próxima aos pacientes.

4. Parâmetros para Espaços Privativos

A. O Quarto Paliativo

O quarto do paciente é, talvez, o local mais importante dentro de um hospice, pois é o local em que ele será acolhido e receberá os principais atendimentos da equipe especializada. Devido a isso, o quarto nunca deve aparentar um aspecto hospitalar, o ideal é que ele pareça o mais próximo possível como uma residência. É primordial que os pacientes consigam ter uma noção da entrada de luz durante o dia, podendo ou não estarem cientes do entorno do espaço. Por servir como espaço social e mais tarde de luto, o quarto privativo deve ser de 20% a 25% maior que um quarto típico de hospital.

B. Personalização

Permitir um espaço para que o paciente e a família tragam algum móvel, tapetes, fotos e objetos de lembrança facilita o processo de transição da casa ou hospital para o hospice. Pode ser implementado elementos de divisão do ambiente em zonas, uma para o paciente e

outra para familiares, contando com os devidos cuidados de entrada de luz e integração do espaço.

C. Residência Articulada

Situações em que são concebidos “espaços residenciais” individuais em pequena escala e semiautônomos. Esses espaços poderiam conter um pequeno número de quartos articulados com uma sala de estar e ambientes de apoio, promovendo uma semelhança externa com residências unifamiliares em uma paisagem urbana de vilas. É importante frisar que mesmo em sítios mais restritos é possível introduzir essa disposição espacial que desenvolve privacidade e autonomia.

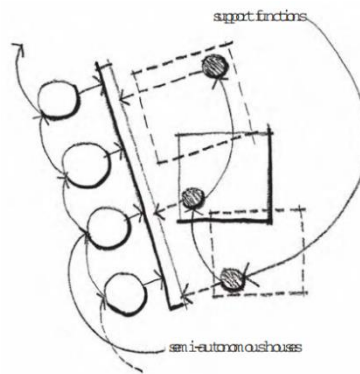


Figura 9: Casas Semiautônomas e Espaços de Apoio. Fonte: VERDERBER e REFUERZO,2006

D. Continuidade de Luz e Escuro

A luz natural é essencial, pois proporciona uma afirmação da vida, no entanto no ambiente do hospício não devemos projetar com base numa noção exagerada desse conceito. Nos primeiros momentos de estadia no hospício os pacientes buscam pela luz natural, mas com a progressiva restrição de suas condições, muitos iniciam um processo de busca por ambientes escuros, assim quando o paciente se encontra perto de sua morte as cortinas, normalmente, permanecem fechadas. Possibilitar uma continuidade dos fluxos de luz e escuridão é implementar soluções de tratamento para janelas e aberturas, como cortinas, venezianas e persianas que permitam uma configuração de acordo com a mudança de preferências dos usuários.

E. Acomodações Noturnas para Familiares

Muitos familiares deslocam-se por grandes distâncias para realizar visitas aos pacientes, por isso providenciar acomodações para estes é essencial. Como vimos, pode-se implementar um espaço para familiares no próprio quarto do paciente, mas muitas vezes isso não é o suficiente. No caso de famílias que viajam, fornecer apartamentos é essencial, podendo ser semiprivados ou compartilhados, mas que seja sempre próximo ao paciente.

Para Verderber e Refuerzo (2006), arquitetura paliativa pode melhorar profundamente o tempo de vida de pacientes terminais. O ambiente de cuidados paliativos, seja ele uma adaptação de edifício já existente, uma nova construção ou uma ampliação, deve estar adequado e ter um compromisso com sua função. Nesse cenário, o projeto há de ser bem planejado em que o resultado final não tenha sido pré-determinado. O arquiteto possui um papel fundamental, podendo capturar e expressar de forma pragmática a transição para além da vida.

2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

O Sistema Único de Saúde – SUS – foi estabelecido em 1990 por meio da Lei Orgânica de Saúde (lei nº 8.080), em que se regula as ações de serviço de saúde no território nacional determinando como dever do Estado garantir a saúde dos cidadãos brasileiros através da elaboração e execução de políticas públicas. A lei dispõe ainda das condições para a promoção, recuperação e proteção da saúde, tal como da organização e funcionamento dos serviços de saúde no país. O SUS é orientado por treze princípios e diretrizes proporcionando o acesso universal ao sistema de saúde público em todos os níveis de assistência e a integralidade da assistência, visando a prevenção e promoção da saúde.

Segundo Ugarte (2014), a partir do ano de 2002 houve iniciativas de formulação de políticas voltadas para os Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, sendo que, ao longo das últimas décadas os avanços e contribuições das políticas implementadas voltam-se, primordialmente, para a atenção domiciliar e cuidados paliativos oncológicos.

Em 31 de Outubro de 2018 a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS foi oficialmente aprovada na 8ª Reunião Ordinária da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), dispondo sobre as diretrizes de organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, ou seja, estabeleceu oficialmente como meta oferecer esses cuidados com qualidade em toda a Rede de Atenção à Saúde, seguindo as definições da OMS. A reunião é a maior instância que existe no SUS, conta com a presença de gestores das três esferas constituintes do sistema de saúde - municipal, estadual e federal – promovida com o objetivo de estabelecer negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.

O SUS já oferta Cuidados Paliativos através de unidades ou centros de Cuidados Paliativos no país, o maior está localizado no Hospital do Câncer IV, do Instituto Nacional de Câncer (Inca), na cidade do Rio de Janeiro. Segundo Floriani e Schramm (2010), no Brasil a oferta relacionada aos cuidados paliativos está associada a pacientes com câncer ou tratamentos de dor crônica.

Ugarte (2014), destaca que no Brasil há inclusão de cuidados paliativos em Programas Nacionais de Combate ao Câncer, Programas de Atenção Primária e Programas Nacionais de HIV/SIDA, porém os Programas Nacionais de Cuidados Paliativos não possuem um sistema de monitoramento e avaliação, nem há recursos governamentais para o desenvolvimento desses. Segundo o Ministério da Saúde, apesar dos centros e unidades que atendem ao SUS, não havia uma normativa que promovesse o reconhecimento e organização das ofertas. A resolução de 31 de outubro de 2018 promove o avanço na orientação do acesso aos cuidados paliativos, sendo possível definir diretrizes de como aprimorar a oferta e a organização.

2.3.1. Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP –, por meio do Manual de Cuidados Paliativos, evidencia a importância da organização dos serviços nos cenários de atuação diversificados, atendendo desde as necessidades mais básicas no âmbito do Cuidados de Nível 1, realizadas pelas equipes de Saúde da Família, até os Cuidados de Nível 3 voltados para a resolução de problemas complexos. A seguir voltaremos a discussão para as diferentes modalidades de assistência em cuidados paliativos que, segundo a ANCP, formam uma rede integrada ideal para a prestação de serviços paliativos (ANCP, 2012)

