



Centro de Reabilitação Física

VIVIANE SILVEIRA DALCIN

TCC1

FISIO CLÍNICA

Centro de Reabilitação Física

VIVIANE SILVEIRA DALCIN

Orientador: Thiago Maia

Co-orientadora: Lívia Almeida

Faculdade Redentor

Arquitetura e Urbanismo

FACULDADE REDENTOR
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

FISIO CLÍNICA

Centro de Reabilitação Física

VIVIANE SILVEIRA DALCIN
TCC1

ITAPERUNA-RJ
JUNHO/2014

AGRADECIMENTOS

AO MEU ESPOSO MARCELO E MEUS FILHOS MATHEUS E MARCELLY

Eu gostaria de dizer que sei o quanto foi difícil conviver com tantos cansaços, sufocos, ausências, impaciências, esperas, carinhos divididos, caras feias, frustrações pelo amor adiado. Dizer também como foi importante todo o apoio recebido, vocês foram meu ânimo nas incertezas, meu impulso quando parecia não haver mais força. Por isso compartilho com vocês essa importante conquista.

AO MEU COMPANHEIRO DE PROJETOS EM 3D

Meu filho Matheus, pelas horas de sono investidas.

AOS MEUS PAIS FÁTIMA E PAULO

Pelas orações, apoio e paciência, quando muitas vezes meu cansaço falou por mim.

AOS MEUS FAMILIARES

Mesmo de longe sempre me dando forças para lutar e conquistar todos os meus objetivos.

AOS MEUS AMIGOS DE PERTO E DE LONGE

Obrigada a vocês que aliviaram minhas horas difíceis, me alimentando de certezas, força e alegria, em especial: Roberta, Ana Paula (Irmã), Aline Ferreira, Silvana Armond, Felipe Poubel, Kelly e Gil, Ellen e Gustavo, Tia Elisa e Samuel.

AOS MEUS PROFESSORES E COLEGAS DE FACULDADE

Que por todos esses anos compartilharam as alegrias e dificuldades, que convivemos por tantas horas e compartilhamos experiências inesquecíveis.

AO MEU ORIENTADOR PROF. THIAGO MAIA

Pela grandeza profissional e humana, a qual não fosse suas orientações, este trabalho certamente não teria a evolução alcançada nem o prazer proporcionado com a realização deste.

MINHA CO-ORIENTADORA PROF. LÍVIA ALMEIDA

Pela dedicação e contribuição para meu desenvolvimento profissional.

À DEUS, SEMPRE PRESENTE NA MINHA VIDA

Porque essa vitória não seria possível sem a benção de DEUS sobre minha vida. Obrigada pelo carinho, pelo cuidado com minha família, por nunca desistir de mim, por me amparar em meus momentos difíceis.

RESUMO

O trabalho traz estudos feitos do contexto de um projeto de um centro de reabilitação física, estruturado para receber em um mesmo espaço consultas e procedimentos relacionados à reabilitação, o qual será implantado no município de Itaperuna, Estado do Rio de Janeiro, com grande potencial para a área da saúde, porém com certa carência específica na área de ambiente para reabilitação, fazendo com que o paciente que necessite destes tratamentos, tenha que se locomover entre consultórios, clínicas e academias. A proposta visa proporcionar ao paciente um atendimento com eficiência, agilidade, confiabilidade e segurança. Na formação do projeto foram realizados estudos com base nos conceitos da reabilitação, sua evolução, áreas de atuação e os ambientes específicos. Assim como foi indispensável a busca por informações sobre arquitetura hospitalar: normas técnicas, acessibilidade, circulações, conforto ambiental, cuidados específicos na área da saúde e utilização das cores. O terreno proposto está situado em uma área de adensamento na cidade, próximo dos acessos à cidade, à avenida principal, supermercados, postos de gasolina e faculdades, do terminal rodoviário, facilitando o acesso das cidades vizinhas à Itaperuna, assim como está, estrategicamente, afastado do centro, saindo do fluxo intenso de trânsito.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
-------------------------	----------

JUSTIFICATIVA

1.1 Por quê do tema?.....	9
1.2 Por quê Itaperuna?.....	13
1.3 Por quê do terreno	14
1.4 Integração Paciente x Sociedade.....	15

2. LOCALIZAÇÃO

2.1 Macrolocalização - Itaperuna	16
2.2 Microlocalização – O Terreno	17
2.3 Levantamento de Dados	18
2.4 Levantamento Fotográfico	23

3. ASPECTOS HISTÓRICOS DO HOSPITAL

3.1 Aspectos Históricos do Hospital no Mundo	25
3.2 Aspectos Históricos do Hospital no Brasil.....	27
3.3 Aspectos Históricos do Hospital em Itaperuna.....	31
3.4 Evolução Tipológica	33

4. ASPECTOS HISTÓRICOS DA REABILITAÇÃO

4.1 Aspectos Históricos da Reabilitação no Mundo.....	42
4.2 Aspectos Históricos da Reabilitação no Brasil	45

5. MODELOS CONTEMPORÂNEOS DA REABILITAÇÃO FÍSICA

48

6. CONCEITO.....

50

7. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

7.1 Instituto Municipal de Reabilitação (IMRVL)	51
7.2 Hospital de Reabilitação Sarah Kubitschek em Brasília	53
7.3 Centro Clínico Manquehue	56

8. LEGISLAÇÃO	58
----------------------------	-----------

9. A PROPOSTA

9.1 Conceito	60
9.2 Programa de Necessidades	63
9.3 Os Fluxos	69

10. O PROJETO

10.1 Planta de Situação/ implantação	70
10.2 Planta Baixa Pavimento Térreo	71
10.3 Planta Baixa 2º Pavimento	72
10.4 Planta Baixa 3º Pavimento e Subsolo	73
10.5 Corte AA e Corte BB	74
10.6 Fachadas	75
10.7 Perspectivas	76

11. REFERÊNCIAS	77
------------------------------	-----------

12. ANEXOS - FICHAS DE AVALIAÇÃO DO ORIENTADOR	80
---	-----------

INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos, tem se observado um grande número de vítimas de acidentes (trânsito, trabalho, domésticos) no município de Itaperuna, localizado no Noroeste Fluminense do Rio de Janeiro. Além disso, há também, uma carência de ambientes específicos, onde atue uma equipe multidisciplinar para tratar tanto pacientes pós traumáticos, quanto pacientes portadores de uma deficiência física congênita ou adquirida.

Nesse contexto, inicia-se um olhar de preocupação com o grave crescimento de acidentados, e como esses serão reabilitados.

Em virtude dos fatos, magnitude e relevância dos problemas, julga-se necessário criar uma unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia, que segundo Datasus (2006), é uma unidade isolada onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente, que funcionará como um centro de reabilitação física voltado ao atendimento de pacientes pós traumático e, ao portador de deficiência física congênita ou adquirida.

O Centro de Reabilitação Física em Itaperuna, será um espaço, onde reunirá todos os atendimentos necessários a reabilitação destes pacientes, com o objetivo da reabilitação física (dedicada a recuperação das funções motoras e psicológicas) e da integração dos pacientes com a sociedade, buscando através de espaços abertos e verdes envolver a comunidade ao ambiente de reabilitação, destinando minimizar a exclusão social.

A proposta da construção de um Centro de Reabilitação Física em Itaperuna, visa suprir a ausência de um ambiente terapêutico voltado a este tipo de atendimento.

1. JUSTIFICATIVA

1.1 Porque do tema?

Quando se pensa no ritmo de vida acelerado da sociedade, as más condições de trânsito, segurança, sedentarismo, altas taxas de morbidades, todos estão expostos a uma mudança repentina, ao se tornar vítima de acidente de trânsito, bala perdida, podendo adquirir uma doença aguda ou crônica, quebrando o ritmo vital dessa pessoa.

Dentre muitos motivos que levam uma pessoa a uma disfunção motora necessitando de uma reabilitação física, foram analisados três gráficos que justificam a necessidade da construção do Centro de Reabilitação Física.

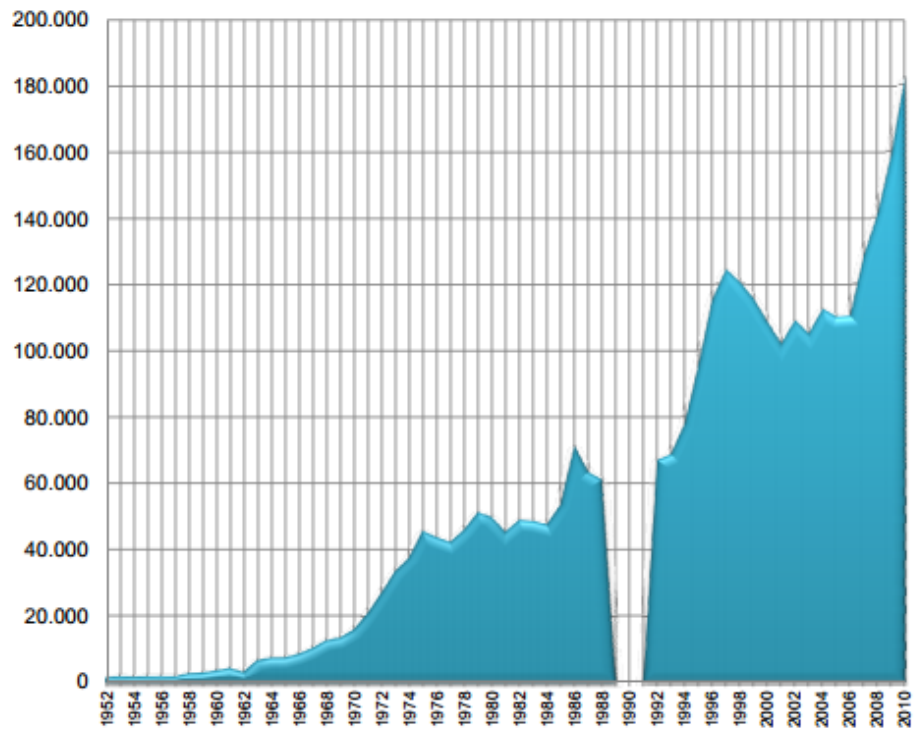
Dados do Anuário Estatístico das Rodovias Federais 2010:

Acidentes de trânsito nas Rodovias Federais
Brasil (1952 – 2010)

Ano	Acidentes	Ano	Acidentes	Ano	Acidentes
1952	1.748	1972	27.114	1992	67.021
1953	2.165	1973	33.656	1993	68.781
1954	1.943	1974	37.653	1994	77.986
1955	2.115	1975	45.838	1995	95.514
1956	2.236	1976	43.895	1996	115.169
1957	2.098	1977	42.436	1997	124.372
1958	3.070	1978	46.144	1998	120.442
1959	3.212	1979	51.381	1999	115.429
1960	3.886	1980	49.956	2000	108.597
1961	4.634	1981	45.507	2001	102.041
1962	3.486	1982	49.090	2002	109.025
1963	6.979	1983	48.767	2003	105.032
1964	7.764	1984	47.710	2004	112.457
1965	7.808	1985	53.695	2005	110.086
1966	8.872	1986	71.341	2006	110.391
1967	10.628	1987	63.456	2007	128.456
1968	12.957	1988	61.110	2008	141.072
1969	13.725	1989	-	2009	158.893
1970	16.152	1990	-	2010	182.900
1971	20.981	1991	-	-	-

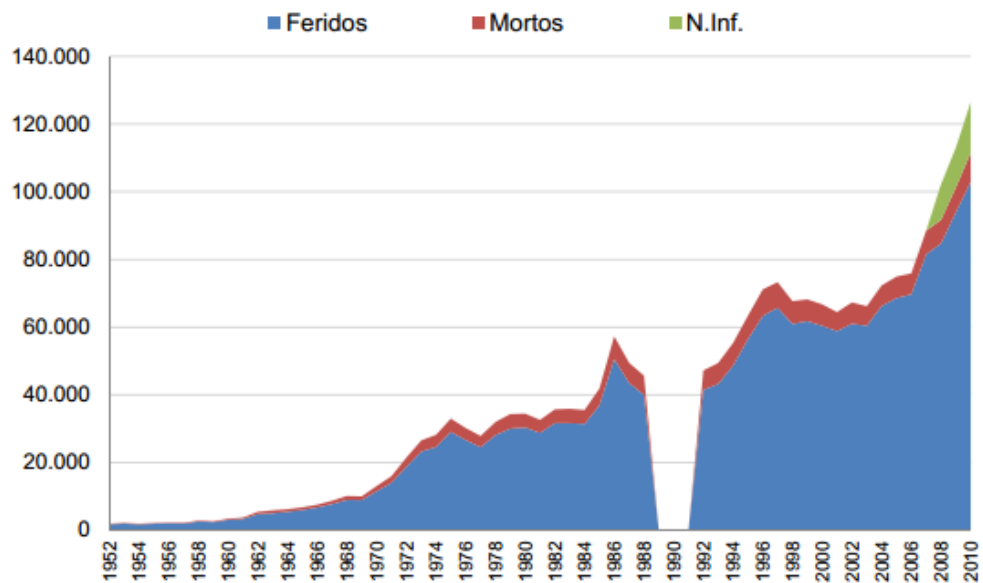
Fonte: www.dnit.gov.br

Representação Gráfica



Fonte: www.dnit.gov.br

Vítimas de acidentes de trânsito nas Rodovias Federais Brasil (1952 – 2010)

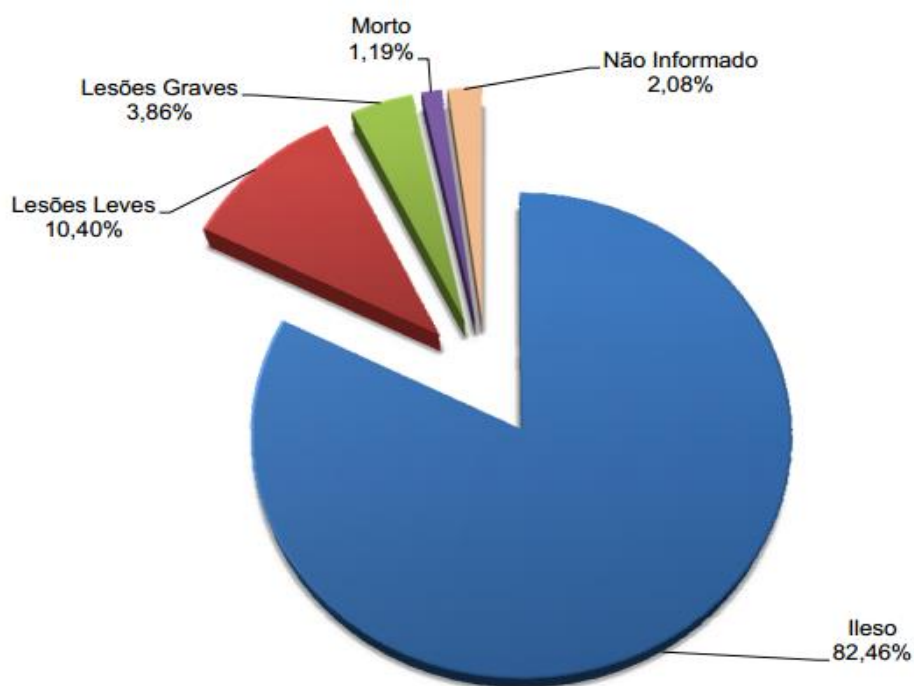


Fonte: www.dnit.gov.br

Vítimas envolvidas em acidentes de trânsito, segundo o estado físico
Brasil (2008 - 2010)

Estado Físico	2008		2009		2010	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Ileso	506.019	83,21%	539.948	82,69%	594.818	82,46%
Lesões Leves	60.140	9,89%	67.644	10,36%	75.044	10,40%
Lesões Graves	24.510	4,03%	26.207	4,01%	27.852	3,86%
Morto	6.946	1,14%	7.376	1,13%	8.616	1,19%
Não Informado	10.481	1,72%	11.805	1,81%	14.968	2,08%
TOTAL	608.096	100,00%	652.980	100,00%	721.298	100,00%

Representação Gráfica (Ano de 2010)



Fonte: www.dnit.gov.br

Percentual de deficientes físicos*

* Famílias cadastradas no SIAB | 59,0% dos brasileiros

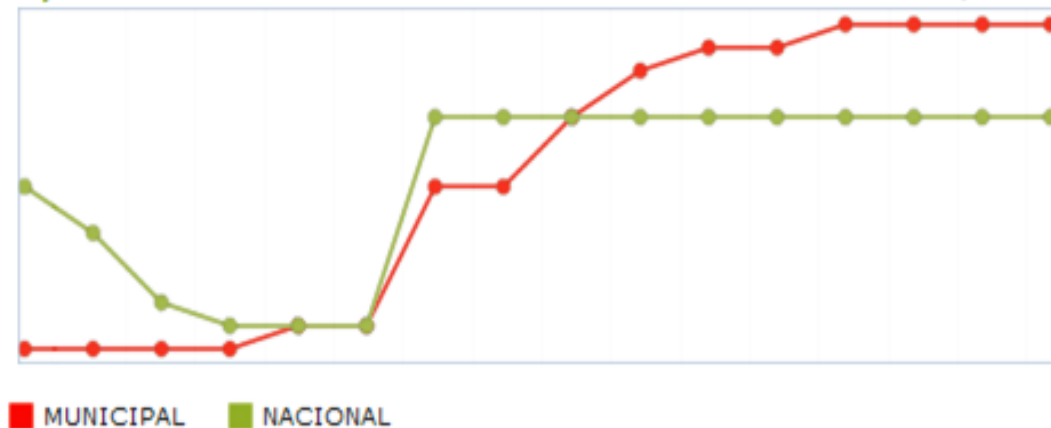
ITAPERUNA, RJ

1,4%

1,0%

MUNICIPAL | 2013

NACIONAL | 2013



Fonte: www.deepask.com

De acordo com o gráfico apresentado acima, em julho de 2013, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) contava com 33,1 milhões de famílias brasileiras cadastradas, abrangendo 114,4 milhões de pessoas ou aproximadamente 59% da população brasileira. Com relação a este percentual, podemos verificar que Itaperuna possui uma média de 40% a mais de deficientes físicos que a média Nacional.