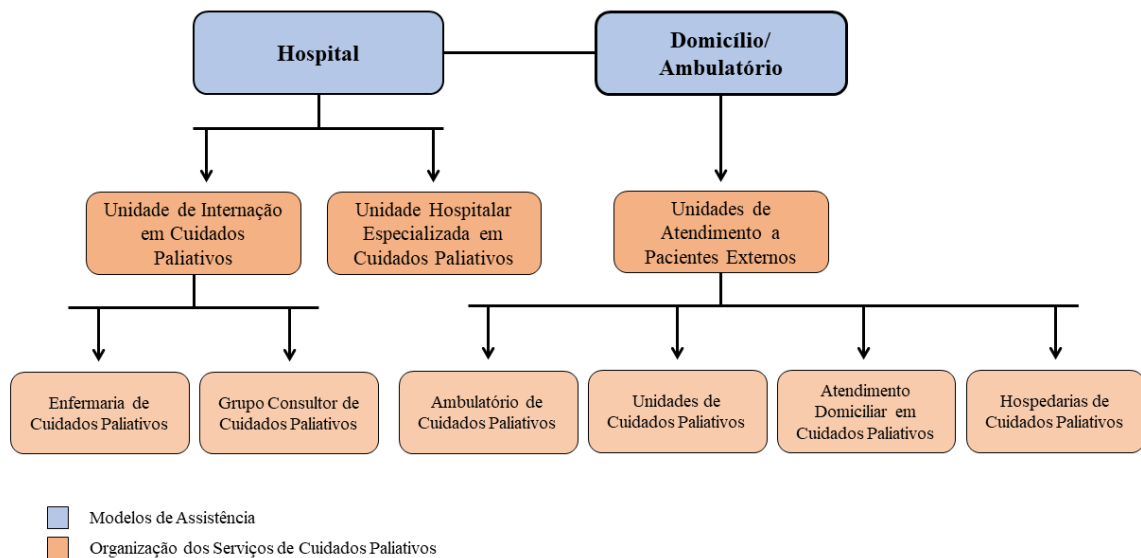


Figura 10: Organograma dos Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos no Brasil. Fonte: Manual de Cuidados Paliativos. - Elaborado pela autora

A ANCP estabelece como Modelos de Assistência o Hospital, o Domicílio e o Ambulatório em que serão organizados os serviços em cuidados paliativos de acordo com a complexidade e necessidade:

1. Hospital

Segundo a ANCP, os serviços em cuidados paliativos no Brasil desenvolvem-se principalmente dentro do ambiente hospitalar, visto que, apesar da preferência dos pacientes por morrer no domicílio, é no Hospital com suas especificidades onde ocorrem a maioria dos óbitos. Sendo assim, devemos entender e buscar soluções para mitigar a estigmatização das Unidades em Cuidados Paliativos nesses ambientes como ‘locais para morrer’.

Os Cuidados Paliativos podem ser organizados das seguintes maneiras dentro de um Hospital:

A. Unidades de Internação em Cuidados Paliativos

- Enfermaria de Cuidados Paliativos

O Manual de Cuidados Paliativos define como uma ala que opera em leitos próprios e com equipe especializada em cuidados paliativos funcionando como uma clínica de especialidade dentro de um hospital geral secundário ou terciário. Deve apresentar uma acomodação em quarto individual que proporcione a intimidade e uma maior atenção das equipes aos pacientes e famílias, além de uma maior flexibilidade quanto a visitas.

Entre as vantagens desse modelo de unidades estão, a integração dos cuidados paliativos em todas as especialidades dentro do hospital e respostas rápidas ao paciente. No entanto, o acesso ao paciente a áreas verdes e jardins que ajudam na reabilitação fica prejudicado, além do ambiente hospitalar proporcionar o agravo de humor e, no caso de hospitais pequenos, a necessidade de uma equipe treinada em período integral torna o custo altamente elevado para uma unidade menor que dez leitos (ANCP, 2012).

- Grupo Consultor de Cuidados Paliativos

Vinculadas ou não às Enfermarias de Cuidados Paliativos, pode-se implantar dentro dos hospitais um Grupo ou Equipe de Cuidados Paliativos formada por profissionais especializados bem treinados que se colocam a disposição de todas as equipes dentro do ambiente hospitalar afim de proporcionar um plano de cuidados dirigidos ao paciente e sua família. Poder ser implantada rapidamente em hospitais pequenos com um baixo custo é uma das vantagens dessa modalidade. Como desvantagem temos a baixa adesão ao tratamento proposto e a dificuldade de aceitação de outras equipes especializadas (ANCP, 2012).

B. Unidade Hospitalar Especializada em Cuidados Paliativos

A ANCP entende esta modalidade como o equivalente ao Hospice, definindo-a como uma *‘unidade de saúde com complexidade mediana, apta a dar respostas rápidas a necessidades mais complexas dos doentes’* (ANCP, 2012, p. 100). Existe uma tendência equivocada em associar a Unidade Especializada em Cuidados Paliativos ao fim da vida, no

entanto, ela deve estar apta a atender pacientes tanto em fase final com perfil de internação curto (média de 14 dias), quanto pacientes com doença crônica, recuperação neurológica ou demais doenças com alto grau de incapacidade e perfil de internação prolongado (média de 2 a 3 meses).

Diferentemente dos hospitais, permite a prática dos cuidados paliativos em sua plenitude dando liberdade ao paciente através da criação de um espaço voltado para a convivência e programações distintas que permitam a flexibilidade entre equipe, pacientes e familiares. Essa Unidade pode estar inserida no corpo do hospital ou em prédio isolado. Sua maior vantagem é a integralidade da prática de cuidados paliativos através da abordagem de sintomas físicos, psicossociais e espirituais, porém, a necessidade de transferência do paciente para uma área distinta demonstra grande dificuldade nesse tipo de modalidade.

2. Domicílio/ Ambulatório

- Domicílio:

Como afirmado anteriormente, estudos comprovam que a maioria dos pacientes têm preferência por morrer em seus lares. Além disso, a ANCP afirma que a maior causa de mortes no ambiente hospitalar está relacionada com controle de sintomas inadequados. O atendimento domiciliar permite atender as necessidades dos pacientes de acordo com suas preferências, sem o seguimento de regras hospitalares, garantindo sua autonomia, conforto e serenidade.

- Ambulatório:

No nível ambulatorial é desejável tratar das más notícias, discutir a morte e explorar emoções profundas durante uma consulta. Nesse sentido, o SUS deveria estar apto a ofertar Cuidados Paliativos de qualidade por meio da atenção básica.

C. Unidades de Atendimento a Pacientes Externos

As Unidades de Atendimento a Pacientes Externos englobam em suas variadas tipologias de serviços os modelos de assistência de domiciliar e ambulatorial.

- Ambulatório de Cuidados Paliativos

A ANCP define como uma Unidade ambulatorial destinada a pacientes portadores de doenças avançadas, progressivas ou ameaçadora da vida que permita consultas com especialistas. O objetivo dos Cuidados Paliativos é proporcionar ao paciente o controle de sintomas, informações sobre a evolução da doença e perspectiva de tratamento.

- Unidades de Cuidados Paliativos

Ou Unidade dia de Cuidados Paliativos deve promover a atenção a determinadas necessidades como fisioterapia, terapia ocupacional e nutrição no curso da doença grave para pacientes que permanecem no domicílio. Promove vantagens tanto ao paciente como ao cuidador domiciliar por permitir flexibilização e autonomia nos processos desenvolvidos.

- Atendimento Domiciliar em Cuidados Paliativos

Modalidade destinada ao atendimento dos pacientes no domicílio. As visitas devem ser feitas por profissionais especializados, médicos ou enfermeiros, em Cuidados Paliativos prioritariamente de uma equipe de atenção primária localizada próxima a residência do paciente.

- Hospedarias de Cuidados Paliativos

Idealizada com base nas Nursing Homes (Casas de Idosos) americanas, são unidades designadas à pacientes relativamente estáveis com sintomas bem controlados de intensidade média ou moderada, que poderiam permanecer em seus domicílios, mas não conseguem por motivos distintos.