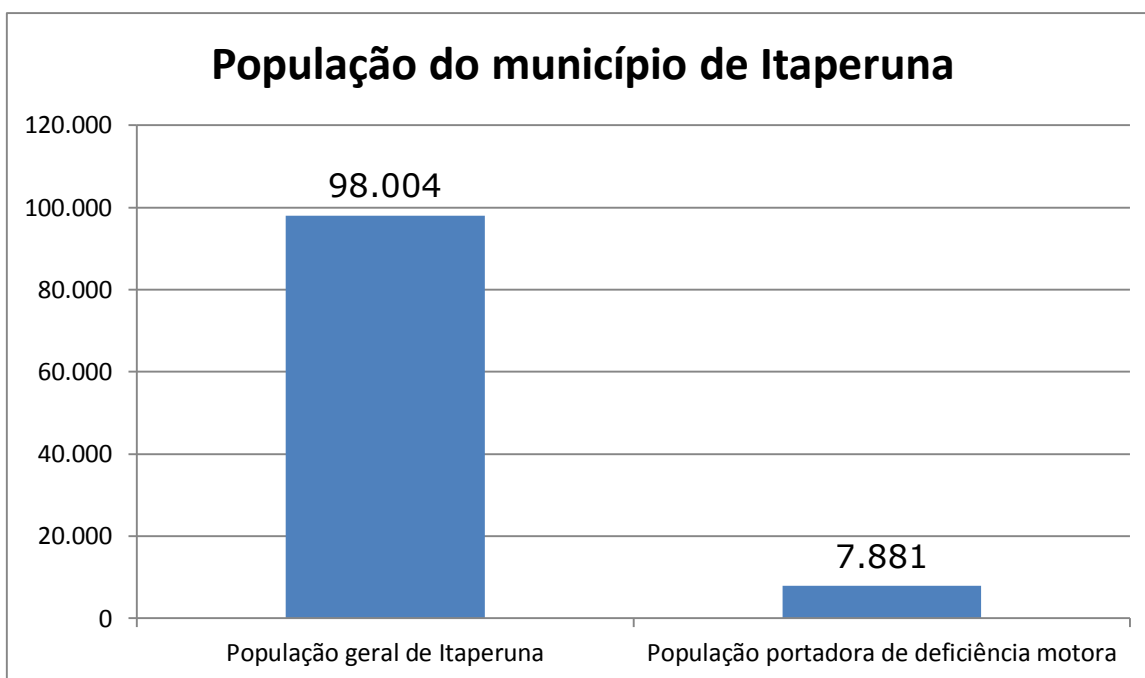
Grande parte das clínicas de reabilitação existentes neste município, contam com poucas especialidades médicas, apresentando uma demanda reprimida em todas as áreas de terapia e, por esse motivo, ocorrem encaminhamentos de pacientes para completar os tratamentos em academias onde se encontram piscinas para tratamento por hidroterapia, por exemplo. Essa proposta torna o tratamento mais acessível, aceitável e completo para a população necessitada.

1.2 Porque Itaperuna?

O município de Itaperuna, segundo informações dos dados do IBGE (2010), tem uma estimativa populacional para o ano de 2013 de 98.004 habitantes.

Dentre o aspecto da saúde, os dados do IBGE (2010), relatam 27 estabelecimentos de saúde municipais e 25 privados. No entanto não há nenhum Centro de Reabilitação Física conforme o proposto, deixando uma grande lacuna na agilidade do tratamento, tornando o processo extensivo, inadequado, e muitas vezes sendo interrompido por desistência do paciente.

A completude do atendimento se dá por se tratar de um mesmo local, com fácil acesso, vários consultórios especializados para o atendimento individual e familiar, piscina coberta (aquecida) e descoberta, estacionamento privativo, área verde para integração social, dentre outros ambientes, contribuindo para a adesão do tratamento e consequentemente melhores resultados.



Fonte: Censo Demográfico, IBGE, 2010

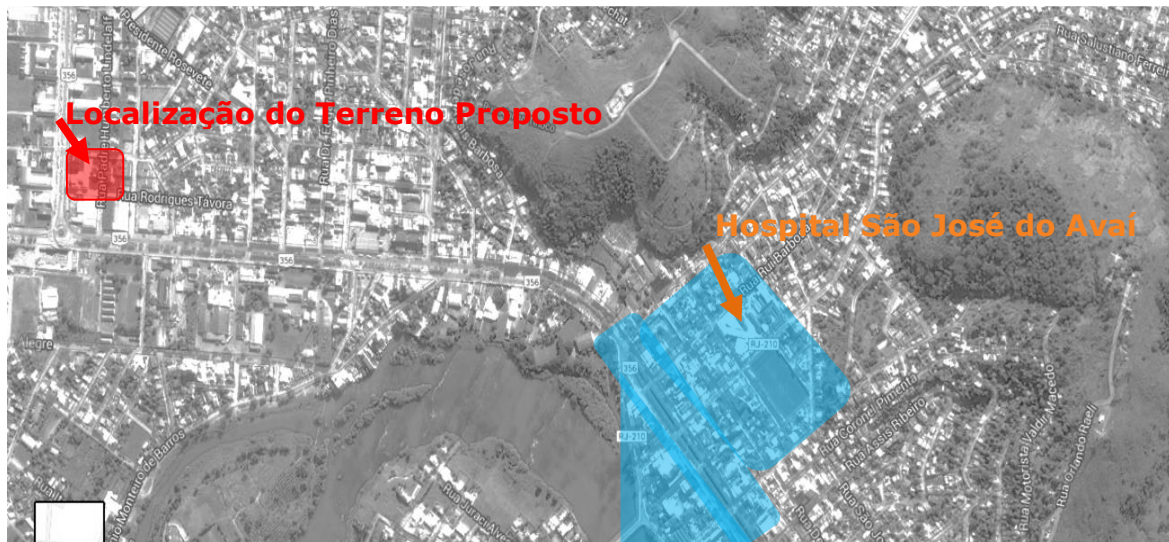
O gráfico acima representado no ano de 2010, pelo IBGE, mostra que 8.04% da população do município de Itaperuna apresentam alguma deficiência motora, sendo este dado pertinente na justificativa da proposta.

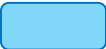
1.3 Porque do Terreno?

O terreno proposto está situado em uma área de adensamento na cidade, próximo à uma das entradas da cidade (BR-356), à avenida principal, supermercados, postos de gasolina, faculdades e colégios.

Outros aspectos importantes também foram decisivos para a escolha do terreno, como estar fora de área de enchentes; estar próximo ao terminal rodoviário, facilitando o acesso das cidades vizinha à Clínica; ser afastado do centro, saindo do fluxo intenso de trânsito.

O terreno possui frente para quatro ruas: rua Olimpo Bedim, avenida Deputado Carlos Pinto Filho, rua Padre Humberto Lindelauf e rua Petrônio Bernardo de Oliveira.



 **Áreas Alagáveis dentro do município de Itaperuna**

1.4 Integração paciente x sociedade

Sabe-se que de uma forma geral, pessoas portadoras de alguma deficiência física, encontram diversos obstáculos em sua vida cotidiana. Espera que políticas sociais sejam desenvolvidas para tornar a vida desses cidadãos cada vez mais normal na sociedade inserida. No entanto, o que diz respeito à Clínica de Reabilitação, o intuito é promover uma aproximação entre o paciente em tratamento e a sociedade. De uma maneira bem simples, através da caminhada, da prática de exercícios oferecidos pela clínica ao público, pacientes se unirão a comunidade pela presença de ambos em um mesmo espaço físico, obtendo um objetivo comum: qualidade de vida. A arquitetura planejada aqui tem o diferencial de poder promover essa aproximação, inibindo o olhar cinza de uma clínica por um ambiente verde, povoado, promovendo assim a integração de pessoas em tratamentos com outras em busca de bem estar. Além de promover a integração com a sociedade, esses espaços podem tornar mais agradáveis o tratamento, e em consequência disso, acredita-se em melhores resultados.

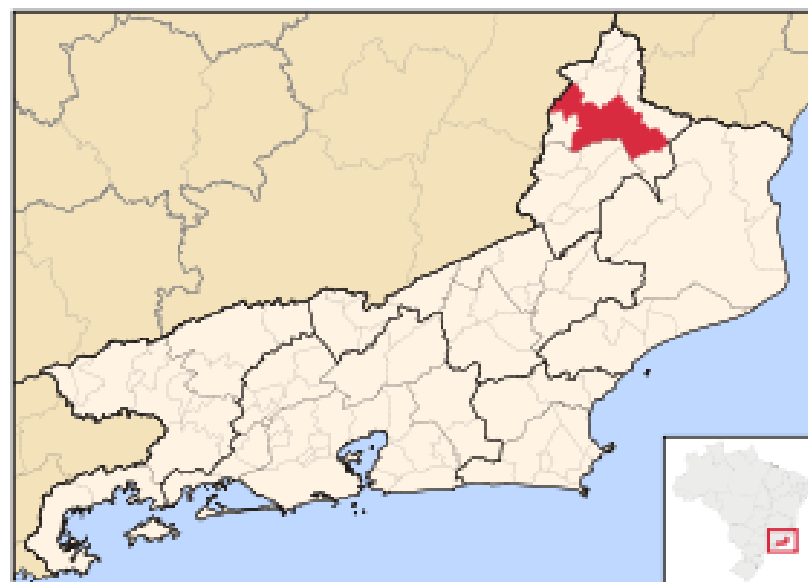
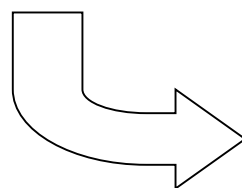
2. LOCALIZAÇÃO

2.1 MACROLOCALIZAÇÃO



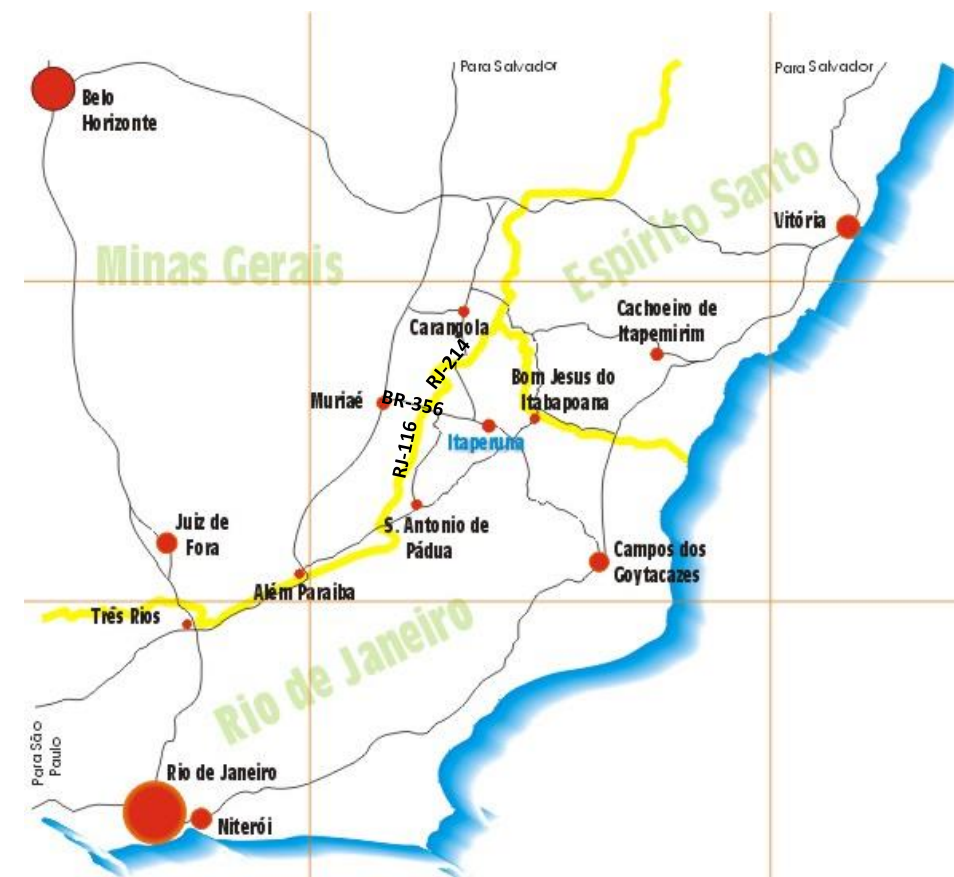
Mapa do Brasil, em destaque o Estado do Rio de Janeiro

Fonte: wikimedia Foundation



Mapa do Estado do Rio de Janeiro, em destaque o município de Itaperuna

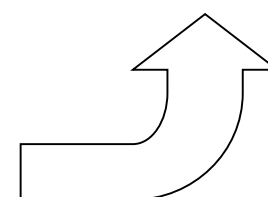
Fonte: wikimedia Foundation



Localização de Itaperuna em relação aos três Estados:

Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo

Fonte: wikimedia Foundation

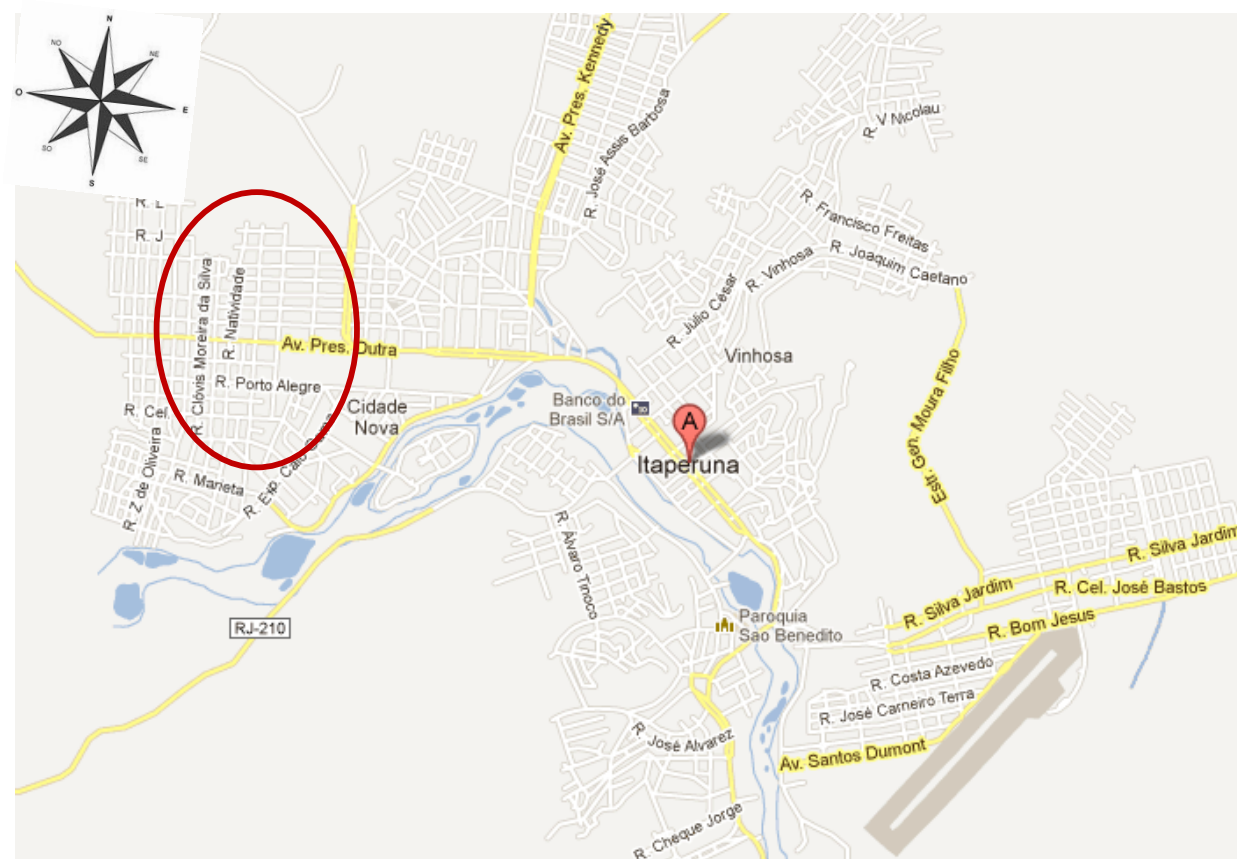


O município de Itaperuna está localizado no noroeste do Estado do Rio de Janeiro, se destaca por sua agricultura, indústria e área médica e hospitalar.

Itaperuna ocupa uma área de 1.105,341Km², e ocupa o 5º lugar em extensão do estado. Segundo o CENSO do IBGE, a população estimada para 2013 é de 98.004 habitantes. Ocupa o 27º lugar de cidade mais populosa do estado. Possui o relevo de morros e patamares cristalinos. Clima tropical úmido. Com ventos predominantes nas direções Sul Sudoeste.

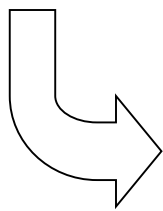
O município é cortado pelo Rio Muriaé e seus afluentes. Os acessos se dão pela BR-356/RJ-116 / RJ-214 (indicados no mapa de localização de Itaperuna em relação aos três Estados: Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo).

2.2 MICROLOCALIZAÇÃO



Localização do Bairro Cidade nova

Fonte: maps.google.com.br



**Acesso a Bom Jesus de Itabapoana/ Itava
Cardoso Moreira/São José de Ubá/ Pádua**

Localização do terreno

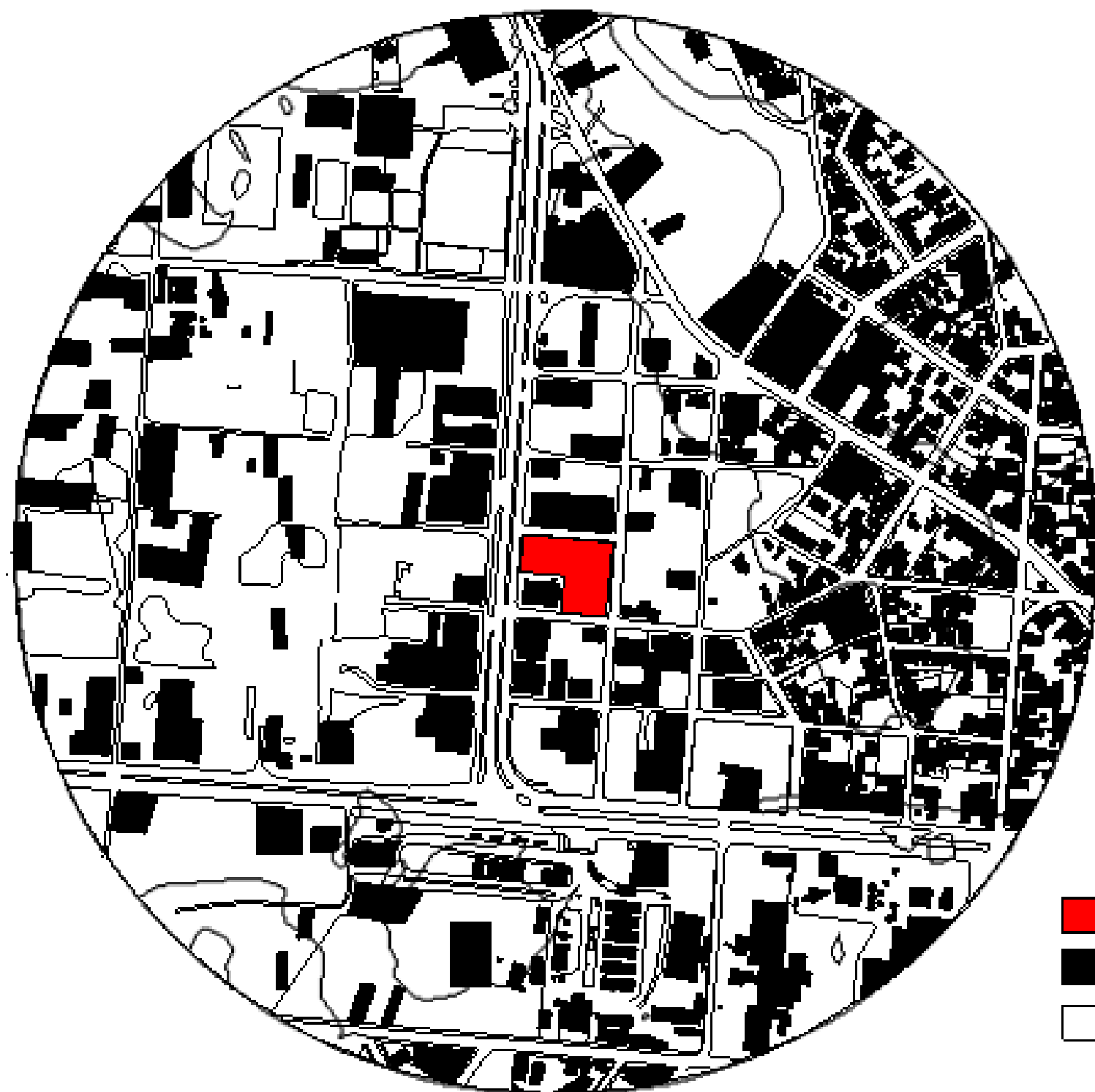
Fonte: maps.google.com.br

O terreno tem a forma de L, fazendo divisa com quatro ruas: rua Olimpo Bedim, avenida Deputado Carlos Pinto Filho, rua Padre Humberto Lindelauf e rua Petronio Bernardo de Oliveira, bairro Cidade Nova, município de Itaperuna, estado do Rio de Janeiro.

2.3 LEVANTAMENTO DE DADOS

MAPA 01 – CONSTRUÍDO E LIVRE

Mapa demarcando áreas construídas e áreas livres num raio de 500 metros do terreno proposto. Permite perceber que o lado Leste da área de intervenção possui uma quantidade bem maior de edificações do que o lado Oeste e, conseqüentemente, maior densidade populacional.

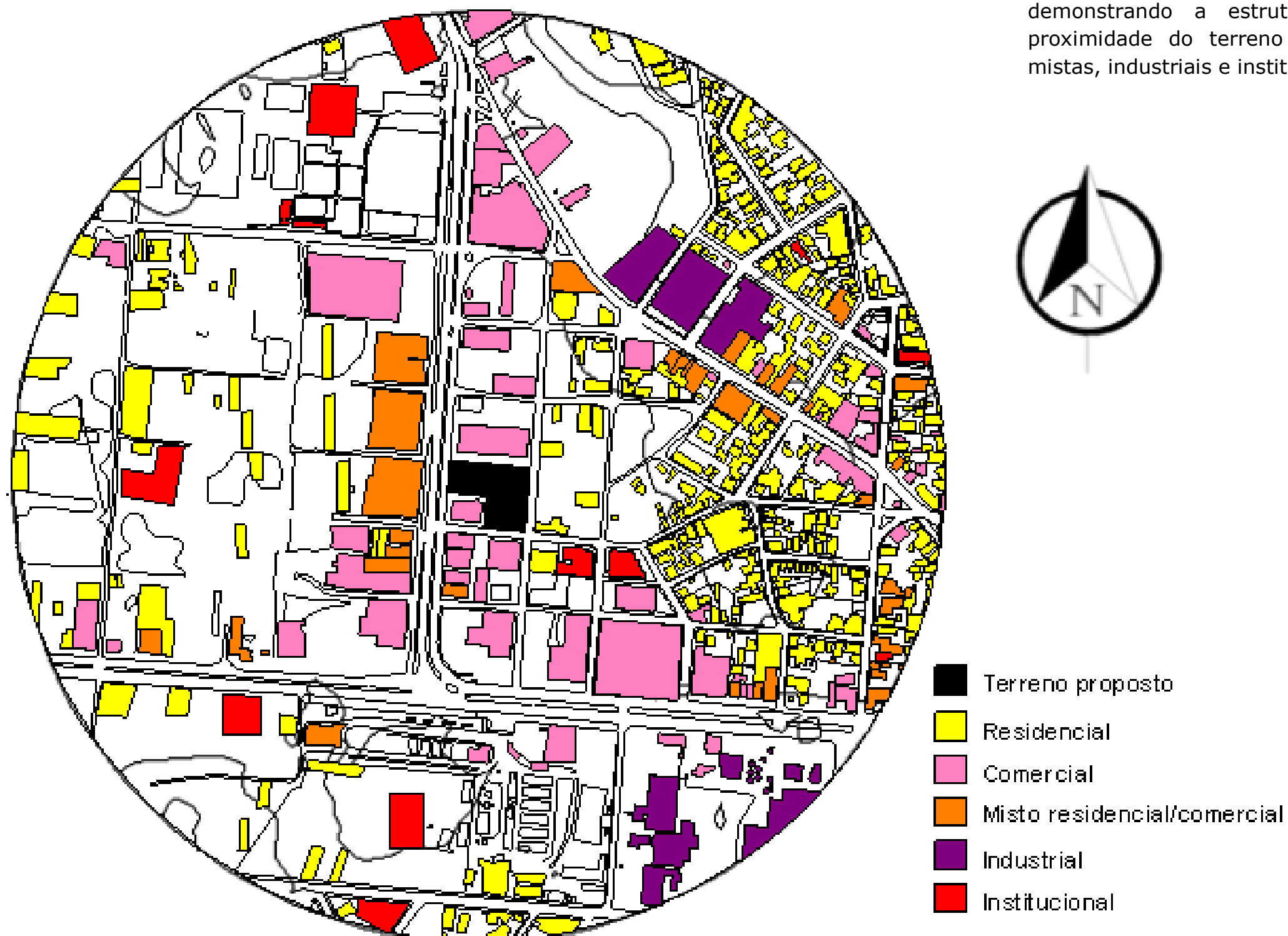


- Terreno proposto
- Área construída
- Área livre

2.3 LEVANTAMENTO DE DADOS

MAPA 02 – USOS E FUNÇÕES

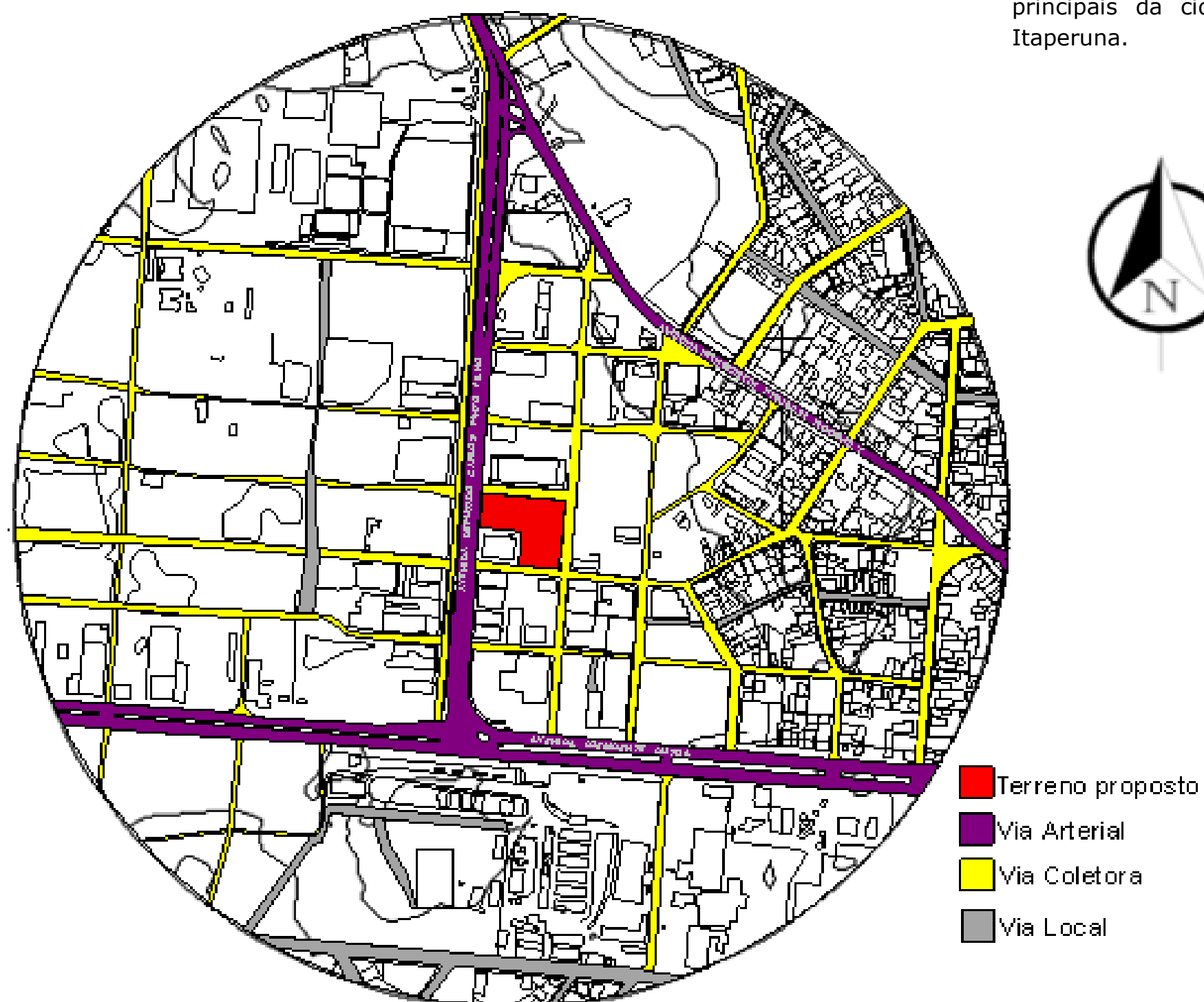
Mapa de classificação do uso e função do solo, demonstrando a estruturação do espaço, reforçando a proximidade do terreno às áreas residenciais, comerciais, mistas, industriais e institucionais.



2.3 LEVANTAMENTO DE DADOS

MAPA 03 – SISTEMA VIÁRIO

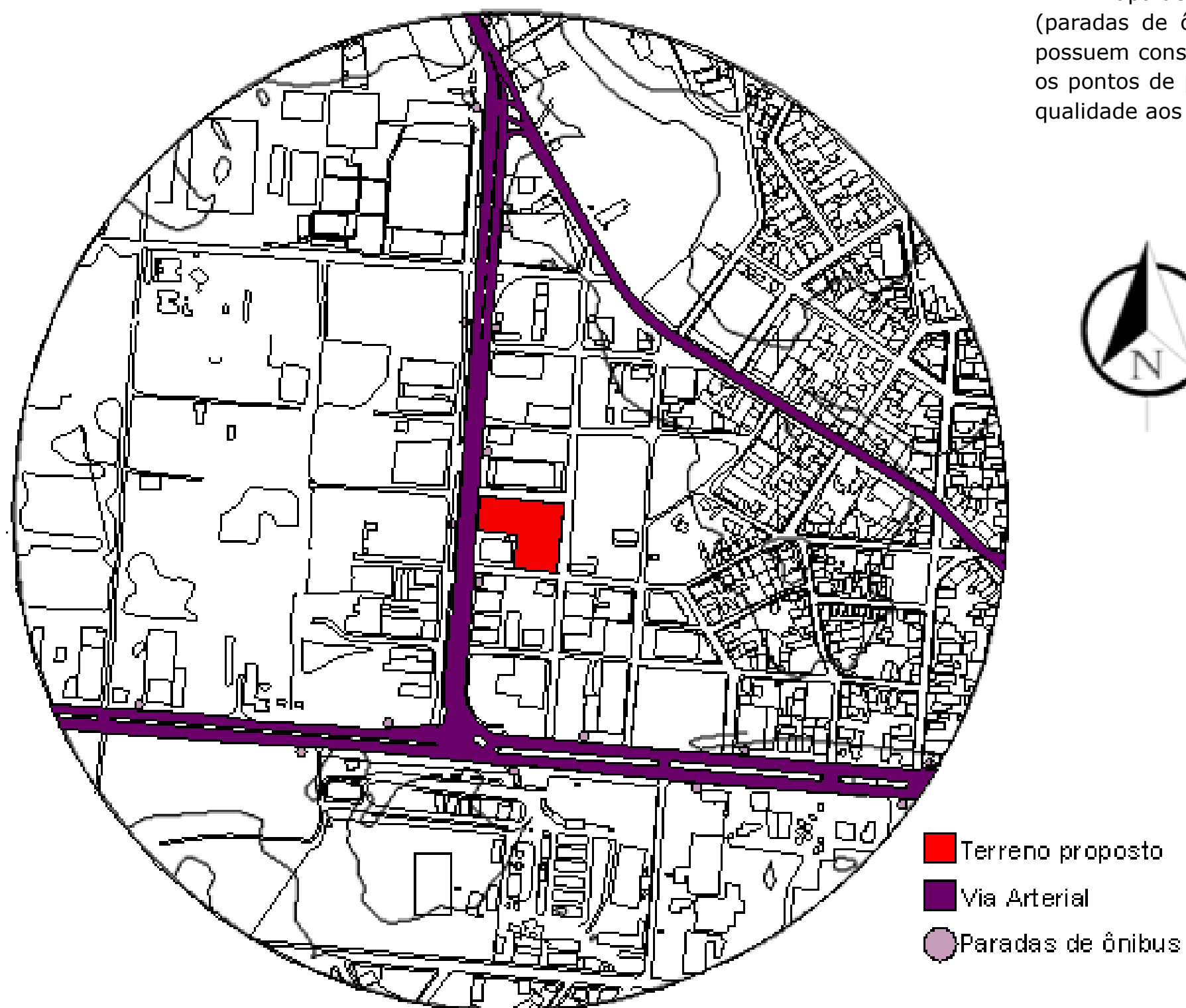
Mapa de identificação do sistema viário, visualizando os tipos de vias que circundam o terreno. Através deste mapa podemos verificar a proximidade do terreno com as avenidas principais da cidade e um dos acessos ao município de Itaperuna.