A ANCP por meio do Manual dos Cuidados Paliativos confere solução para uma rede integralizada de acordo com as necessidades em Cuidados Paliativos. Como destaca Ugarte (2014), o Ministério da Saúde ainda deve trabalhar para definir os papéis dos pontos de atenção à saúde dentro do SUS, que trabalhem de forma articulada e integrem não apenas pacientes oncológicos.

Como vimos, a estrutura do tipo “hospice” está profundamente intrínseca na cultura europeia quanto aos locais destinados ao fim da vida. No Brasil, ainda se enfrenta diversos desafios quanto à implantação dos cuidados paliativos e cuidados hospice na estrutura hospitalar, mesmo com a criação da modalidade de Unidades Hospitalar em Cuidados Paliativos (fonte do estudo projetual daqui em diante). Apesar da normatização da Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS, ainda há uma insuficiência em políticas educacionais, normatização ao acesso de medicamentos (opioides) e possibilidade de monitoramento e avaliação nesses serviços.

3. CONDICIONANTES PARA O PROJETO

3.1. EPIDEMIOLOGIA:

Segundo dados referentes ao ano de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE, o Pará possui uma população estimada de 8.602.865 (oito milhões, seiscentos e dois mil, oitocentos e sessenta e cinco) habitantes, com 1.492.745 (um milhão,

quatrocentos e noventa e dois mil, setecentos e quarenta e cinco) habitantes residindo em Belém (IBGE, 2019).

Conforme estimativas do Instituto Nacional do Câncer – INCA, no ano de 2018 o número de casos novos de câncer, somando as ocorrências entre homens e mulheres, no Estado do Pará foi de aproximadamente 9.200 casos, entre estes, registra-se cerca de 3.300 no município de Belém, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajust.
Próstata	1.060	24,82	31,38	340	46,31	49,08	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	740	17,63	20,48	360	44,54	36,32
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	860	20,55	21,25	280	33,69	20,47
Traqueia, Brônquio e Pulmão	320	7,37	10,32	120	16,65	20,11	190	4,66	6,14	80	10,07	8,99
Cólon e Reto	190	4,35	5,43	80	10,22	11,03	310	7,49	7,25	160	19,72	13,53
Estômago	520	12,13	15,19	170	23,30	25,04	220	5,32	6,46	90	11,45	9,93
Cavidade Oral	140	3,29	3,88	50	6,50	6,56	80	1,97	2,01	30	3,48	2,38
Laringe	80	1,82	2,69	30	3,61	4,47	30	0,73	0,88	**	1,55	1,25
Bexiga	60	1,37	1,99	20	2,97	3,74	30	0,65	0,69	**	1,30	0,94
Esôfago	80	1,94	2,42	20	2,75	3,00	30	0,60	0,74	**	1,06	0,89
Ovário	-	-	-	-	-	-	110	2,57	3,07	60	6,99	6,05
Linfoma de Hodgkin	30	0,81	0,86	**	1,70	1,68	20	0,48	0,48	**	1,29	1,06
Linfoma não Hodgkin	100	2,33	2,33	40	4,91	4,53	70	1,70	1,96	30	4,18	3,62
Glândula Tireoide	20	0,42	0,44	**	1,06	0,95	120	2,81	2,48	40	5,28	3,18
Sistema Nervoso Central	100	2,29	2,74	40	4,99	5,33	100	2,35	2,69	40	5,15	4,58
Leucemias	160	3,62	3,85	40	5,98	6,88	140	3,29	3,81	40	4,83	4,63
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	80	1,85	2,56	30	4,07	4,14
Pele Melanoma	20	0,47	0,78	**	1,05	1,42	30	0,83	0,64	**	1,49	0,88
Outras Localizações	790	18,52	22,24	240	32,51	33,44	610	14,60	18,79	220	26,41	23,51
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	3.670	85,64	111,48	1.220	165,95	183,62	3.770	90,37	105,47	1.510	184,31	154,86
Pele não Melanoma	870	20,28	-	260	35,40	-	950	22,86	-	300	36,26	-
Todas as Neoplasias	4.540	105,94	-	1.480	201,31	-	4.720	113,14	-	1.810	220,93	-

*População padrão mundial (1960). / **Números arredondados para múltiplos de 10. / ***Número de casos menor que 20.

Figura 11 – Estimativas para o ano de 2018 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária para Estado do Pará e município de Belém. Fonte: INCA, 2018

Souza (2016), destaca a importância do Hospital Ophir Loyola como instituição de referência em tratamento oncológico e cuidados paliativos na Região Norte e no município de Belém. Segundo os dados demonstrados em seu estudo, o hospital registrou mais de 14.500 casos oncológicos durante o período de 2007 a 2011, entre eles 2,65% atendidos em suporte terapêutico oncológico indicados a receberem exclusivamente cuidados paliativos e 10,07% de pacientes com doenças em progressão como demonstrado na tabela abaixo:

Estado da doença	Casos	Porcentagem
Suporte terapêutico oncológico	388	2,65
Sem informação	528	3,61
Sem evidência da doença (remissão completa)	641	4,38
Remissão parcial	1069	7,30
Óbito	1222	8,35
Doença em progressão	1474	10,07
Não se aplica	3873	26,45
Doença estável	5447	37,19
Total	14642	100,0

Figura 12 – Tabela Distribuição proporcional dos casos de câncer cujo tratamento inicial não pode ser realizado, segundo o motivo para não tratar, Hospital Ophir Loyola, 2007 a 2011. Belém, 2016. Fonte: Sistema de Registro Hospitalar do Câncer/INCA, 2016 apud Souza, 2016

Para Souza (2016), cerca de 30% a 40% de pacientes registrados entre o período exposto, estariam fora das possibilidades curativas e necessitando de cuidados paliativos, dentre os quais o estado de doença avançada, 1.147 (mil, cento e quarenta e sete) casos, apresentava-se como principal motivo para o não tratamento oncológico.

MOTIVO PARA NÃO TRATAR	CASOS	PORCENTAGEM
Complicações do tratamento	24	0,60
Abandono de tratamento	72	1,81
Recusa do tratamento	86	2,17
Outras	194	4,89
Tratamento realizado fora	202	5,09
Óbito	376	9,48
Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas	1147	28,91
Sem informação	1866	47,05
Total	3967	100,0

Figura 13 – Tabela Distribuição proporcional dos casos de câncer cujo tratamento inicial não pode ser realizado, segundo o motivo para não tratar, Hospital Ophir Loyola, 2007 a 2011. Belém, 2016. Fonte: Sistema de Registro Hospitalar do Cancer/INCA, 2016 apud Souza, 2016

Souza (2016) evidencia em seu estudo que a disposição de uma Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos (CCPO) com 10 leitos inserida no Hospital Ophir Loyola é *‘um ponto positivo e favorável à criação do hospice’*. No entanto, enfatiza-se a falta de uma estrutura suficiente, por parte da clínica, para atender as diversas necessidades paliativas que somente a tipologia hospice possibilitaria, como o regime de longa permanência, o suporte terapêutico, o desenvolvimento com maior liberdade de atividades para pacientes e familiares e o acolhimento de pacientes que não possuem residência na cidade onde a tipologia está inserida ou não possuem apoio familiar para os cuidados necessários.

3.2. ESTUDO DO TERRENO:

3.2.1. Localização:



Figura 14 – Localização do terreno escolhido. Fonte: Google Maps

O terreno proposto para esse estudo de projeto, está localizado na cidade de Belém, no bairro do Guamá, Rua dos Mundurucus, número 4487, entre as vias, Travessa Barão de Mamoré e Travessa Guerra Passos. O lote possui uma área de aproximadamente 8.800m² e está situado dentro do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

A escolha do terreno levou em consideração a utilização de estruturas de apoio do hospital em que está inserido, assim como a relevância do mesmo em cuidados paliativos. Além disso, outro fator considerado foi a proximidade com o Hospital Ophir Loyola, referência em cuidados paliativos na região, visando atender as necessidades da área.