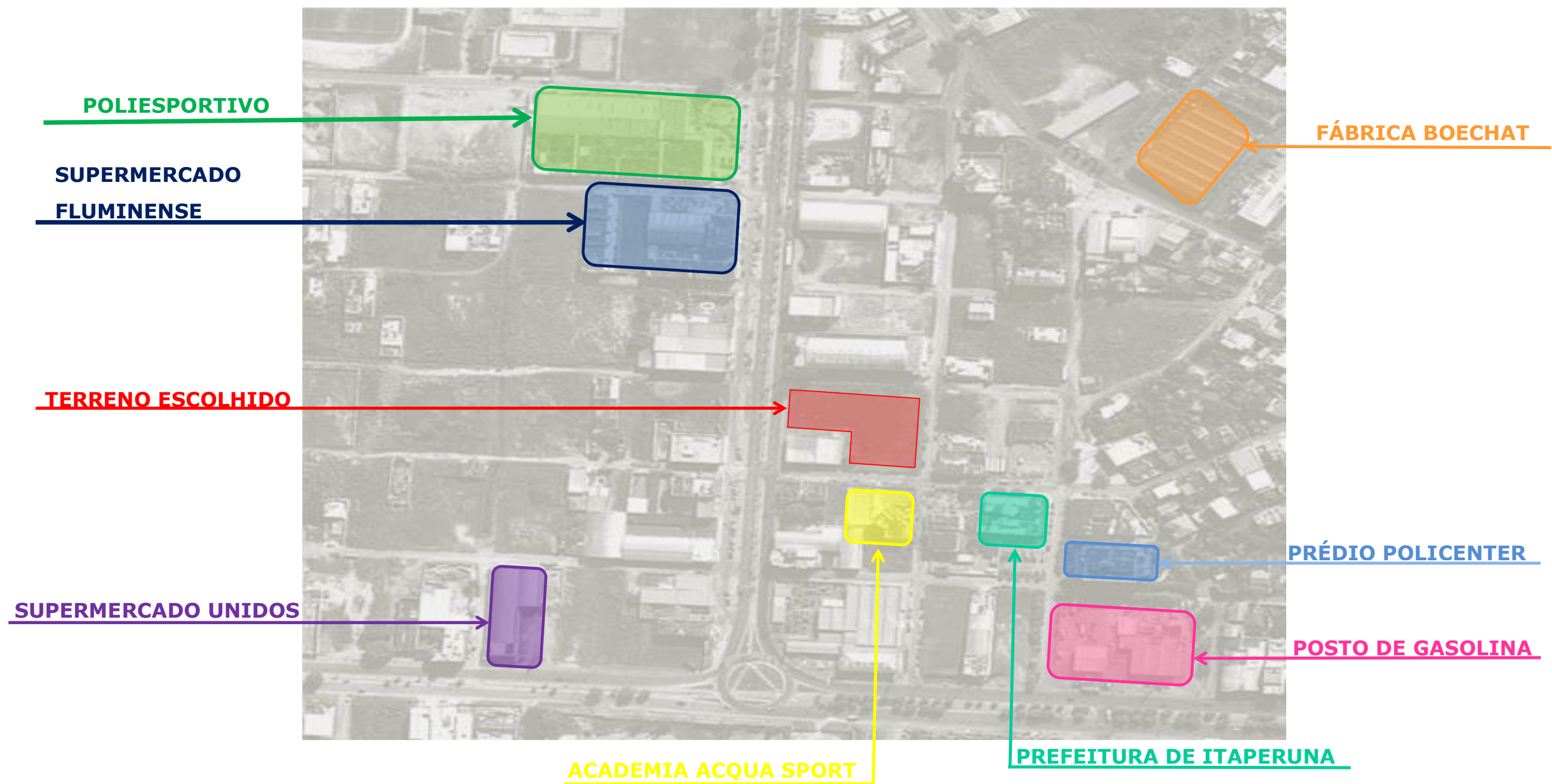
2.3 LEVANTAMENTO DE DADOS

MAPA 04 – PONTOS DE TRANSPORTE COLETIVO

Mapa de identificação dos pontos de transportes coletivos (paradas de ônibus), no entanto são poucos os pontos que possuem construção ideal. Há uma necessidade de regularizar os pontos de parada de ônibus, a fim de proporcionar melhor qualidade aos usuários de transporte coletivo.



2.3 LEVANTAMENTO DE DADOS
TERRENO – PONTOS NODAIS



2.4 LEVANTAMENTO FOTOGRÁFICO

VISADAS PARA O TERRENO



Foto 01 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Fonte: Arquivo pessoal obtida através do quadricóptero
Registrada em 22/06/2014



Foto 04 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Foto 02 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Foto 03 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Foto 05 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014

2.4 LEVANTAMENTO FOTOGRÁFICO

VISADAS DO TERRENO



Foto 01 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



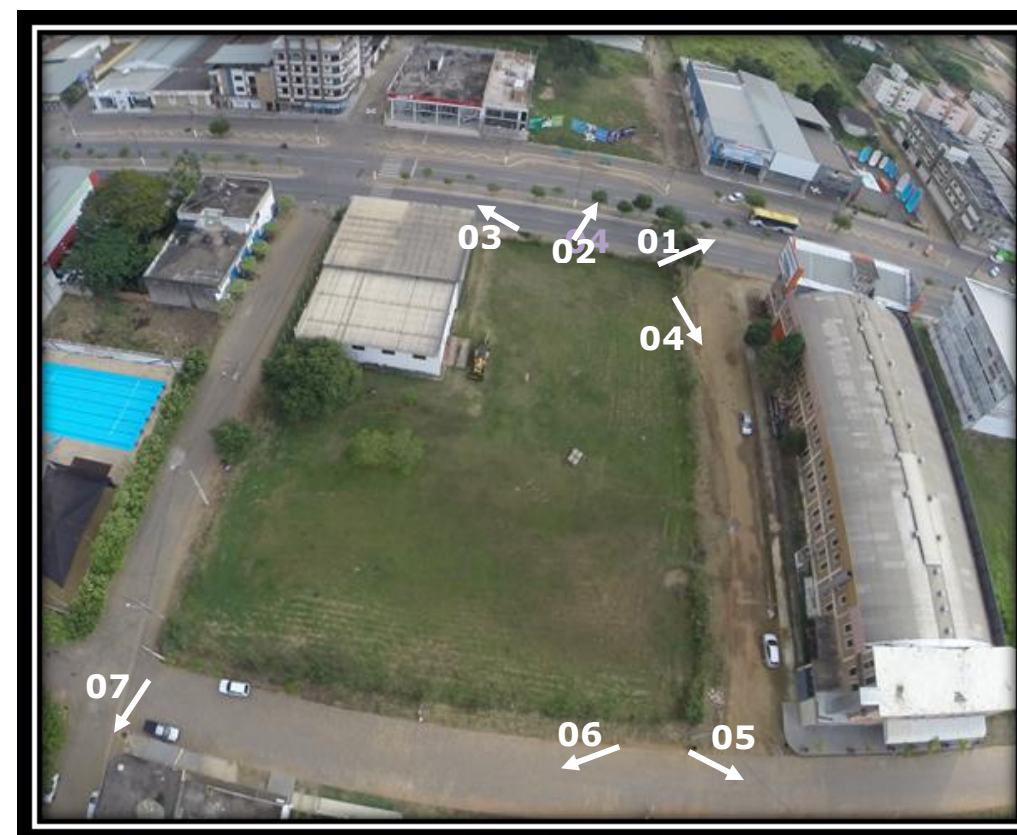
Foto 04 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Foto 05 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Foto 02 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Fonte: Arquivo pessoal obtida através do quadricóptero
Registrada em 22/06/2014



Foto 06 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Foto 03 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014



Foto 07 - Fonte: Arquivo pessoal
Registrada em 30/04/2014

3. ASPECTOS HISTÓRICOS DO HOSPITAL

3.1 Aspectos Históricos do Hospital no Mundo

Góes (2011), com muita propriedade traz a definição de que a palavra "hospital vem do latim *hospitalis*, adjetivo derivado de *hospes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva). Eram locais aonde as pessoas, com doenças graves, iam para morrer com um mínimo de dignidade".

Sabe-se que a história da medicina tem seu início em tempos mais antigos que a dos hospitais.

O homem preocupado, a princípio, apenas com o bem estar de sua família, foi obrigado, com o correr dos tempos e para sua própria defesa, a se interessar pela saúde dos seus semelhantes, quando o aumento da população e a intensificação do tráfego demonstraram a necessidade de proteção coletiva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, P.09).

"A religião islâmica prescreve aos seus seguidores vários cuidados com a higiene pessoal. Esses cuidados foram transferidos para as edificações dos seus hospitais". (GÓES, 2011, P.27).

Através da evolução das obras sanitárias e do aperfeiçoamento do conhecimento da medicina se estimulou a criação dos hospitais.

A planta física determinava que cada sala deveria ter um altar, e a cama dos enfermos deveria permitir a observação dos atos religiosos. (Id.Ibid).

A construção do Hotel Dieu, na França, na Idade Média, foi um marco fundamental na história dos hospitais. (Id.Ibid).



Hotel Dieu.

Fonte: www.sciencemuseum.com.br

O Hotel do Cairo (hospital), construído em 1283, no período da Idade Média, em terras Islâmicas, possuía enfermarias diferentes para pacientes com lesões, em recuperação, mulheres, doentes da visão, entre outros. O hospital era administrado por um médico com o auxílio de outros profissionais, a equipe de enfermagem, formada por homens e mulheres, assessoravam o atendimento. (INFOESCOLA).



Hotel do Cairo.

Fonte: www.healthtuts.com

Com o progresso da civilização e o desenvolvimento das religiões, principalmente a cristã, este movimento foi tomando corpo até atingir, em curva de ascensão rápida, a culminância dos tempos atuais em que se multiplicam, sob as mais variadas formas, os serviços de assistência social, pública e privada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, p.10).

De acordo com Góes (2011) o primeiro hospital da América foi o Jesus de Nazareno, construído por Fernão Cortez, em 1524, no México.



Hospital Jesus de Nazareno.

Fonte: www.tripadvisor.com.br

3.2 Aspectos Históricos do Hospital no Brasil

Segundo Góes (2011), a assistência hospitalar no Brasil iniciou logo após a descoberta, e nesse período encontrava-se em evolução o sistema criado pela rainha Leonor de Lecantre (1458 – 1525), cujo conceito originou às Santas Casas de Misericórdia. O Brasil foi o segundo país da América do Sul a construir uma edificação destinada exclusivamente a receber enfermos: o hospital da Santa Cruz da Misericórdia de Santos, criado por Braz Cubas em 1543.



Hospital da Santa Cruz de Misericórdia.

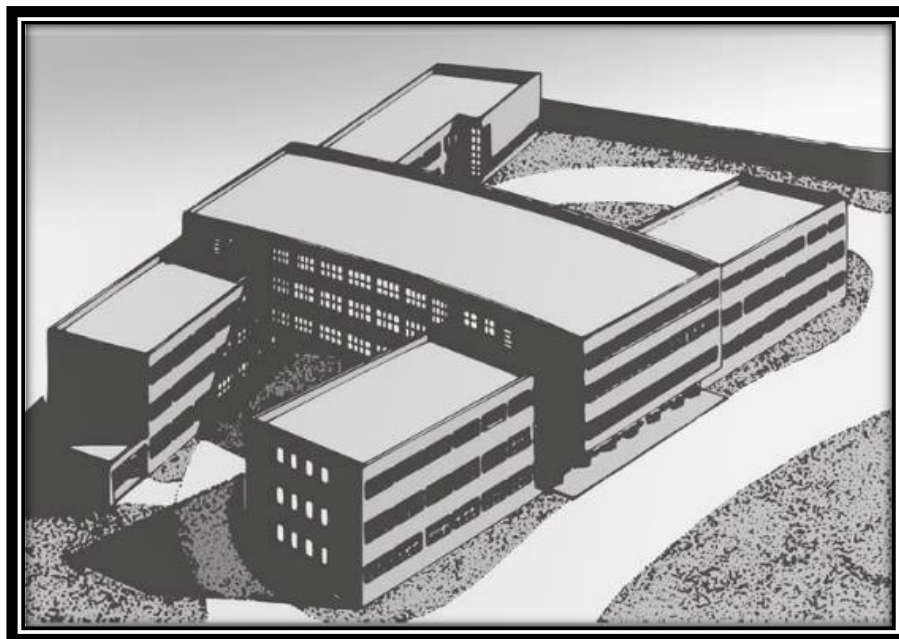
Fonte: www.novomilenio.inf.br

“Alguns anos depois, Olinda, em Pernambuco construiu seu primeiro hospital e antes do fim do século XVI São Paulo criou a sua Santa Casa”. (GÓES, 2011, p.29)

A Santa Casa de Misericórdia de Santos, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, o prédio da Faculdade de Medicina de São Paulo de Ramos de Azevedo e o chamado Movimento do Recife, com DAU (departamento de arquitetura e urbanismo), foram significativas por sua organização e construção, realizada pela equipe do Arquiteto Luís Carlos Nunes.

Em 1934, foi construído o Hospital da Brigada Militar de Recife, inserido no programa de reestruturação da força pública, elemento chave no equilíbrio de forças com o governo central.

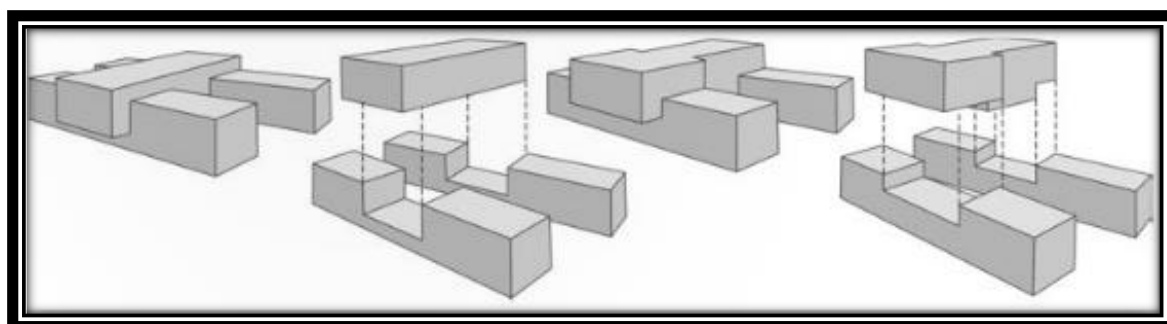
Neste edifício o Arquiteto Luís Nunes adota o partido já chamado na época de "bloco", defendido pelas correntes mais avançadas da medicina, em detrimento do partido em "pavilhões", que tinha como base a ultrapassada teoria dos miasmas. Esse hospital, assim como o da Faculdade de Medicina de São Paulo de Ramos de Azevedo, é o primeiro a incorporar as descobertas da medicina quanto à identificação dos vetores de transmissão de diversas doenças contagiosas. (Id.Ibid p.30)



Hospital da Brigada Militar de Recife – PE 1934

Fonte: Livro Manual prático de Arquitetura Hospitalar. 2ª edição, pág. 31

Sua volumetria é feita por três blocos, dois longitudinais com três andares e um transversal com seis andares, sua estrutura é em concreto armado, arrojadíssimo para a época, calculada por Joaquim Cardoso (pernambucano). Em pleno desempenho até os dias atuais, o hospital surpreende pela funcionalidade.



Concepção de projeto para o Hospital da Brigada Militar de Recife

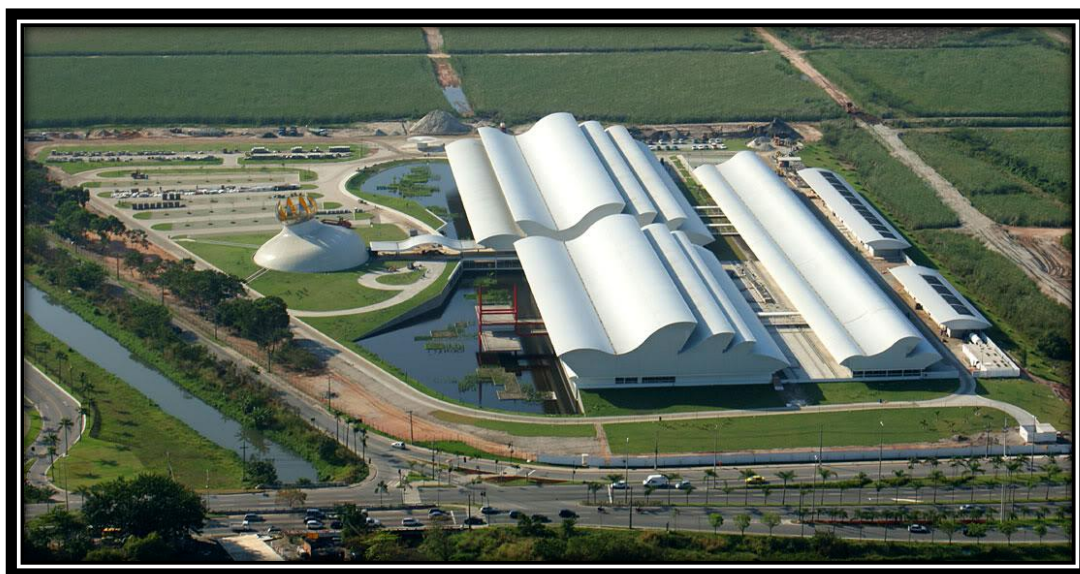
Fonte: Livro Manual prático de Arquitetura Hospitalar. 2ª edição, pág 31

O Hospital Geral de Natal, hoje funcionando como Maternidade Escola da UFRN, foi construído pelo médico Januário Cicco em 1943, com o nome do seu criador. Foi solicitada para ser QG (Quartel General) das tropas aliadas situadas em Natal em função da Segunda Guerra Mundial. (Id.Ibid.p.32)

No ano de 1994, a associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH) foi inaugurada em São Paulo. Todos os profissionais envolvidos com a elaboração e operação do edifício hospitalar faz parte desta associação estruturada em toda área brasileira. (Id. Ibid. p.33)

É indispensável destacar os hospitais da rede Sarah neste trabalho, uma vez que sua arquitetura hospitalar tem intenção de gerar integração entre da prática do tratamento e os espaços expostos, possibilitando ao edifício ajudar no processo de cura dos pacientes. Essa lembrança da parte dos profissionais da arquitetura é importante, pois beneficia os pacientes, e automaticamente se destacam com um trabalho diferenciado. Ademais, a rede de Hospitais Sarah, são exemplos de arquitetura bioclimática, permitindo por meio de sheds e brises, excelentes condições de bem estar térmico, através da ventilação permanente e dos raios solares. Nos projetos dos hospitais da Rede Sarah, está o grande talento do arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé, especialista em projetos hospitalares. (Rede Sarah)

O arquiteto ficou conhecido por soluções estruturais criativas e altamente elaboradas, voltadas ao conforto dos usuários. Os mais de 70 projetos espalhados pelo país renderam a Lelé o grande prêmio Latino-Americano da Bienal de Buenos Aires. (OLIVEIRA,2008)



Hospital Rede Sarah – Rio de Janeiro

Fonte: www.sarah.br

Segundo o Arquiteto João Filgueiras Lima apesar de os projetos hospitalares serem projetados com muito rigor em relação à funcionalidade, a beleza não deve ser dispensada, vista que por ele, ela “alimenta o espírito”. Portanto, deve-se fazer a junção destes dois quesitos: funcionalidade e humanização através da beleza, como descrito abaixo por ele:

[...] Ninguém se cura somente da dor física, tem de curar a dor espiritual também. Acho que os centros de saúde que temos feito provam ser possível existir um hospital mais humano, sem abrir mão da funcionalidade. Passamos a pensar a funcionalidade como uma palavra mais abrangente: é funcional criar ambientes em que o paciente esteja à vontade, que possibilitem sua cura psíquica. Porque a beleza pode não alimentar a barriga, mas alimenta o espírito. (LIMA, 2004, P.50)



Pátio interno do Hospital Rede Sarah

Fonte: www.sarah.br

3.3 Aspectos Históricos do Hospital em Itaperuna

Em Itaperuna, o primeiro hospital, chamado de Ambulatório São José do Avaí, foi concebido, no ano de 1925, por homens ilustres de Itaperuna, preocupados com a saúde pública municipal.



Ambulatório São José Do Avaí

Fonte: www.hsja.com.br

O site do HSJA (Hospital São José do Avaí), relata que nos tempos antigos, com a falta de saneamento básico, postos médicos ou campanhas de prevenção a doenças, os habitantes desse município sofriam com doenças hoje incomuns na região, como a febre tifoide e o tétano. Não havia assistência médica e cirúrgica satisfatória para mulheres e bebês, expondo-os a grandes riscos. Nos momentos de necessidade de atendimento aos doentes, se recorriam aos farmacêuticos ou à sabedoria popular para ajudar na cura. Nesta época, Itaperuna era a imagem do interior do Brasil, que só nesse tempo ganhou programas de educação sanitária, escola de enfermagem e previdência social.

O HSJA mudou-se para a sua própria construção, em 1966, onde está até os dias atuais, construído pelo Governo do Estado, inicialmente, para abrigar o Hospital Regional Miguel Couto. Quando a obra estava quase pronta, o Estado desistiu da mesma doando-a para a Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e Adolescência de Itaperuna, que negociou a troca de sede com a Conferência São José do Avaí.



Hospital São José do Avaí

Fonte: www.hsja.com.br

Consoante com os dados exibidos no site do HSJA, na atualidade, ele realiza cerca de 10 mil atendimentos mensais e emprega diretamente mais de 600 pessoas. E seus profissionais possuem qualificação a nível estadual, nacional e do Ministério da Saúde. Em contraposição do século XX, onde Itaperuna implorava por iniciativas de saúde pública, no século XXI, sem largar de reconhecer que ainda existe bastante a fazer, a cidade ensina procedimentos e exporta conhecimento.

3.4 Evolução Tipológica

Os primeiros edifícios consideravelmente importantes para a arquitetura hospitalar, ocorreu na Grécia e Roma.

Miquelin (1992, P.29) refere que em relação a saúde existiam três tipos de edifícios: os de domínios públicos (destinadas ao tratamento de saúde e aos cuidados de idosos), os privados (as Latréias eram casas dos médicos para tratamento dos pacientes) e religioso (onde encontramos a mais alta configuração do edifício designado à saúde da Antiga Grécia: os templos sagrados a Asclépios, o deus da medicina).

Estes templos seriam as primeiras instalações destinadas ao acolhimento de doentes em procura da cura. O lugar sagrado só podia ter o desígnio de dar ao doente acesso à decisão terapêutica ou prognóstico divino. Encontravam-se fora da cidade, em bosques, e nas proximidades das águas correntes, indispensáveis aos banhos e abluções (purificação pela água). Sua arquitetura tinha centralizado o Templo a Asclépios com uma estátua cercada por um pórtico sagrado guardado aos sacerdotes. Ao lado deparamos com os tanques para as lavagens e eventualmente para banhos de vapor e em volta encontramos o pórtico indicado à incubação, o Enkoimeterion, onde se realizava o ritual do sono, através de compartimentos fechados, normalmente utilizados para consulta, frequentemente aberto para dentro e fechado para o exterior. (MIQUELIN, 1992, p.29).

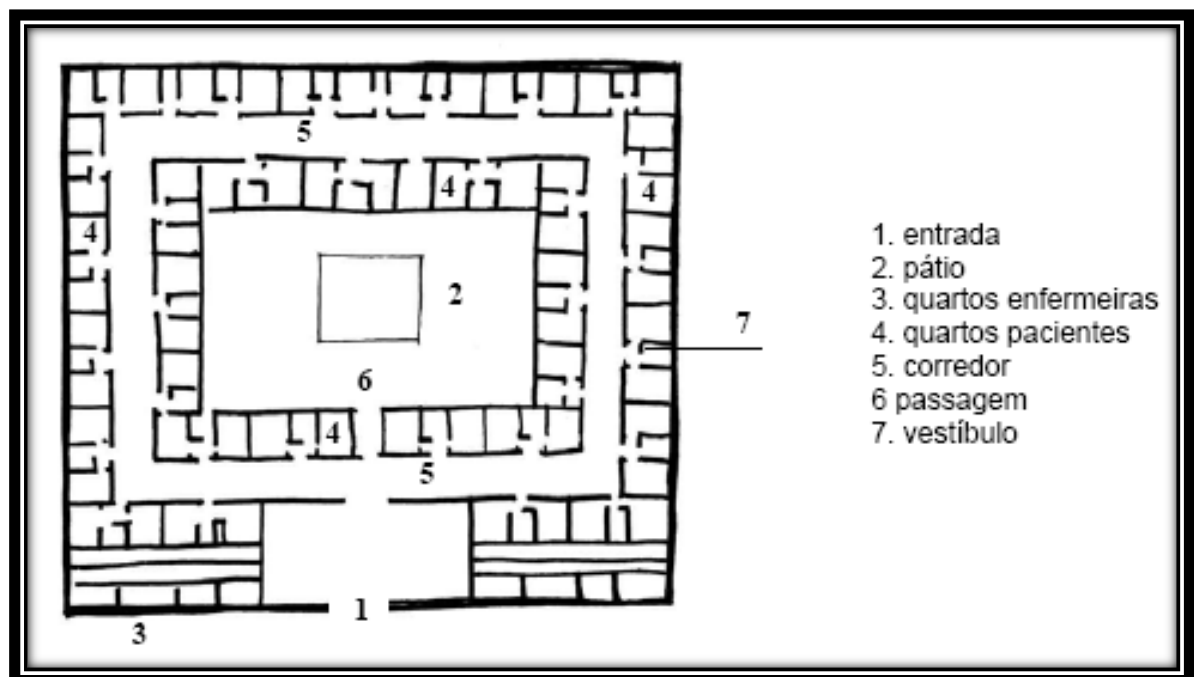


Templo de Asclépios, Grécia, séc. IV a.C. (a) planta (b) corte (c) croqui

Fonte: Miquelin (1992)

As valetudinárias e as termas romanas

Muitos autores consideravam as valetudinárias como os pioneiros do hospital ocidental. O Valetudinarium funcionava como uma espécie de hospital militar de campanha fixado a acolher e tratar doentes e feridos, soldados em geral. Sua localização se dava ao longo das vastas estradas e sempre próxima às linhas de fronteira do império, impedindo portanto de beneficiar o conjunto da população. Como exemplo desta construção temos, o edifício Valetudinarium de Windisch, construído na Suíça e datado do século I d.C. formado por dois blocos concêntricos, arranjado ao redor de um núcleo central de forma quadrada, rodeado por um pátio. O bloco interno era envolvido por um anel de circulação descoberto, que o interligava com o bloco externo. Os quartos dos enfermos localizados em ambos os blocos se voltavam para este anel, os quais comportavam três leitos cada. (MIQUELIN, 1992, *apud* MATOS, 2008).



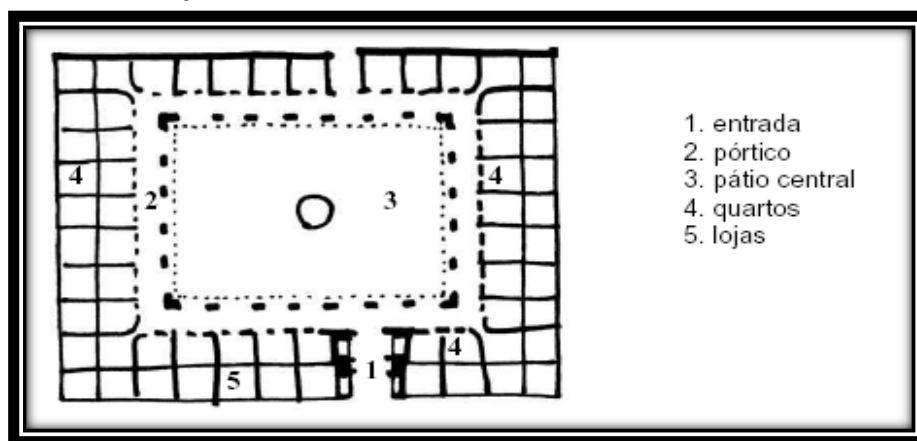
Valetudinarium de Windisch, Suíça, séc. I d.c. planta

Fonte: Miquelin (1992)

Ao analisar pelo aspecto estrutural, vemos nas valetudinárias, pela primeira vez, o arranjo de um sistema de circulações, que demarcou corredores internos e estabeleceu limites entre o espaço público e o privado.

O modelo hospitalar do Império Bizantino

Construído em Tessalonica, no século VI o Xenodochium Bizantino se destinava primordialmente ao abrigo de estrangeiros. A construção adquiriu uma forma parecida à da valetudinária romana, expondo um pátio central - onde se voltavam os quartos, envolvidos de pórticos que apresentavam uma circulação principal. Em volta dos quartos arranjavam-se lojas, voltadas para o exterior da construção. Neste tempo, já havia a preocupação em separar pacientes homens de pacientes mulheres. (MIQUELIN, 1992)



XENODOCHIUM Bizantino, séc. VI d.c. planta

Fonte: Miquelin (1992)

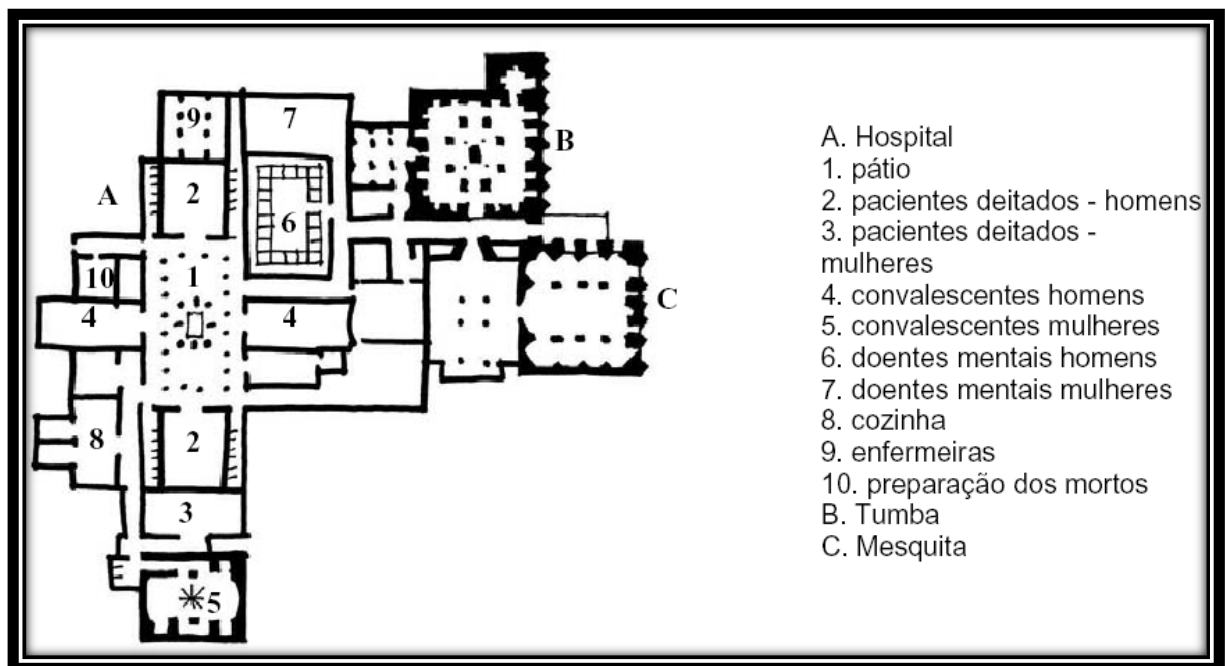
O BIMARISTAN islâmico

Segundo Miquelin (1992), "a hospitalidade islâmica, preceito do Corão, é um conceito semelhante ao ideal cristão que, por sua vez, é herança da hospitalidade tradicional dos povos nômades: dar abrigo aos peregrinos, viajantes e eventualmente, cuidar da saúde dos enfermos".

Ao modelo hospitalar islâmico chamou-se BIMARISTAN (*bimar* = pessoa enferma, e *stan* = casa). Os princípios organizacionais dos BIMARISTANS islâmicos estão presentes no BIMARISTAN de QALAWUN, construído no Cairo em 1284. Conforme descrição de (MIQUELIN, 1992), o conjunto é composto por uma mesquita, uma escola de teologia, pelo hospital propriamente dito e pela tumba de QALAWUN (fundador do conjunto). O edifício do hospital articula-se em torno de um pátio de distribuição. A água percorre todo o conjunto, surgindo como um elemento de melhoria do conforto térmico e da higiene, assim como os numerosos sanitários, que servem também aos compartimentos dos enfermos. Inserem-se as funções "logísticas" de cozinha, dispensário de medicamentos à base de ervas medicinais - origem da "farmácia" -, áreas de enfermagem e necrotério. (MIQUELIN, 1992, *apud* MATOS, 2008).

Os pacientes recebiam os atendimentos necessários de uma equipe formada por um diretor médico, um cirurgião e um farmacêutico, sendo separados os homens das mulheres e de acordo com o estado de saúde, separando os “acamados”, os “deambulantes” e os “alienados”. Além da observância em separar os pacientes pelo estado de saúde, se realizava também a reserva de áreas para os pacientes citados “agitados” ou “alienados” - termos que mais pra frente foram reutilizados nos séculos XIX e XX para os doentes mentais nos asilos.

Houve certa preocupação com a higiene e salubridade, fazendo com que os muçulmanos estabelecessem estratégias para a distribuição da água e ventilação dos compartimentos. Isso, resgatado num futuro de quase dois séculos depois, demonstrou uma grande clareza funcional, antecipando as ideias do Renascimento. (MIQUELIN, 1992, *apud* MATOS, 2008).