3.2.2. Zoneamento e Legislação:

O lote está localizado na Zona do Ambiente Urbano – ZAU 5:

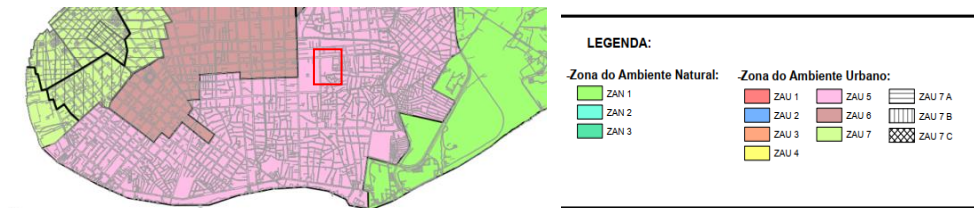


Figura 15: Zoneamento do município de Belém. Fonte: Anexo V do Plano diretor municipal

Observando o quadro de aplicação de modelos urbanísticos, Anexo 03, da Lei Complementar de Controle Urbanístico – Lei Complementar nº 02 de julho de 1999, que dispõe sobre o parcelamento, ocupação e uso do solo urbano do Município de Belém, para o uso de serviços “B”, foi escolhido o modelo M17:

ANEXO 04 – QUADRO DE MODELOS URBANÍSTICOS

CA TEGO RIA DE USO	MO DELO	ÁREA DO LOTE m² min./máx.	TESTADA DO LOTE M Mínima	AFASTAMENTOS			COEFICI ENTE DE APROVEI TAMENTO máximo	TAXAS			OBSERVAÇÕES	
				FRONTAL m mínimo	LATERAL m mínimo	FUNDOS m mínimo		OCU PAÇÃO P/ SEÇÃO TRANS- VERSAL máxima	OCU PAÇÃO máxima	PER MEABILI ZAÇÃO mínima		
#	M0	- / < 125	-	-	-	-	1.8	-	0.9	-	Permitido compor os usos habitacionais, de comércio varejista e de serviço.	
Habituação	M1	125 / -	-	-	-	-	1.4	-	0.70	-	Permitir compor com comércio varejista e serviço.	
	M2	360 / -	12	5	2.5 para H ≤ 13.00m; 3.0 para H ≤ 22.00m; 3.5 para H > 22.00m	3	1.4	0.70	0.50	0.20	Obrigatório o pavimento térreo em pilotis, admitindo-se a vedação de no máximo 50% da área de projeção. Permitido compor com comércio varejista e serviço até a altura de 5.00m para M2, M3 e M4 e até a altura de 7.00m para M5 e M6.	
	M3 (*)	400 / -					2.0					
	M4	450 / -	2.5									
	M5	600 / -	3.3									
	M6	750 / -	3.5									
Comércio e Serviço	M7	125 / 375	-				-					-
	M8	125 / 500	5	-	-	-	1.4	-	0.70			
	M9	250 / 1000	10	5	2.5 para H ≤ 13.00m; 3.0 para H ≤ 22.00m; 3.5 para H > 22.00m, observado que até a altura de 7.00m não será exigido afastamento	5	3	livre até H=7.00m, depois 0.70	0.70 até H=7.0m, depois 0.50	0.70		
	M10	250 / 1000					2.0					
	M11	250 / 2000					1.4					
	M12	250 / 2000					2.0					
	M13	500 / 1500					1.4					
	M14	500 / 1500					2.0					
	M15	1000 / -	1.4				0.70 até H=7.0m, depois 0.50					
	M16	1000 / -	3.0									
	M17	2000 / -	1.4									
	M18	2000 / -	20				3.0					

Figura 16: Quadro de Modelos Urbanísticos. Fonte: Anexo 04 da LCCU

Na Figura 17 podemos observar os afastamentos adotados para o terreno utilizado neste projeto, tendo em vista sua localização dentro do Hospital Barros Barreto e levando em consideração suas vias internas.



Figura 17: Representação dos recuos adotados para o terreno. Fonte: Elaborado pela autora

3.2.3. Levantamento Climático da Região:

O município de Belém está localizado, de acordo com o IBGE, na Zona Tropical Equatorial caracterizada pelo clima Tropical Úmido com períodos de seca de 1 a 3 meses (Figura 18). Apresenta ainda altas temperaturas durante todo o ano com mínimas de 23°C e máximas de 32°C como demonstrado na figura 19 pelo Instituto Nacional de Meteorologia – IMET, com altos níveis de precipitação principalmente durante os meses de janeiro a maio.

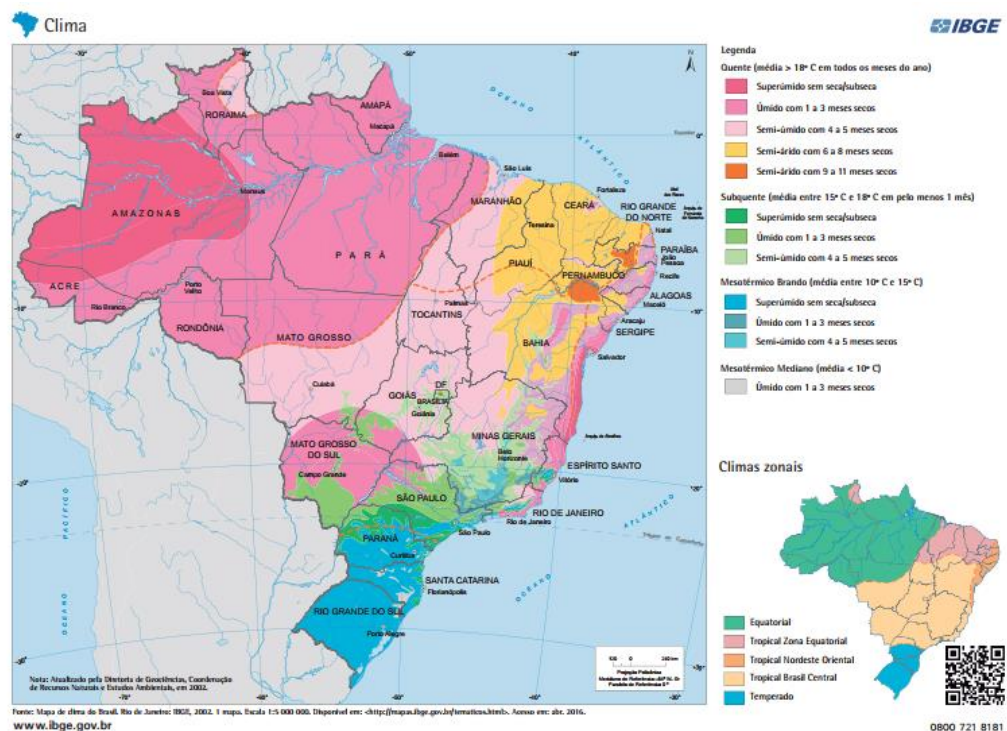


Figura 18 - Mapa de Clima do Brasil. Fonte: Rio de Janeiro: IBGE, 2002 - Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/informacoes-ambientais/climatologia/15817-clima.html?=&t=acesso-ao-produto> Acesso em 05 de novembro de 2019

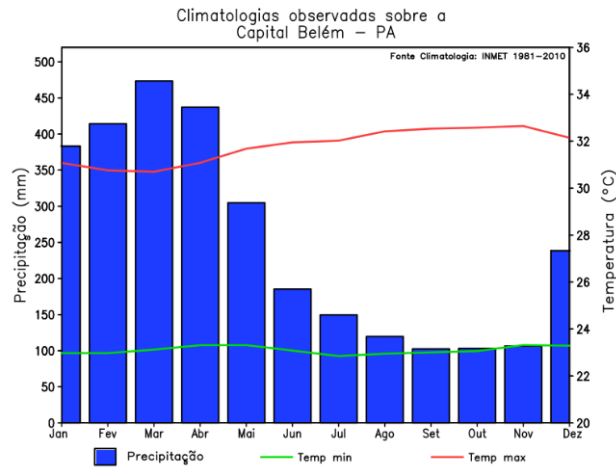


Figura 19: Climatologia do município de Belém. Fonte: <http://clima1.cptec.inpe.br/monitoramentobrasil/pt> Acesso em 05 de novembro de 2019.