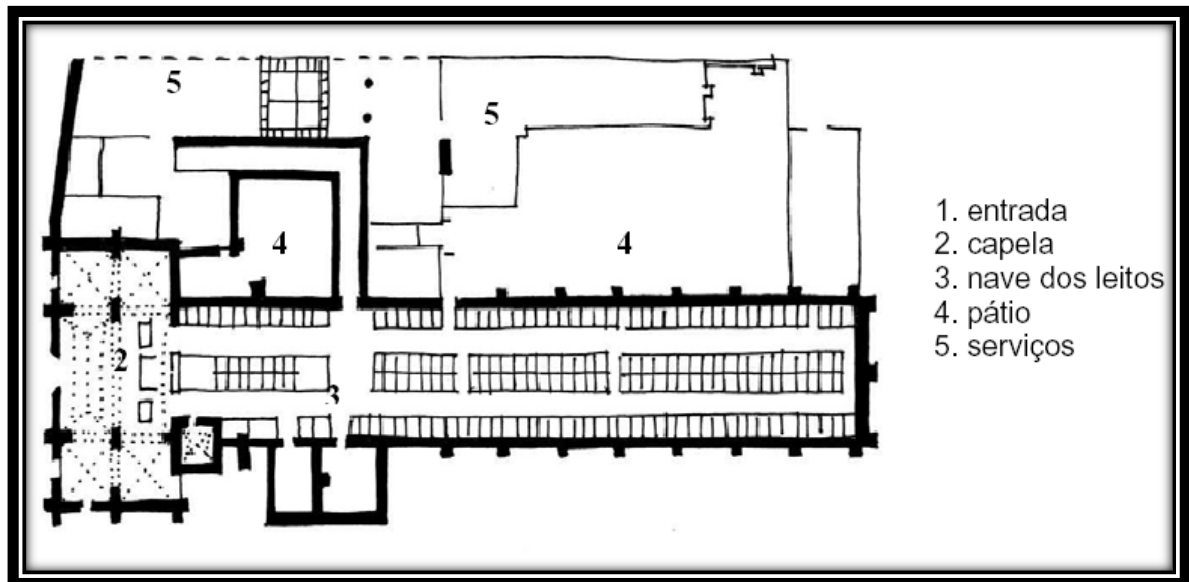
Bimaristan de Qalawun, Cairo, séc. XIII (planta)

Fonte: Miquelin (1992).

Os hospitais medievais

Entre os séculos X e XII, até a chegada do Renascimento, considerado essencial para o conhecimento médico e assistencial, onde colaborou para o crescimento do tratamento e na arquitetura hospitalar, dando início a estrutura principal do hospital medieval, a nave, forma principal da arquitetura religiosa, constituindo os primeiros hospitais cristãos com naves em abóbodas, similar às catedrais. Com os vãos mais amplos, há uma evolução no sistema de iluminação e ventilação dos edifícios. (MIQUELIN, 1992)

Como exemplo significativo da arquitetura medieval ocidental, temos o Hospital do Santo Espírito de Lubeck, construído em 1286. A área da nave acolhe quatro fileiras de leitos, iluminadas através de aberturas na parte superior das paredes laterais, com um altar posicionado em uma das extremidades.



Hospital Santo Espírito de Lubeck, 1286 (planta)

Fonte: Miquelin (1992).

A Idade Moderna

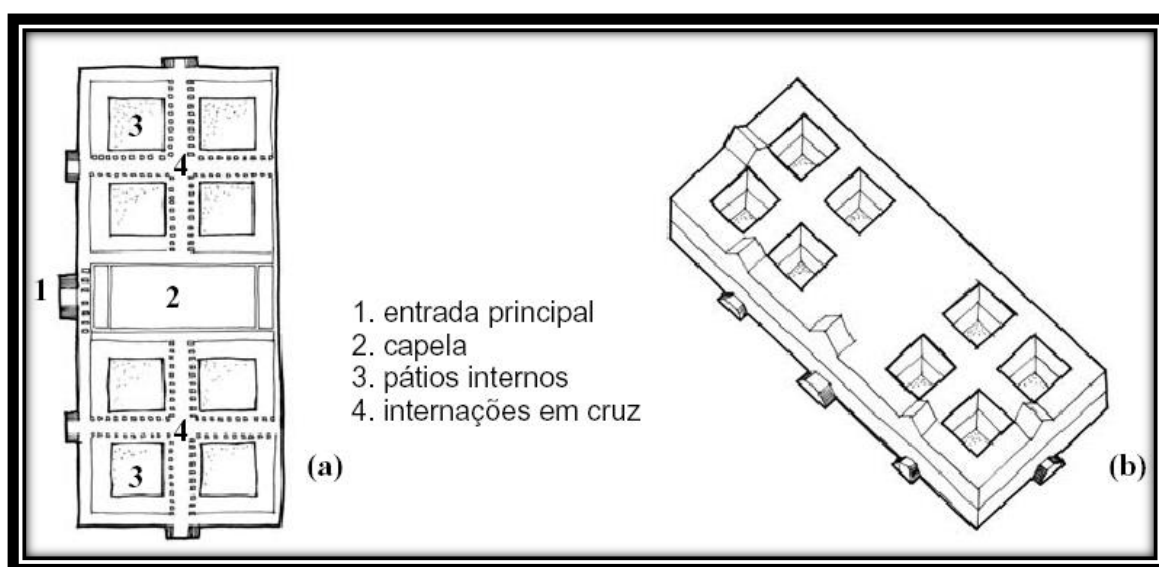
Os hospitais-cruz do Renascimento

Uma excelente demonstração da arquitetura renascentista na saúde é o Ospedale Maggiore de Milão, construído em 1456 por Antonio Filarete. Conforme refere Miquelin, (1992), o conhecido esquema do hospital-cruz de Filarete têm os elementos básicos das construções hospitalares dos próximos quatro séculos: pátios, pórticos, galerias e corredores, acomodações lineares organizadas num plano cruciforme e simetria do conjunto com o principal eixo de entrada transpondo a capela.

O edifício é dividido em três partes: dois grandes quadriláteros separados por um pátio retangular. Os quadriláteros foram divididos por um edifício em cruz, formando quatro pátios internos. Ressalta as soluções extremamente refinadas que testemunham a preocupação com aspectos de salubridade e saneamento do edifício. A cada dois leitos, uma escada dá acesso aos locais de banho, localizados no subsolo. Há áreas para lavagem de roupas sob os alojamentos, cabines sanitárias junto aos leitos e um sistema de esgotamento dos efluentes para as fossas. O

sistema de esgoto dispõe de um engenhoso dispositivo de autolimpeza que aproveita a pressão e o volume das águas pluviais, representando um considerável avanço em relação à estratégia medieval - implantação do edifício hospitalar sobre um rio ou curso d'água -, que causava insalubridade e permanente umidade. (MIQUELIN, 1992, *apud* MATOS, 2008).

É importante destacar que além do desenvolvimento considerável do ponto de vista sanitário, foi a primeira vez que surgiu na literatura a configuração de um "sistema de instalações" que, embora primário, envolveu dispositivos e técnicas de engenharia adiantadas para a época.



Ospedale Maggiore, Milão, 1456. (a)planta, (b) croqui.
Fonte: Miquelin (1992).

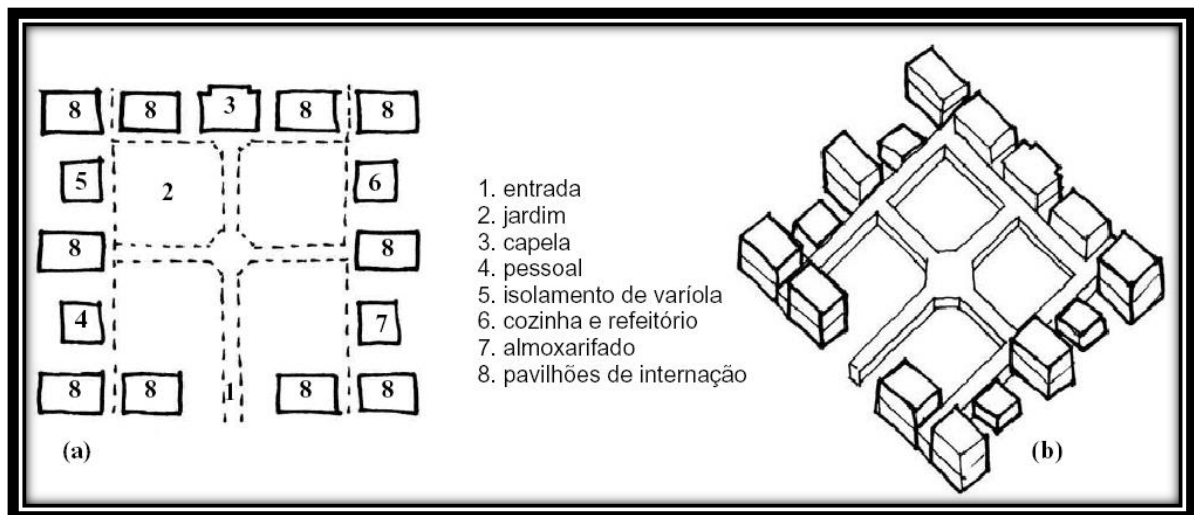
Idade Contemporânea

Os hospitais Pavilhonares da Era Industrial

Neste período evidencia-se o Royal Naval Hospital, em Plymouth, na Inglaterra, como o pioneiro exemplar da morfologia pavilhonar. Apesar de sua construção não ser na Idade Contemporânea, a construção deste hospital (1756 e 1764), é como o Ospedale Maggiore de Milão no Renascimento, um elo relevante para o avanço do design dos edifícios relacionados à saúde, iniciando o período industrial dos hospitais.

Cada pavilhão possui seis compartimentos para vinte leitos, que apresentam níveis adequados de ventilação e iluminação naturais, favorecidos pela própria forma dos edifícios e do hospital como um todo. Intercalados com os pavilhões de internação, há quatro pavilhões térreos que abrigam serviços de apoio, cozinha, administração e um isolamento

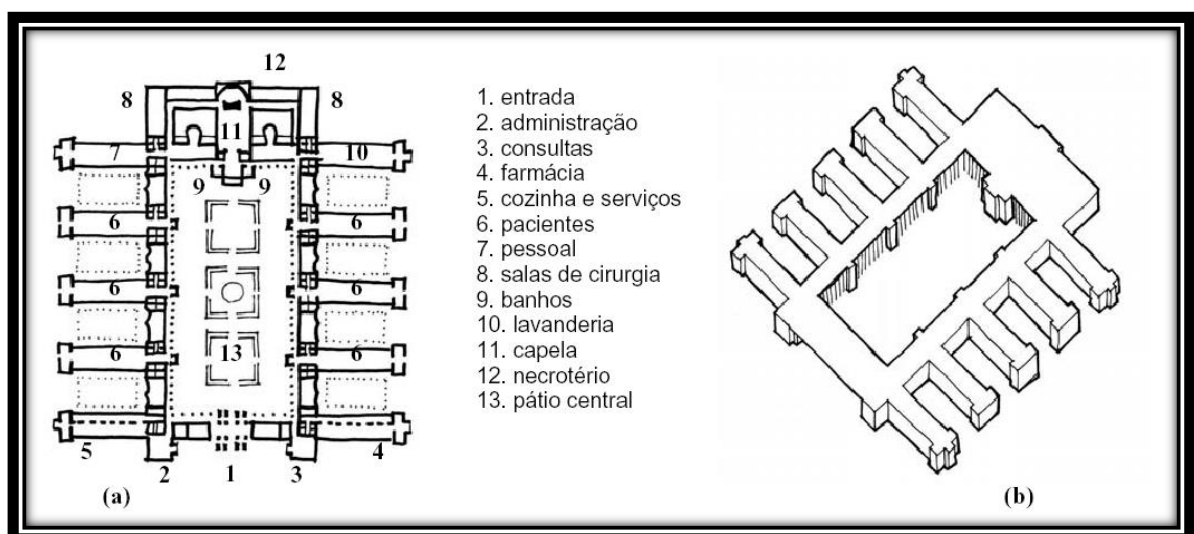
para pacientes com doenças infecto contagiosas. O planejamento do edifício resgata princípios abordados anteriormente na arquitetura islâmica, exemplificada pelo Bimaristan De Qalawun. Agora, pela primeira vez na Europa Ocidental, o Royal Naval Hospital estabelece um layout ordenado dos elementos da construção, com separações funcionais e um claro padrão de circulação. (MIQUELIN, 1992, *apud* MATOS, 2008).



Royal Naval Hospital, Inglaterra, 1756-1764. (a) planta; (b) croqui

Fonte: Miquelin (1992).

De acordo com Miquelin (1992), o edifício configura-se a partir de dois grupos de 5 pavilhões paralelos, intercalados por áreas de jardins, ligados por uma circulação 'galeria' que contorna um pátio interno. Os pavilhões têm a forma de um "L", ligando-se pela haste menor à circulação principal.

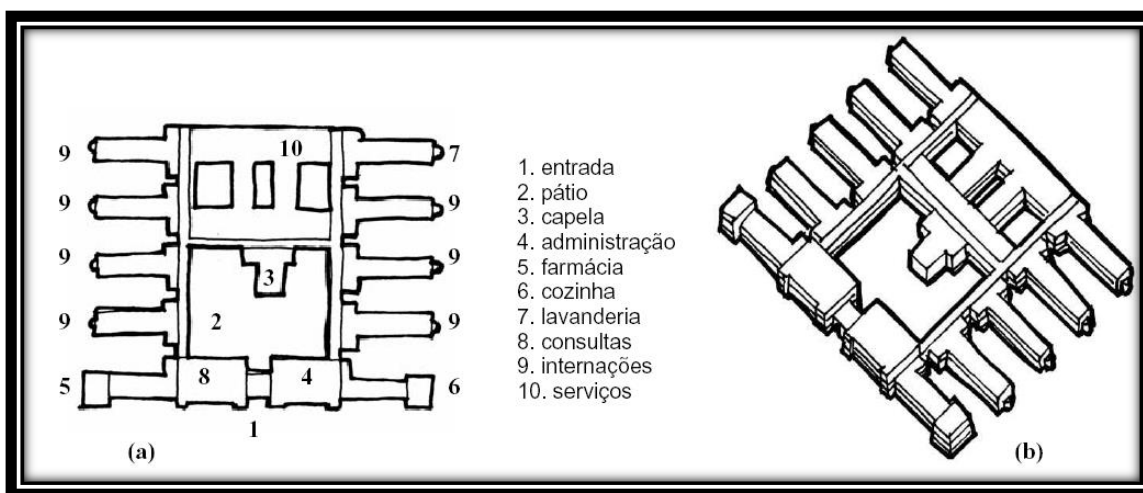


Hospital Lariboisiere, Paris, 1846-1854. (a) planta; (b) croqui

Fonte: Miquelin (1992).

A concepção de planejamento hospitalar, do Hospital Lariboisière de Paris, influenciou decididamente o edifício da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, projetado pelo engenheiro italiano Luis Pucci.

Mesmo sem expressar inovações técnicas, a Santa Casa é significativamente pioneira na arquitetura hospitalar no Brasil, acompanhando a evolução da arquitetura hospitalar no mundo.



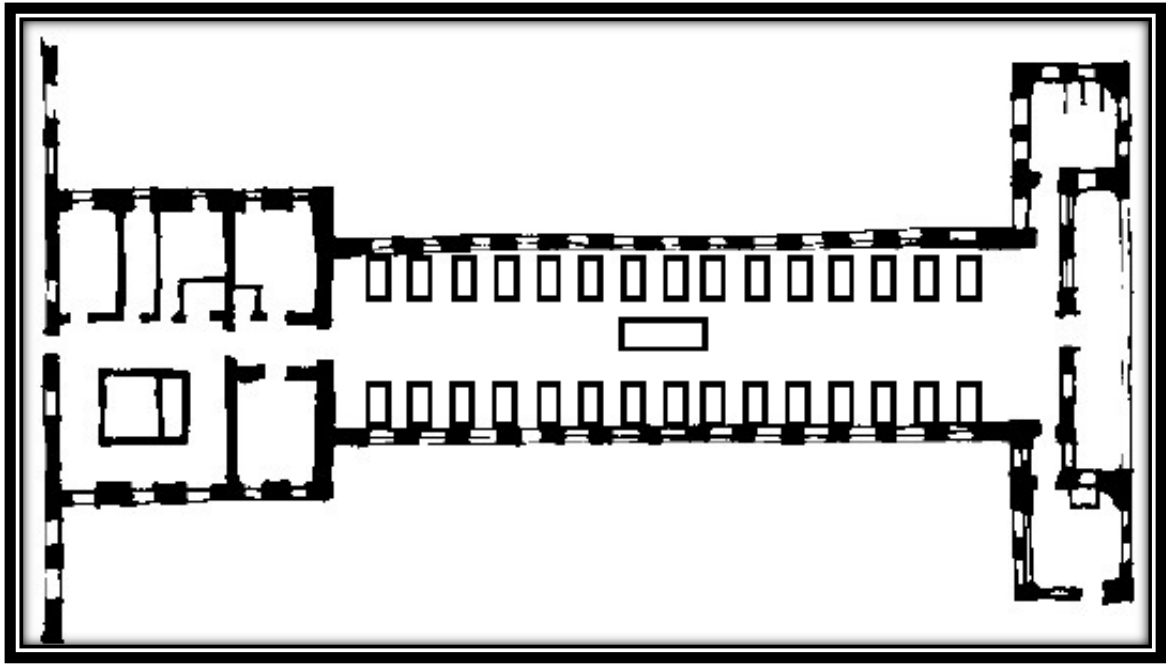
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1884. (a) planta; (b) croqui

Fonte: Miquelin (1992).

A enfermaria Nightingale

Com este padrão de enfermaria, se encontra um salão comprido e estreito, com leitos organizados de forma perpendicular às paredes, com janelas e pé direito altos, proporcionando a ventilação cruzada e uma iluminação natural. Nas extremidades se encontravam, os sanitários e entre o salão e o corredor ficavam os espaços de isolamento dos pacientes em fase terminal, sala da enfermeira chefe, depósito e copa. Na área central do salão se localizava a lareira e um posto de enfermagem.

A enfermaria Nightingale, numa estrutura pavilhonar, era dividida em cirurgia, internação, diagnósticos, consultórios ambulatoriais, administração e serviços de apoio, implantados em edifícios peculiares a cada função. Este formato de arquitetura hospitalar se propagou mundialmente. (MIQUELIN, 1992, *apud* MATOS, 2008).



Enfermaria Nightingale, 1857

Fonte: Miquelin (1992).

Edifícios hospitalares do início do Século XX

Monoblocos verticais

Miquelin (1992), destaca que o domínio tecnológico da estrutura metálica e o desenvolvimento do concreto armado, desde o final do século XIX, e ainda a introdução do transporte vertical mecanizado, trouxeram a possibilidade de soluções verticais e, portanto, mais compactas para os edifícios hospitalares.

Conforme afirma Miquelin (1992, *apud* MATOS, 2008), no período compreendido entre as duas grandes guerras, o hospital monobloco vertical nada mais era do que um empilhamento de enfermarias Nightingale, com um elevador ligando todos os andares. A enfermaria padrão Nightingale é que determinava a anatomia geral de todas as demais unidades, que passaram a ter seus layouts limitados por aquele envelope formal concebido para a internação. A organização típica de um monobloco vertical da década de 20 distribuía as funções hospitalares em quatro setores básicos: no subsolo localizavam-se os setores de apoio – lavanderia, cozinha etc.-, ainda fragilmente organizados; no térreo localizavam-se os consultórios médicos e os serviços administrativos; no primeiro andar, havia o laboratório e as áreas de eletromedicina ou raios X; nos pavimentos intermediários ficavam as áreas de internação e, no último pavimento, o Bloco Operatório. O sótão era usualmente ocupado pelos residentes médicos e de enfermagem.

4. ASPECTOS HISTÓRICOS DA REABILITAÇÃO

4.1 Aspectos Históricos da Reabilitação no Mundo

Souza; Mancussi e Faro, (2011), em seu trabalho História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura, disserta com muita propriedade sobre os aspectos históricos de reabilitação no mundo e no Brasil. Em sua revisão bibliográfica, argumentando a percepção de tratamentos diferenciados que as pessoas com deficiência motoras, mentais, sensoriais ou de natureza congênita receberam. Essas pessoas eram abandonadas pelos homens primitivos que achavam que somente “pessoas perfeitas” deveriam continuar a viver.

“Galeno, um médico romano que viveu aproximadamente entre 130 à 200 d.C., descreveu pela primeira vez na História a relação entre os ossos e os músculos do corpo, essa contribuição está diretamente relacionada com a reabilitação física.” (SOUZA; MANCUSSI E FARO, 2011).

Entre os séculos XV e XVI, período conhecido como Renascimento, Mercurialis declara a importância da ginástica médica como princípios fundamentais para se manter um estado saudável de saúde, através da prática regular dos exercícios, minimizando o sedentarismo, e favorecendo aos doentes um auxílio no tratamento. (Id. Ibid).

No período da Revolução Industrial, entre os séculos XVIII e XIX, na Inglaterra, teve um grande aumento do número de acidentados de trabalho, devido à elevação da utilização de máquinas nessa época.

Neste período além do cuidado com o corpo e tratamento, tinha-se a preocupação de manter normal o organismo saudável.

“Don Francisco Y Ondeano Amorós em 1849, divide a ginástica em quatro pontos, onde o terceiro era a Cinesioterapia, que tinha como princípio, manutenção da saúde forte, tratamento das enfermidades, reeducação dos convalescentes e correção de deformidades.” (Id. Ibid).

Estes princípios alcançam além da cura, a “promoção da saúde” (conhecidos assim nos dias atuais).

A medicina teve a necessidade de desenvolver novos estudos devido ao aparecimento e multiplicação de novas doenças, causadas pelas exaustivas horas de trabalho e condições de alimentação e higiene impróprias. Ela evoluiu para o atendimento do doente com a visão do atendimento hospitalar (medicina curativa e recuperativa).

Nos séculos XIX e XX, inicia-se o aparecimento das especializações, mais direcionada a áreas de estudo e atuação dos profissionais, com tendências de técnicas diretas para a reabilitação do doente e conseqüentemente o retorno às suas atividades dentro da sociedade. Assim os hospitais eram levados a trazer a cura visando apenas o trauma ou o distúrbio que levou o paciente a procura do médico, ficando uma lacuna no sentido de restaurar a saúde do homem de uma forma geral. Por isso apareceu a necessidade de criar a quarta função da medicina, a reabilitação, após a promoção, a prevenção e o tratamento.

“Em 1938, um desejo de estabelecer normas e requisitos para prática de medicina de reabilitação, deu origem a Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. Essa mesma academia, em 1948, cria a Câmara Americana de Medicina Física e Reabilitação”. (Id. Ibid).

Sabe-se que a História da Reabilitação está intimamente ligada ao crescimento de uma consciência e responsabilidade social e que o interesse mundial por essa especialidade ocorreu principalmente por quatro acontecimentos históricos: as duas grandes Guerras Mundiais, o processo acelerado de urbanização e industrialização, o favorecimento da propagação de epidemias e o aumento de acidentes de trabalho. (SOUZA; MANCUSSI E FARO, 2011).

Com o grande número de acidentados e incapacitados físicos que retornaram das duas Guerras Mundiais, em sua maioria jovens e com perspectiva de um futuro ainda a ser vivido, houve a necessidade de restabelecer as aptidões individuais e sociais destes jovens.

Anterior aos períodos das Guerras, já havia na Holanda a Associação de Fisioterapia e Sociedade de Fisioterapeutas Médicos. No entanto, o Militar Centro de Reabilitação criado no final da Segunda Guerra Mundial, em 1944, foi o pioneiro Centro de Reabilitação, com o objetivo de cuidar dos feridos da Guerra.

Nos EUA eleito a presidente, Franklyn Delano Roosevelt, paraplégico por poliomielite, mostrou ao mundo a importância da reabilitação para pessoas com deficiência.

Na década de 50, na Grã-Bretanha, cria-se quinze Centros de Reabilitação Industrial pelo governo, destinado a recuperação de deficientes, trabalhadores das indústrias, retornando em sua maioria, ao mercado de trabalho.

“A década de 1970 a 1980 foi considerada a década da reabilitação, decretada na Assembleia Geral das Nações Unidas. Foi também na década de 80 que se percebeu que a tecnologia poderia servir o homem não somente na fase curativa e preventiva, mas também na terceira fase da medicina a reabilitação”. (Id. Ibid).

“Entre as décadas de 80 e 90 foi utilizada em muitos países a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades de Desvantagens (CIDID), desenvolvida em 1976, que após, deu origem a CIF- Classificação Internacional de Deficiências, traduzida para o português em 2003, trata de uma linguagem universal, a funcionalidade”. (Id. Ibid).

4.2 Aspectos Históricos da Reabilitação no Brasil

Muitos fatores importantes precederam a Reabilitação no Brasil.

Complementando sobre o assunto abordado, Souza; Mancussi e Faro, (2011), mostra que no final do século XIX, o Imperador Dom Pedro II, enviou à França um médico, devido a sua preocupação com o problema dos cegos para que este através de estudos realizados trouxesse ao nosso país informações à cerca desta deficiência. Surge então o Instituto Benjamin Constant no Rio de Janeiro, assistindo estes pacientes, para que estes pudessem desenvolver suas atividades, ocorrendo até os dias atuais.

Os avanços da medicina europeia, ocorridos no século XIX manifestado também pela eletroterapia e hidroterapia, motivou no Brasil uma tentativa de acompanhar essas inovações. Com isso, entre 1879 e 1883 surge no Rio de Janeiro, o primeiro gabinete de Eletroterapia, localizado na América do Sul.

No Rio de Janeiro, foi criada, a cátedra de Fisioterapia Médica, na Faculdade de Ciências Médicas, considerada como pioneira, a escola de medicina no Brasil a ensinar Fisioterapia aos seus estudantes.

Com o término da Segunda Guerra Mundial, ocorre nos Estados Unidos e na Europa um movimento para organização de Centros de Reabilitação, com o objetivo de reabilitar soldados que sofreram algum tipo de lesão física durante as batalhas. Em consequência, muitos médicos vão para os Estados Unidos e Europa, para obter conhecimento sobre essa nova área, até então pouco difundida em nosso país. É nesse período que o desenvolvimento dos centros de reabilitação cresce no Brasil e no Mundo.

“Em 1943, o Governo Federal se manifesta pela primeira vez sobre a causa de pessoas portadoras de doenças do aparelho locomotor e em junho desse mesmo ano foi criada e aprovada a portaria 359 pelo Ministério da Educação e Saúde, da época, nomeando a Comissão de Assistência aos Mutilados”. (Id. Ibid).

Pelo decreto de lei 5895 de 1943, ficou o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) autorizado a empregar indivíduos com suas capacidades limitadas.

Foi em 1947 que o primeiro Serviço de Medicina Física e Reabilitação, no Rio de Janeiro, inicia suas atividades para execução de programas de reabilitação médica.

Em 1946, Maria Hecilda Campos Salgados, após cuidar de três crianças portadoras de deficiência em um abrigo, funda o Lar Escola São Francisco, com o objetivo de atender crianças portadoras de deficiências. Em 1991, para otimizar a área disponível, foi firmado um convênio com a Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo.

A literatura mostra que a primeira clínica a receber o nome de Centro de Reabilitação no Brasil, foi o Centro Piloto de Reabilitação do SESI-Serviço Social da Indústria, criado em agosto de 1950, na cidade de São Paulo, mas já naquela ocasião existiam registros da Associação de Assistência à Criança Defeituosa, que hoje passa a ser chamada Associação de Assistência à Criança Deficiente-AACD, de caráter filantrópico, destinada a tratar crianças portadoras de sequelas da poliomielite, paralisia cerebral ou defeitos congênitos. (SOUZA; MANCUSSI E FARO, 2011).

No ano de 1950, a ONU (Organização das Nações Unidas) iniciou a realização de uma das suas metas mais importantes, a implantação de um Instituto de Reabilitação em um país da América Latina. Escolhendo a cidade de São Paulo para instalação deste Instituto, por ser na época uma cidade com grande demanda de pessoas que necessitavam de reabilitação, pois possuía 29.000 fábricas e 840.000 operários, além do Hospital das Clínicas, um hospital escola, com foco na pesquisa, ensino e treinamento de seus profissionais.

A maior epidemia de poliomielite do Rio de Janeiro, registrada no ano de 1953, fez com que em 1954, um grupo da sociedade carioca se empenhasse em criar o primeiro centro de reabilitação, destinada ao atendimento de menores e adultos portadores de deficiência física, com objetivo de implantar e desenvolver a reabilitação em sua prática, de um modo integrado, dentro de um moderno conceito definido pela Organização Mundial da Saúde como: aplicação de medidas médicas, sociais, educativas e profissionais, assim a Associação Beneficente de Reabilitação inicia suas atividades. (SOUZA; MANCUSSI E FARO, 2011).

Após dois anos, essa mesma instituição, cria a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, com o propósito de formar profissionais de nível superior capacitados para atender essa demanda de pacientes.

Foi também em 1954 que se fundou a Sociedade Brasileira de Fisioterapia que em 1959, passa a ser designada Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação.

Em 1958, foi construído um Centro de Reabilitação, na cidade de Salvador, Bahia, de origem particular. Concomitante, surgem em Minas Gerais e Pernambuco, núcleos de reabilitação.

Apenas em 1956 foi então criado o Instituto Nacional de Reabilitação- INAR, já pensada desde 1950. Recebeu a colaboração da ONU e da Organização Mundial da Saúde (OMS), destinava-se essencialmente a ser um centro piloto de treinamento, formação de especialista e também com

finalidade assistencial. Em 1958 o INAR teve sua denominação alterada para Instituto de Reabilitação (IR).

Das nações na América do Sul na década de 60, apenas o Brasil, possuía um Centro de Reabilitação integral, possuindo os elementos humanos principais que constitui uma equipe de reabilitação integral e com possibilidade de atender todos os tipos de incapacitados físicos, independente do sexo e da idade.

Em novembro de 1959, o Instituto de Reabilitação organizou o primeiro Seminário sobre reabilitação no Brasil. Também em 1959, no Rio de Janeiro, surge o Instituto de Reeducação Motora, primeiro centro dedicado à prevenção da paralisia cerebral e ao tratamento de crianças de alto risco.

O serviço público de reabilitação, chamado Sarah Kubitscheck, pertencente à Fundação das Pioneiras Sociais, foi criado em 1961, em Brasília, DF. Hoje este Centro Nacional tem serviços instalados em diversos Estados do Brasil.

No ano de 1970 que é inaugurada a Divisão de Reabilitação Profissional do Vergueiro, DRPV, pertencente ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1993, passa-se a chamar Divisão de Medicina de Reabilitação e mais recentemente em janeiro de 2009 Instituto de Medicina Física e Reabilitação-IMREA, incluindo a Rede Lucy Montouro.

A maior parte das Instituições destinadas a reabilitar, são criadas por iniciativas particulares.

A Fisiatria como especialidade médica, só foi reconhecida pela Associação Médica Brasileira em 1972, onde os títulos de especialista passaram a serem fornecidos pela Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação.

Todos esses fatos históricos determinam o cenário atual da reabilitação no Brasil, onde figuram diferentes instituições com diferentes modelos assistenciais.

5. MODELO CONTEMPORÂNEO DA REABILITAÇÃO FÍSICA

De acordo com o trabalho desenvolvido em março de 2012 pelo professor Ernani Simplício Machado em sua tese de Doutorado, "Relações entre ambientes externos e internos em centros de reabilitação motora: um estudo na associação de assistência à criança deficiente de Nova Iguaçu-RJ", um centro de reabilitação contemporâneo é composto pelas seguintes especializações:

Fonoaudiologia: É a ciência que tem como objeto de estudo a linguagem. O Fonoaudiólogo atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiologia na área da comunicação oral e escrita, voz e audição. Realiza exames áudio métricos, sendo o profissional especializado na audição e na reabilitação de voz. A fonoaudiologia aborda os distúrbios da fala, da voz, da audição e da linguagem, tratando problemas como a dislexia (dificuldade em ler), afasia (dificuldade de compreensão), rouquidão etc.

Fisioterapia: É a área que realiza o tratamento das doenças por agentes físicos, prepara os pacientes sob o ponto de vista músculo- respiratório para procedimentos cirúrgicos e atua através de exercícios, calor e técnicas, restaurando as funções osteomusculares. A fisioterapia tem como objetivo curar, minimizar, reintegrar o paciente à sociedade e principalmente prevenir as mais variadas doenças.

Ortopedia: É a especialidade direcionada para diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção de lesões e doenças do sistema muscular e ósseo, agindo nas articulações, ligamentos, tendões, músculos, nervos e ossos. No princípio a ortopedia era voltada pra o cuidado de crianças com deformidades na coluna e membros, agora ela atende a todas as idades.

Neurologia: É a especialidade médica que estuda o sistema nervoso e suas doenças. Entre as principais doenças abordadas pela neurologia podem-se citar: cefaleia, distúrbio do sono, doenças infecciosas cerebrais, epilepsia, acidente vascular cerebral, neuropatias periféricas, mielopatias, traumatismos cerebrais e doenças neurodegenerativas como a doença de Parkinson e Alzheimer.

Terapia Ocupacional: É um campo de conhecimento e intervenção na saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas às problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou

sociais), apresentem temporária ou definitivamente, dificuldades na inserção e participação na vida social.

Psicologia: É uma ciência que estuda o comportamento humano.

Assistência Social: É um setor de grande importância em um hospital e/ou centro de reabilitação, pois cabe ao profissional à frente dele dar o suporte/monitoramento da entrada do paciente e sua família no âmbito hospitalar. É uma missão crítica, já que algumas vezes os familiares chegam com o comportamento alterado, causando problemas à instituição, sendo papel do assistente social, apaziguá-los.

6. CONCEITOS

Para melhor compreensão da proposta deste trabalho, serão expostos alguns conceitos importantes:

Reabilitação: Tem como descrição “o ato ou efeito de reabilitar. Recuperação ou restauração (parcial ou completo) da forma, função ou capacidade normal após trauma ou doença,” como descrito no dicionário Aurélio (FERREIRA, 2011, p.641, 8ª edição).

Reabilitação Motora: Segundo o dicionário Aurélio (2011), Motor é algo “que faz mover, que causa movimento; que impulsiona.” Logo, a reabilitação motora consiste da restauração ou recuperação do sistema motor do corpo humano, uma vez prejudicado por algum estímulo, que provocou a perda ou incapacidade das funções de movimentação do corpo humano.

Fisioterapia: “É uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.” (COFFITO, 2014)

Cinesioterapia: A Cinesioterapia definida etimologicamente como a arte de curar, utilizando todas as técnicas do movimento. Licht (1965) definiu exercício terapêutico como “movimento do corpo ou das partes corporais para alívio de sintomas ou melhorar a função”. (Revista Pilates, 2012)

7. REFERÊNCIAS PROJETOAIS

Instituto Municipal de Reabilitação (IMRVL)



Fachada Principal

Fonte: Revista Projeto Design-307. Setembro 2005.