Através da análise da Rosa dos ventos podemos concluir que a predominância dos ventos vem da direção Nordeste e Leste durante a maior parte do ano.

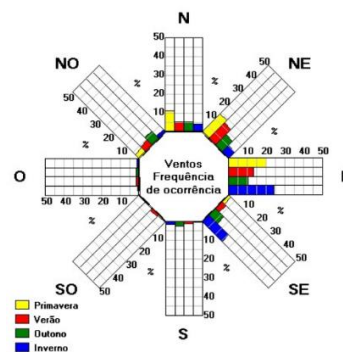


Figura 20: Rosa dos ventos – Velocidade predominante e Frequência de ocorrência. Fonte: Gerado através do software Analysis Sol-Ar

Além disso, a cidade de Belém está inserida, de acordo com a 15220-3: 2005 (ABNT, 2005), na Zona Bioclimática 8 (Figura X) caracterizada pelas recomendações construtivas que sugerem a importância da ventilação nas regiões demarcadas.

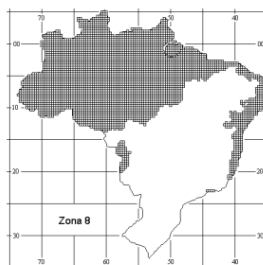


Figura 21: Zona Bioclimática Fonte: ABNT - NBR15220-3.2005

As Zonas Climáticas estabelecidas conforme a NBR 15220-3: 2005 (ABNT, 2005) divide o território brasileiro segundo a homogeneidade climática das regiões. Esse zoneamento e suas classificações visam dar recomendações construtivas para que as

edificações sejam planejadas de modo mais adequado ao local onde estão inseridas, e assim possam obter um melhor desempenho térmico e uma maior eficiência energética.

As premissas da Zona Climática 8, como destacado anteriormente, ressaltam a importância da ventilação em regiões com as características climáticas demarcadas segundo a NBR 15220-3. A norma sugere as aberturas para ventilação e sombreamento que devem ser adaptadas nessas áreas, como podemos observar na Figura 22.

Aberturas para ventilação	Sombreamento das aberturas
Grandes	Sombrear aberturas

Figura 22: Tabela de Aberturas para Ventilação e Sombreamento - Zona Climática 8. Fonte: ABNT - NBR15220-3.2005

Em cidades como Belém em que há elevadas temperaturas durante todo o ano, a ventilação natural exerce significativa importância, pois possibilita tanto a remoção da carga térmica absorvida pela edificação em consequência da exposição à radiação solar, quanto a neutralização dos ganhos térmicos produzidos no interior da construção.

Em regiões quentes é de suma importância a movimentação do ar para o bem-estar dos usuários. A ventilação natural exerce um papel fundamental na renovação do ar dentro dos ambientes, sendo fator determinante na preservação dos níveis de oxigênio existentes.

Na figura 23, vemos a representação das análises climáticas anteriormente feitas implementadas no terreno e construção sugerida neste trabalho.



Figura 23: Levantamento dos dados climáticos no terreno. Fonte: Elaborado pela autora

3.3. PROGRAMA DE NECESSIDADES:

O Programa de Necessidades do Projeto foi estruturado em duas etapas com o objetivo de incorporar as carências gerais da tipologia arquitetônica sugerida, tanto no âmbito técnico-funcional como na esfera social e humana. Na primeira parte, analisou-se a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária – ANVISA, que “*dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*”, afim de elaborar o projeto de acordo com as conformidades da norma e definir as atribuições necessárias para esta tipologia de EAS. A segunda parte do programa apresenta propostas de ambientes de acordo com os parâmetros anteriormente apresentados neste trabalho, adotando o estudo de tipologias arquitetônicas de Verderber e Refuerzo (2006).

De acordo com a RDC, os ambientes foram setorizados pelas atribuições definidas e pela programação físico-funcional sugerida:

- **Atribuição 1:** Setor de Atendimento em regime Ambulatorial e de Hospital-Dia

²Atividades:

1.3 – 1.6 – 1.7 – 1.10 – 1.11 – 1.12

- **Atribuição 2:** Setor de Prestação de Atendimento Imediato e de Assistência à Saúde

Atividades:

2.2 (2.2.1 – 2.2.2 – 2.2.3 – 2.2.4 – 2.2.5 – 2.2.6 – 2.2.7 – 2.2.8)

- **Atribuição 3:** Setor de Prestação de Atendimento à Saúde em regime de Internação: neste setor foram feitas adaptações de acordo com os parâmetros sugeridos neste trabalho

Atividades:

3.1 (3.1.1 – 3.1.2 – 3.1.3 – 3.1.4 – 3.1.5) e 3.3 (3.3.1 – 3.3.2 – 3.3.3 – 3.3.5 – 3.3.6 – 3.3.8)

- **Atribuição 6:** Setor de Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de Pesquisa

Atividades:

6.1-Promover o treinamento em serviço dos funcionários;

6.2-Promover o ensino técnico, de graduação e de pós-graduação; e

6.3-Promover o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde.

- **Atribuição 7:** Setor de Prestação de serviços e apoio à gestão e execução administrativa
- **Atribuição 8:** Setor de Prestação de serviços de apoio técnico

Os Parâmetros para o Hospice estudados neste trabalho, proporcionou a definição dos:

- Ambientes de Chegada
- Espaços Comuns
- Áreas Externas

²Listagem de atividades e sub-atividades do EAS definidas pela RDC

3.3.1. Os Ambientes:

Tabela 1: Programa de Necessidades - Ambientes de Chegada

Ambientes de Chegada				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Atividades
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	60,44	1	60,44	x
Área para registro de pacientes / marcação		1		x
Hall de Recepção	26,25	1	26,25	Adicionado
Praça de Alimentação	86,18	1	86,18	Adicionado
Lanchonete	9,19	1	9,19	Adicionado
Sala de Voluntários	5,51	1	5,51	Adicionado
Apoio				
Sanitário Público Feminino	2,6	1	2,6	x
Sanitário Público Masculino	2,6	1	2,6	x
Sanitário Público P.N.E	3	1	3	x
Área Útil da Unidade (m²)			195,77	

Fonte: Elaborado pela autora

Os ambientes de chegada visam acolher de forma humanizada todos os usuários da tipologia, desde a equipe multiprofissional até os visitantes e usuários do atendimento ambulatorial, todos têm acesso aos espaços de recepção, e alimentação. A partir destes ambientes, foi projetado as circulações com base nos fluxos de funcionários, visitantes, ou pacientes do serviço de atendimento ambulatorial, tendo a recepção como ponto de triagem.

O Hall de entrada em conjugação com o ambiente de alimentação foi pensado para ser acolhedor, um espaço de transição em que os usuários possam usufruir de uma ambiência tranquila e descontraída. A sala dos voluntários encontra-se adjacente a estes ambientes permitindo a assistência a pacientes e visitantes.

O atendimento Ambulatorial visa atender todos os pacientes aptos a comparecerem na unidade de atendimento especializada em cuidados paliativos, principalmente aqueles que estão sobre prestação dos serviços domiciliares. Os cuidadores podem acompanhar as visitas a fim de receberem informações e treinamento a respeito dos cuidados com o paciente.

Como esclarecido anteriormente, todo o programa de necessidades da unidade ambulatorial para este projeto foi concebido com base nas listas de atividades da RDC 50, visando os serviços necessários a serem prestados. Uma farmácia satélite com área para

dispensação foi adicionada à lista de ambientes para atender apenas a distribuição de medicamentos aos pacientes externos, já que a unidade se encontra inserida no Hospital Barros Barreto levou-se em consideração a utilização de seus setores de apoio, não havendo, portanto, a necessidade de implantação de um setor farmacêutico completo (Tabela 2).

Tabela 2: Programa de Necessidades - Setor Ambulatorial

Ambulatorial				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Atividades
Sala de demonstração e educação em saúde	22,4	1	22,4	1.3
Sala de preparo de paciente	10,2	1	10,2	1.11
Sala de serviços	6	1	6	1.11
Sala de curativos / suturas e coleta de material	10,2	1	10,2	1.11
Sala de reidratação (oral e intravenosa)	52,91	1	52,91	1.11
Sala de inalação coletiva	15,7	1	15,7	1.11
Sala de aplicação de medicamentos	8	1	8	1.11
Consultório indiferenciado*	11	8	88	1.7
Consultório Serviço Social - Consulta Individual	7,8	1	7,8	Adicionado 1.7 - Adaptado para <i>Sala de sessão em grupo</i>
Consultório de serviço social – consulta de grupo	14	1	14	<i>grupo</i>
Apoio				
Farmácia Satélite	9,5	1	9,5	Adicionado
Área de dispensação	5,4	1	5,4	Adicionado
DML	2,82	1	2,82	
Sala de utilidades	7,6	1	7,6	
Área Útil da Unidade (m²)			242,81	

Fonte: Elaborado pela autora

Em função da adaptação do consultório de serviço social de consultas em grupo para uma sala de sessão em grupo (sugerida pelos parâmetros estudados neste trabalho), adicionou-se uma sala de serviço social para consulta individual.

Tabela 3: Programa de Necessidades - Setor de Atendimento Imediato

Atendimento Imediato				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Atividades
Posto de enfermagem / prescrição médica	15	1	15	2.2.4
Sala de serviços	6,8	1	6,8	2.2.4
Sala de isolamento	11	1	11	2.2.4 - 2.2.7
Salas de observação - masculina	52,8	1	52,8	2.2.4 - 2.2.7
Salas de observação - feminina	53,4	1	53,4	2.2.4 - 2.2.7
Sala de procedimentos especiais (invasivos)	25,9	1	25,9	2.2.1;2.2.3 à 2.2.6
Área de escovação	3,4	1	3,4	2.2.1;2.2.3 à 2.2.6
Sala de emergências (politraumatismo, parada cardíaca, etc)	54,7	1	54,7	2.2.1;2.2.3 à 2.2.6
Apoio				
Sala/área para estocagem de hemocomponentes	10,6	1	10,6	
Sala de distribuição de hemocomponentes	X	X	X	Com posto de enfermagem
Banheiros para pacientes (salas de observação e isolamento)	5,5	1	5,5	
DML	3,24	1	3,24	Adicionado
Resíduos	3,24	1	3,24	Adicionado
Rouparia	5,5	1	5,5	
Quarto de plantão	9,3	1	9,3	
-Banheiro para funcionários (plantão)	2,8	1	2,8	
Área para guarda de pertences e pacientes	5,7	1	5,7	
Área Útil da Unidade (m²)			268,88	

Fonte: Elaborado pela autora

O Atendimento Imediato possui uma entrada própria, e é indicado para pacientes que possuem o grau da doença ou sintomas agravados visando atender somente a rede de cuidados paliativos, promovendo a assistência a saúde de seus pacientes.

Tabela 4: Programa de Necessidades - Setor de Internação

Unidades de Internação				
Ambientes	Área (m ²)	Quantificação	Área Total (m ²)	Atividades
Posto de enfermagem / prescrição médica	10,2	2	20,4	3.3.2;3.3.3; 3.3.5
Sala de serviço	3,48	2	6,96	
Quarto Paliativo de adulto	24,03	20	480,6	Adaptado
Banheiros dos quartos paliativos	4,92	20	98,4	
Enfermaria Paliativa de adulto	88,2	2	176,4	
Banheiro da enfermaria de adulto	5,76	2	11,52	
Quarto de Isolamento	21,17	1	21,17	
Banheiro para quarto de isolamento	4,92	1	4,92	
Acesso ao quarto de isolamento	5,5	1	5,5	
Sala de entrevistas	11,55	1	11,55	3.3.8
Sala de Reunião da equipe de saúde	16,98	1	16,98	Adicionado
Apoio				
Sala de utilidades	4,92	1	4,92	
Sanitários para público e funcionário Feminino	3,12	1	3,12	
Sanitários para público e funcionário Masculino	3,12	1	3,12	
Rouparia	4,92	1	4,92	
Depósito de material de limpeza	4,92	1	4,92	
Copa	6	1	6	
Área para guarda de carros	4,92	1	4,92	
Sala de estar para pacientes, acompanhantes e visitantes	x	x	x	Adaptado para Sala de Visitas
Área de estar para a equipe de saúde	22,49	1	22,49	
Quarto de plantão	6,95	1	6,95	
Banheiro para quarto de plantão	3,12	1	3,12	
Sala de exames e curativos	10	2	20	Adicionado
Área Útil da Unidade (m²)			918,88	

Fonte: Elaborado pela autora

A unidade de Internação foi totalmente readaptada para os usos compatíveis com esta tipologia, apesar disso, respeitou-se as atividades definidas pela RDC, fazendo principalmente adaptações nos tamanhos.

De acordo com a referência bibliográfica adotada para definir os parâmetros deste projeto, o quarto paliativo deve ser de 20% a 25% maior que o quarto normal de um hospital. Adotou-se então, como área mínima, 12m² o tamanho de quarto individual referente a RDC 50 + 25%.

As enfermarias foram pensadas para os pacientes que não possuem apoio familiar e por este motivo preferem o convívio em grupo. O dimensionamento das mesmas foi bem superior ao convencional de uma tipologia hospitalar, isto devido a criação de espaços que possam ser adaptados para atividades conjuntas dentro do próprio quarto.

Foram adicionadas duas salas de exames e curativos em cada um dos setores de quartos paliativos. Essas salas visam o atendimento mais seguro do paciente internado durante as trocas de curativos e exames, tendo em vista que os quartos paliativos neste projeto não foram pensados como um ambiente estéreo comum com a tipologia hospitalar e necessário para estes tipos de procedimentos.

Além disso, pensou-se também em uma sala de reunião para a equipe de saúde, um ambiente dedicado a equipe multiprofissional e suas necessidades referentes a discussão em grupo dos quadros dos pacientes.

Neste projeto, alguns ambientes de apoio foram compartilhados, principalmente entre as unidades de Atendimento Ambulatorial e Imediato, com isso podemos definir melhor um Setor de apoio e funcionários, melhorando o fluxo entre os setores mencionados.

Os banheiros de funcionários feminino e masculino existentes no setor de Atendimento Imediato também atendem ao Ambulatorial, assim como a guarda de macas e depósito de equipamentos. Já para Apoio Administrativo e Ensino e Pesquisa foram criados grandes vestiários, além do PNE, que visam atender funcionários e alunos.

Os ambientes destinados a funcionários foram amplamente compartilhados para todos os setores, assim as copas sugeridas para cada setor transformaram-se em um refeitório com cozinha e foi adicionada uma sala de descanso para funcionários.

Tabela 5: Programa de Necessidades - Ambientes Compartilhados

Ambientes Compartilhados				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Setores
Depósito de material de limpeza	4,81	1	4,81	Ambulatorial e Imediato
Sanitários Funcionários Feminino	2,04	1	2,04	Ambulatorial e Imediato
Sanitário Funcionários Masculino	2,04	1	2,04	Ambulatorial e Imediato
Depósito de equipamentos	4,8	1	4,8	Ambulatorial e Imediato
Área para guarda de macas e cadeira de rodas	7,28	1	7,28	Ambulatorial e Imediato
Vestiário Feminino	12,6	1	12,6	Adm. Ensino e Pesquisa
Vestiário Masculino	12,6	1	12,6	Adm. Ensino e Pesquisa
Banheiro Acessível	4,7	1	4,7	Adm. Ensino e Pesquisa
Sala administrativa	25,26	2	50,52	Todos os setores
Refeitório para Funcionários	26,85	1	26,85	Todos os setores
Cozinha	6,1	1	6,1	Todos os setores
Sala de descanso para Funcionários	35,35	1	35,35	Todos os setores
Área Útil da Unidade (m²)			98,34	
Ensino e Pesquisa				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Atividades
Sala de aula	31,2	2	62,4	
Anfiteatro / auditório	53	1	53	
Sala de professor	11,4	1	11,4	
Biblioteca	51,44	1	51,44	
Área Útil da Unidade (m²)			178,24	

Fonte: Elaborado pela autora

O Setor de Ensino e Pesquisa visa proporcionar uma estrutura adequada para formação e qualificação de profissionais que futuramente poderão atuar e ampliar os conhecimentos na área de cuidados paliativos. A capacitação de profissionais é um dos preceitos fundamentais para o aprimoramento dos serviços de assistência prestados por esta tipologia.

Tabela 6: Programa de Necessidades - Setor Administrativo

Apoio Administrativo				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Atividades
Sala de direção	23	1	23	
Sala de reuniões	16,5	1	16,5	
Sala administrativa	27	2	54	
Área para execução dos serviços administrativos, clínicos, de enfermagem e técnico	13,8	1	13,8	
Arquivo administrativo	10,7	1	10,7	
Área para atendimento ao público				
* Protocolo	5,2	1	5,2	
* Tesouraria	15,45	1	15,45	
* Posto de informações	6	1	6	
Documentação e Informação				
Arquivo médico (ativo e passivo)	13,8	1	13,8	
Apoio				
Sala de espera	15,9	1	15,9	
Área Útil da Unidade (m²)			174,35	
Necrotério				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Atividades
Sala de preparo e guarda de cadáver	40,5	1	40,5	
Sala para velório	x	x	x	Adaptado para Espaço Ecumenico
Sala de apoio ao Luto	22,35	1	22,35	Adicionado
Área externa para embarque de carro funerário	30,11	1	30,11	
W.C Público Feminino	2,06	1	2,06	
W.C Público Masculino	2,06	1	2,06	
PNE	3	1	3	
Área Útil da Unidade (m²)			100,08	

Fonte: Elaborado pela autora

No setor de Necrotério foi adicionada uma sala de apoio para os familiares em luto durante a realização do velório de um paciente que venha a óbito. A sala para velório foi adaptada para um espaço ecumênico visando a realização não só dos velórios, mas de outras atividades religiosas diversas, respeitando assim as diversidades dentre os pacientes.

Tabela 7: Programa de Necessidades - Espaços Comuns

Espaços Comuns				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Atividades
Sala de visitas	67,37	1	67,37	
Sala de atividades para crianças	40,92	1	40,92	
Sala de atividades para Adolescentes e Jovens				
Adultos	40,92	1	40,92	
Sala Multissensorial	27,8	1	27,8	
Arte e Terapia	34,16	1	34,16	
Sala de Jantar	77,71	1	77,71	
Cozinha Informal		1		Conjugados
Biblioteca	76,7	1	76,7	
Espaço Ecumênico	66,22	1		
Sala de Luto	11,22	1	11,22	
Sala de sessão em grupo	21,37	1	21,37	
Sala de aconselhamento de luto	21,37	1	21,37	
Acomodações Noturnas para familiares	6,05	5	30,25	
Banheiro acomodações familiares	2,56	5	12,8	
Sala de hidroterapia individual	10,1	1	10,1	
Sala de hidroterapia grupo	38	1	38	
Banheiro Hidroterapia	7,1	1	7,1	
Área Útil da Unidade (m²)			152,21	
Ambientes Externos				
Ambientes	Área (m²)	Quantificação	Área Total (m²)	Atividades
Espaço ao ar livre para crianças	50,25	1	50,25	
Pátios semi-privativos	9	17,27	155,43	
Áreas Livres	942,1	1	942,1	
Área Útil da Unidade (m²)			1147,78	

Fonte: Elaborado pela autora

Os ambientes externos foram pensados como meio de integração entre as unidades e espaços para o lazer e realização de atividades diversas. O projeto possui uma grande área livre favorável a atividades terapêuticas como criação de hortas, meditação e exercícios ao ar

livre, não se pretendeu definir essas atividades, mas proporcionar o espaço para que possam ser escolhidas com autonomia pela equipe profissional durante o cotidiano no hospice

Tabela 8: Definição da área total do projeto

Área Total do Projeto	
Setores	Área (m²)
Ambientes de Chegada	195,77
Ambulatorial	242,81
Atendimento Imediato	268,88
Unidades de Internação	918,88
Ambientes Compartilhados	98,34
Ensino e Pesquisa	178,24
Apoio Administrativo	174,35
Necrotério	100,08
Espaços Comuns	152,21
Total	2329,56
Área útil da unidade + 25% de circulações e paredes	2911,95
Espaços Externos	1147,78
Total do Projeto + Espaços Externos	4059,73

Fonte: Elaborado pela autora

3.3.2. Setorização:

De acordo com o programa proposto o projeto foi concebido de acordo com os seguintes setores:



Figura 24: Setorização. Fonte: Elaborado pela autora

3.4. PARTIDO ARQUITETONICO E VOLUMETRIA:

O conceito deste projeto para uma tipologia Hospice surge da sensação de lar e vizinhança que se pretende praticar no cotidiano dos pacientes internados. Assim, os quartos paliativos transformaram-se em unidades modulares semelhantes a pequenas residências com seus pátios externos compartilhados. Pretendeu-se criar um ritmo entre as unidades paliativas e os espaços comuns, atrelando umas às outras sem a criação de setores separados, mas sim conjugando-os, incentivando o fluxo entre os espaços compartilhados durante a vida cotidiana.



Figura 25: Vista em perspectiva da tipologia Hospice. Fonte: Elaborado pela autora

Os grandes corredores de circulação foram criados com o intuito de conectar todo o edifício e proporcionar os fluxos internos entre todos os setores, principalmente em períodos de fortes chuvas típicos da região, em que os fluxos externos se tornem inviáveis.



Figura 26: Vista da entrada principal do Hospice 01. Fonte: Elaborado pela autora

A entrada principal foi concebida pela via de acesso lateral do terreno, visando um ambiente de chegada acolhedor e privativo. Pretendeu-se estabelecer uma tipologia residencial clássica, com grandes esquadrias de vidro conectando o ambiente externo e coberturas em telhados de quatro águas. Os materiais escolhidos foram a madeira, a pedra e alvenaria com pintura na cor branca para a parte externa com o intuito de configurar um ambiente calmo.



Figura 27: Vista da entrada principal do Hospice 02. Fonte: Elaborado pela autora



Figura 28: Vista da fachada lateral do Hospice. Fonte: Elaborado pela autora



Figura 29: Vista Superior do Hospice. Fonte: Elaborado pela autora



Figura 30: Vista da fachada frontal do Hospice. Fonte: Elaborado pela autora

A fachada frontal encontra-se na principal via de acesso do Hospital Barros Barreto, devido a isso foi pensada com materiais naturais com a inclusão de um paisagismo que permita a conexão entre os ambientes internos e externos.

Levando em consideração que a morte deve ser vista sob uma ótica leve e comum dentro da tipologia Hospice, o espaço ecumênico foi concebido como um ponto de visão

focal, podendo ser apreciado de todas as áreas comuns e quartos dos pacientes, como podemos ver nas figuras abaixo.



Figura 31: Vista Interior 01 do Hospice Fonte: Elaborado pela autora



Figura 32: Vista Interior 02 do Hospice Fonte: Elaborado pela autora



Figura 33: Vista Interior 03 do Hospice Fonte: Elaborado pela autora



Figura 34: Vista Frontal do Espaço Ecumênico Fonte: Elaborado pela autora



Figura 35: Vista em perspectiva do Espaço Ecumênico Fonte: Elaborado pela autora



Figura 36: Horta Terapêutica em espaço livre Fonte: Elaborado pela autora



Figura 37: Fachada dos quartos paliativos Fonte: Elaborado pela autora



Figura 38: Vista dos quartos paliativos Fonte: Elaborado pela autora



Figura 39: Vista dos espaços livres principais Fonte: Elaborado pela autora



Figura 40: Vista Superior dos espaços livres principais Fonte: Elaborado pela autora

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Neste estudo observou-se que o cuidado hospice trabalha como um serviço modificador da qualidade de vida durante os últimos momentos de pacientes terminais ao redor do mundo, e como o estudo das tipologias arquitetônicas influenciam diretamente no cotidiano destas pessoas.

Verificou-se que o Sistema de Saúde Brasileiro não dispõe de estruturas suficientes, principalmente a respeito das tipologias arquitetônicas, para configuração de um modelo assistencial de atendimento eficiente a respeito dos cuidados paliativos, havendo assim, necessidade ampla desses cuidados dentro da rede existente.

A discussão proposta neste trabalho pretende incentivar a compreensão da necessidade de criação de novas tipologias arquitetônicas inexistentes na rede do SUS, como meio de promover estruturas bem definidas e compatíveis com as mais adversas necessidades relativas aos serviços assistências de saúde com foco nos cuidados paliativos e hospice.

Pretende-se ainda, contribuir para o entendimento da importância dos cuidados paliativos e hospice, não só para pesquisas nas áreas de saúde e terapêuticas, mas, como modelo arquitetônico humanizado viável para a rede do Sistema de Saúde público brasileiro, evidenciando esta tipologia como uma alternativa humana e eficaz para pacientes que necessitam de apoio terapêutico e assistencial no fim da vida.

Com base nos estudos realizados conclui-se que o caráter humanizador da arquitetura pode ser trabalhado em tipologias mais específicas a fim de promover uma melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

Por fim, evidencia-se a necessidade de ampliação de pesquisas nessa área, principalmente pela academia de arquitetura, a fim de, contribuir com a área de assistência á saúde na busca de soluções que ressignifiquem as tipologias arquitetônicas existentes oferecendo estruturas apropriadas que atendam as especificidades do atendimento assistencial.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2012. 590 p.

BRASIL. Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 2019 julho 02] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

CAPELAS, Manuel Luís; et al. Desenvolvimento Histórico dos Cuidados Paliativos: Visão Nacional e Internacional. **Cuidados Paliativos**, v.1, p.7- 13, 2014.

INCA, Instituto Nacional de Câncer -. **Incidência de Câncer no Brasil - Estimativa 2018**. 2018. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/para-belem.asp>>. Acesso em: 15 nov. 2019

CLARK, David. **To Comfort Always: A history of palliative medicine since the nineteenth century**. 1. ed. Oxford, UK: Oxford University Press, 2016. 227p.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Resolução n 41, de 31 de outubro de 2018. Diário Oficial da União: seção 1, Rio Grande do Sul, RS p. 57, nov. 2018.

FILIPPON, Jonathan; et al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: Trajetória e Riscos para o Direito à Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1-15, 2016.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Casas para Os que Morrem: A História do Desenvolvimento dos Hospícios Modernos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v.17, p.165-180, 2010. Supl.1.

GOLDIN, Grace. A protohospice at the turn of the century: St. Luke's House, London, from 1893 to 1921. **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, Oxford, v.36, n.4, p.383-415, 1981.

HUMPHREYS, Clare. Waiting for The Last Summons: The Establishment of The First Hospices in England 1878-1914. **Mortality: Promoting the Interdisciplinary Study of Death and Dying**, London, v.6, n.2, p.146-166. 2001.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas -. **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

KERR, Derek. Mother Mary Aikenhead, the Irish Sisters of Charity and Our Lady's Hospice for the Dying. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**. p. 13-20, 1993.

NOBLE, Bill; WINSLOW, Michelle. Development of palliative medicine in the United Kingdom and Ireland. In: BRUERA, Eduardo, et al. **Textbook Of Palliative Medicine**. 2. ed. Boca Raton, FL: CRC Press; Taylor & Francis Group, 2015. p. 3-10.

RIO P. S. M. Ignacia del; PALMA, Alejandra. Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo. **Boletín Escuela de Medicina U.C**, Chile, p.16-22, 2007

SAUNDERS, D. C. Introduction. In: SYKES, Nigel; EDMONDS, Polly; WILES, Jonh. **Management of Advanced Disease**. 4 ed. Estados Unidos da América: Oxford University Press Inc., 2004, p. 3-8.

SOUZA, Elyene Corrêa de. **Cuidado Hospice no Atendimento ao Paciente Oncológico: Uma Revisão Integrativa**. 2016. 64f. Monografia (Pós Graduação lato Sensu em Psicologia da Saúde Hospitalar) Instituto de ensino e Pesquisa em Psicologia e Saúde, Belém, 2016

THOMAS, Carol; MORRIS, Sara. Informal carers in câncer contexts. **European Journal of Cancer Care**, Oxford, v.11, p.178-182. 2002.

UGARTE, O. A. M. **Contexto Normativo dos Cuidados Paliativos no SUS**. 2014.45f.. Monografia (Especialização em saúde Coletiva e Educação na saúde) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014.

VERDERBER, Stephen; REFUERZO, Ben J. **Innovations in HospiceArchitecture**. 1. ed. Abingdon: Taylor & Francis Group, 2006. 193 p.

WHO, World Health Organization. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**, 2014 [acesso em 2019 abril 04] Disponível em: <http://www.thewpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care/7>