Ficha Técnica:

Obra Instituto Municipal de Reabilitação

Local: Buenos Aires - Argentina

Arquiteto: Cláudio Vekstein e Marta Tello

Ano do Projeto: 2004

Segundo a Revista Projeto Design (2005), O IMRVL (Instituto Municipal de Reabilitação), projetado por Claudio Vekstein e Marta Tello para a prefeitura de Vicente López, na cidade de Buenos Aires (1965), é uma obra inovatória, com a presença de rampas suaves, desenho irregular, tela perfurada de concreto que é ao mesmo tempo brise e marca visual, constituindo uma exceção no panorama atual da arquitetura argentina.



Vista do Pátio Central e rampas para deficientes físicos.

FONTE: Revista Projeto Design-307, Setembro 2005.

Vekstein atingiu uma solução arquitetônica complexa e densa de significações simbólicas e metafóricas, em contradição com os esquemas minimalistas ou a tradicional organização cartesiana de formas e espaços, inspirando-se na criação de uma forte imagem urbana, que permitisse um espaço diário geralmente negado aos pacientes com dificuldades motoras.

Vekstein enfatiza questão do controle lumínico dos vários ambientes, desenhando janelas com formas livres e variadas, favorecendo as idades e o tratamento.



Vista lateral do prédio.

FONTE: Revista Projeto Design-307, Setembro 2005.

A originalidade criativa do prédio acabou por convertê-lo em ícone da prefeitura de Vicente López e resgatou, esteticamente, a dignidade esquecida dos deficientes físicos argentinos. (Revista Projeto Design, 2005).

Hospital de Reabilitação Sarah Kubitschek em Fortaleza



Edifício do Hospital de Reabilitação Sarah

Fonte: <http://www.sarah.br>

Ficha Técnica:

Obra: Hospital de Reabilitação Sarah Kubitschek

Local: Fortaleza - CE

Arquiteto: João Filgueiras Lima

Ano do Projeto: 2001

No Brasil, talvez o próprio culto hedonista ao corpo tenha valorizado o cuidado e a recuperação de sua integralidade física, gerando a difusão de hospitais especializados no tratamento de problemas motores. A criação, nos anos 1980, da Rede Sarah, iniciada em Brasília e com ramificações pelo país - Rio de Janeiro, Salvador, Curitiba e São Luís, foi caracterizada por uma arquitetura com desenho de alta qualidade, desenvolvida por João Filgueiras Lima (Lelé), com um sistema de estrutura metálica e painéis de argamassa armada. O partido arquitetônico, definido por leveza estrutural, continuidade espacial e adaptação à mobilidade dos pacientes, criou um ambiente alegre, colorido e integrado à natureza, adequado às necessidades psicológicas que acompanham as dificuldades físicas dos usuários. (Revista Projeto Design, 2005).

De acordo com informações fornecidas pelo site www.sarah.br, a Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação é constituída por nove unidades hospitalares localizadas em Brasília (DF), com um hospital e um Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação, Salvador (BA), São Luís (MA), Belo Horizonte (MG), Fortaleza (CE) e Rio de Janeiro (RJ), Macapá (AP) e Belém (PA).

Os hospitais da Rede Sarah caracterizam-se por uma cuidadosa integração de sua concepção arquitetônica aos princípios de organização do trabalho e aos diferentes programas de reabilitação, definidos conforme os indicadores epidemiológicos da região em que cada unidade está inserida. Dessa integração resultam, por exemplo, os amplos espaços dos hospitais SARA, com seus solários e jardins, buscando sempre a humanização do ambiente hospitalar e as enfermarias coletivas, com o sistema de "assistência progressiva" com aproveitamento ótimo dos recursos disponíveis. Este sistema, pela primeira vez implantado no Brasil, data das origens do Projeto, caracterizando-se pela possibilidade de manter o paciente em locais de maior ou menor concentração de recursos humanos e materiais. Surgiu desse conceito a criação do "Primeiro Estágio" onde permanecem os doentes que necessitam de cuidados intensivos e frequentes, com a característica de permitir a presença de seus familiares. (www.sarah.br)



Interior do Hospital de Reabilitação Sarah

Fonte: <http://www.sarah.br>

Os ambientes foram cuidadosamente preparados para os pacientes das diversas especialidades médicas e terapêuticas, com piscinas, ginásios para fisioterapia, unidades de exames complementares ao diagnóstico, blocos de serviços operacionais, entre vários outros espaços. (Ibidem).

O Sarah Fortaleza dedica-se especificamente à reabilitação de crianças e adultos, contando com atendimento ambulatorial e unidades de internação, dispondo de piscinas internas, externas e varandas que favorecem a humanização do tratamento. (Ibidem).

O Hospital de Reabilitação Sarah Kubitschek é uma das obras que melhor ilustram as soluções técnicas e arquitetônicas, sendo o primeiro edifício de grande porte voltado ao tratamento de doenças do aparelho locomotor no país, sendo, portanto, de grande importância na história da medicina, fisioterapia e arquitetura hospitalar no país. (Ibidem).



Hospital de Reabilitação Sarah de Fortaleza

Fonte: <http://www.skyscrapercity.com>

CENTRO CLÍNICO MANQUEHUE



Fachada do Centro Clínico Manquehue

Fonte: <http://www.archdaily.com.br>

Ficha Técnica:

Obra: Centro Clínico Manquehue

Local: Vitacura, Santiago - Chile

Arquitetos: Marcela Quilodran
B. / Gustavo Greene

Área do Projeto: 35.458 m²

Construção: Salfa S.A.

Fotografias: Nico Saieh

Ano do Projeto: 2012

Segundo o arquiteto num artigo para o site www.archdaily.com.br, "O novo centro clínico da clínica alemã define-se como um edifício moderno. A arquitetura tem linhas simples e materiais finos, e os elementos de uma arquitetura sustentável. Sua implementação utiliza alta eficiência e tecnologia de ponta".



Fonte: <http://www.archdaily.com.br>

“O edifício de 6 andares Manquehue Oriente Edifício é composto por uma caixa de cristal de 4 níveis em cima de um sistema estrutural modular de dois andares, menor (também de cristal) com esta última proporcionando um grande pé direito duplo. O edifício é referência de um centro de saúde de padrão internacional”. (Ibidem)



Fonte: <http://www.archdaily.com.br>



Fonte: <http://www.archdaily.com.br>



Fonte: <http://www.archdaily.com.br>

8. LEGISLAÇÃO

Plano Diretor do município de Itaperuna

De acordo com o Plano diretor do município de Itaperuna, o terreno em estudo se encontra em uma Zona Residencial de Média Densidade (ZRMD), nível 2 (usos de baixo impacto).

O plano Diretor especifica para a ZRMD as seguintes definições:

Tamanho mínimo do lote 160,00m²; testada mínima dos lotes de 8m; número máximo de pavimentos 10(dez) pavimentos; os valores mínimo, básico e máximo de pavimentos, conforme: mínimo 01(um) pavimento, básico 10(dez) pavimentos e máximo 13(treze); taxa de ocupação máxima do terreno de 80% (oitenta por cento); taxa de permeabilidade mínima de 15% (quinze por cento); Coeficiente de Aproveitamento do Terreno (CAT) valor Básico de 8 e o valor máximo de 10.

Em relação a vagas de garagem, fica definido: em terreno com testada igual ou superior a 11m, 01 vaga para cada 120 m² de área útil principal.

Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002

O projeto em estudo, foi elaborado em conformidade com as disposições da norma RDC nº 50/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), e aborda sobre dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes, definindo os aspectos espaciais estritamente relacionados com as diversas atribuições e atividades, a partir de uma listagem extensa dos ambientes próprios para os estabelecimentos assistenciais de saúde, reunidos em tabelas por grupos de atividades.

Segundo a Norma, o Centro de Reabilitação Física se adapta no quadro como apoio ao diagnóstico e terapia.

Cabe ressaltar que o ambiente somente será obrigatório, se, obviamente, o EAS for exercer a atividade correspondente. Portanto não há programas arquitetônicos pré-definidos, e sim uma listagem de ambientes que deve ser usada pela equipe de planejamento do EAS na medida que se está montando o programa desse. Cada programa é específico e deve ser elaborado pela equipe de planejamento EAS, incorporando as necessidades e as especificidades do empreendimento.

Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER E Serviços Habilitados Em Uma Única Modalidade)

Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012

Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012

Segundo a SEÇÃO II - NORMAS DE FUNCIONAMENTO - CAPÍTULO 4 – Normas Gerais de Funcionamento do CER e Serviços Especializados em Reabilitação, fica estabelecido para um Centro de Reabilitação Física a quantidade mínima de 200 usuários por mês.

Norma ABNT NBR-9050/2004

Esta Norma estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade, considerando diversas condições de mobilidade e de percepção do ambiente, com ou sem a ajuda de aparelhos específicos, como: próteses, aparelhos de apoio, cadeiras de rodas, bengalas de rastreamento, sistemas assistidos de audição ou qualquer outro que venha a complementar necessidades individuais, assim como as circulações, horizontais e verticais; externas e internas da edificação; e estacionamentos.

Código de Segurança contra Incêndio e Pânico (COSCIP)

Decreto nº 897, de 21 de setembro de 1976, que tem por propósito estabelecer os requisitos de segurança indispensáveis para as edificações construídas no território do Estado do Rio de Janeiro.

De acordo informações obtidas no Corpo de Bombeiro de Itaperuna no dia 18 de Julho de 2014, pelo Bombeiro Rodrigo Leal, o projeto proposto se enquadra na classificação de Edificação Comercial. Neste caso, o COSCIP, especifica as seguintes normas para este tipo de Estabelecimento:

- Para a edificação com 4 (quatro) ou mais pavimentos, cuja altura seja até 30m (trinta metros) do nível do logradouro público ou da via interior, serão exigidas escadas enclausuradas, portas corta-fogo leves e metálicas.
- A edificação dotada de elevadores (serviço ou social), independentes do número de pavimentos, possuíra, no elevador e no vão do poço, portas metálicas.
- Quando se tratar de edificação destinada a grande estabelecimento comercial, a instalação de rede de chuveiros automáticos do tipo “Sprinkler” poderá ser exigida.

9. A PROPOSTA

A proposta visa um Centro de Reabilitação Física, com capacidade física e operacional para atender no mínimo a 200 pacientes por dia, entre crianças, jovens, adultos e 3ª idade.

A área física do Projeto, possuirá em média 5.500m², divididos em pavimento subsolo (estacionamento), térreo, 1º e 2º pavimentos.

9.1 Conceito

O projeto do Centro de Reabilitação Física, adotará um estilo arquitetônico moderno, com linhas retas, adições e subtrações de volumes.

Para o desenvolvimento deste projeto será adotado o conceito de ambientes humanizados, encontrado nos projetos do arquiteto João Filgueiras Lima, onde se busca a integração do interior com a paisagem, a fim de minimizar os pontos negativos relacionados ao tratamento. Para tal, a vegetação será essencial nesta arquitetura, promovendo sensações de bem estar nos pacientes, incitando sua recuperação.

Um ambiente confortável, principalmente se tratando de edifício hospitalar, pode ser considerado como instrumento terapêutico ao colaborar para o bem estar físico e mental dos pacientes e da equipe profissional, projetando espaços que, além de acompanhar avanços tecnológicos, desenvolvam condições de convívio mais humanas. CORBELL (2003).

A integração do paciente com seus familiares e com a sociedade, também será de extrema importância para o sucesso do tratamento.

Sobre os conceitos de fluxos e acessibilidades, com relação ao paciente, foram estudados aspectos que não permitam barreiras arquitetônicas tanto no interior quanto no exterior do edifício.

Descrição dos ambientes pertinentes ao conceito:

Cromoterapia

A cromoterapia consiste no tratamento ou cura de doenças através das propriedades das cores. Busca causar harmonia entre o físico e o emocional. O ambiente deve utilizar cores bem selecionadas, com intenção de motivar as sensações e emoções adequadas ao tratamento.

Pensando nisso, as cores escolhidas para serem utilizadas no projeto são:

Lilás: tem propriedades sedativas, ajuda a relaxar.

Laranja: cor da alegria, da jovialidade.

Verde: produz equilíbrio, acalma.

Amarelo: é uma cor inspiradora. Influencia o dinamismo e a capacidade de expressão.

Azul: É uma cor relaxante, que traz paz, serenidade e promove a meditação.



Humanização



É de extrema importância que o ambiente a tratar um paciente seja provido de espaços que possibilitem bem estar. Para obtermos uma ambiência mais confortável, a arquitetura dispõe de alguns recursos, como, a ventilação, a iluminação natural e, espaços verdes no interior da edificação, tornando-a mais prazeroso.

Academia ao ar livre

A importância deste ambiente está relacionada à realização de atividades físicas regulares e moderadas, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida e convivência social, podendo ser utilizado por diferentes faixas etárias.

Utilizam aparelhos fixos que propiciam as mesmas práticas de uma academia comum, porém, ao ar livre e sem pesos. É um ótimo estímulo ao corpo, podendo servir como fisioterapia e auxiliar na diminuição de doenças ou retardá-las.



Pista de Caminhada



A caminhada é uma atividade física que pode ser realizada em qualquer horário do dia, atende a todas as faixas etárias, gratuita, contribui para o bom funcionamento do corpo humano, diminui o estresse, e promove socialização entre a comunidade.

9.2 O PROGRAMA

O programa de necessidades foi definido em setores, formados por ambientes com características específicas, com o objetivo de obter melhor funcionalidade para os pacientes e sua equipe de profissionais.

Respeitou-se o dimensionamento mínimo exigido pela Norma RDC50, assim como os mobiliários, que também são especificados nesta mesma Norma.

Em conformidade ao Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas: Orientações para Elaboração de Projetos (Construção, Reforma e Ampliação), a média do número de usuários atendidos deve considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação, neste caso, sendo uma clínica de reabilitação física, fica determinado o mínimo de 200 pacientes por mês.

O Manual estabelece também que a ambiência seja pensada de modo a:

- Eliminar barreiras arquitetônicas e comunicacionais;
- Promover acesso, respeitando as capacidades individuais;
- Atender aos diferentes níveis de compreensão dos indivíduos;
- Promover legibilidade espacial e informativa;
- Prevenir riscos, ofertando ao trabalhador e usuário segurança física e psicológica para ocupar e atuar no espaço;
- Promover o menor desgaste físico, mental e emocional possível;
- Garantir adequada ergonomia, considerando a flexibilidade dos espaços, capacidades e funcionalidade dos trabalhadores e usuários.

A cor determinada para cada setor foi elaborada conforme estudos relacionados a influências que a cor exerce no ambiente, tal como promove sensações ao paciente.

Setor Administrativo
Setor Pedagógico / Consultórios
Setor de Reabilitação Física
Setor de Pesquisa e Estudo
Estacionamento

QUADRO DA COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE FUNCIONÁRIOS

EQUIPE	QUANTITATIVO
Médico	01
Enfermeiro	01
Téc. Enfermagem	02
Fonoaudiólogo	02
Psicólogo	02
Fisioterapeuta	06
Terapeuta Ocupacional	01
Educador Físico	01
Assistente Social	01
Recepcionista	02
Secretária	04
Diretor	01
Coordenador	01
Recursos Humanos	01
Tesouraria	02
Porteiro	02
Copeira	01
Limpeza	02
Salva Vidas	02
Segurança	02
TOTAL:	39

SETOR ADMINISTRATIVO

Setor	Ambiente	Quant.	Uso/Função	Mobiliário
ADMINISTRATIVO	Recepção	02	Recepcionar pacientes e acompanhantes, controle de fluxo e informação	Balcão de atendimento, mesas com computadores, cadeiras e armários
	WC	02	Higienização dos pacientes	Vasos sanitários e lavatórios
	Espera	02	Local para espera do atendimento	Cadeiras
	Recursos Humanos/ Dep. Pessoal	01	Tratar dos interesses dos funcionários. Acompanhamentos das atividades dos funcionários	Mesas com computadores, cadeiras e armários
	Tesouraria	01	Tratar de assuntos financeiros da instituição	Mesas com computadores, cadeiras e armários
	Arquivo	01	Armazenamento de documentos da instituição	Armários
	Coordenação	01	Programação e acompanhamento das atividades	Mesas com computadores, cadeiras e armários
	Diretoria Geral com WC	01	Aprovação e fiscalização das atividades desenvolvidas pela coordenação	Mesas com computadores, cadeiras e armários
	TI	01	Local para atividades de automação e informática	Mesas com computadores, cadeiras e armários
	Copa e estar de funcionários	01	Lanche e descanso dos funcionários	Geladeira, fogão, pia, mesas cadeiras e armários
	Sala descanso médico com banheiro e vestiário	01	Espaço reservado aos médicos para descanso	Sofá, mesa com cadeiras, vasos sanitários e lavatórios, armários.
	DML	03	Armazenar materiais de limpeza	Armários
	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas	04	Guardar macas e cadeiras de rodas durante o atendimento	_____

Tabela elaborada de acordo com a Norma RDC50/2002.

SETOR PEDAGÓGICO/CONSULTÓRIOS

Setor	Ambiente	Quant.	Uso/Função	Mobiliário
PEDAGÓGICO/CONSULTÓRIOS	Musicoterapia	01	Desenvolvimento de atividades de terapia envolvendo instrumentos musicais	Instrumentos musicais, mesa com computador, cadeiras
	Oficina de Artesanato Adulto	01	Desenvolvimento de atividades de artes e artesanato para adultos	Mesas grandes, cadeiras, prateleiras
	Oficina de Artesanato infantil	01	Desenvolvimento de atividades de artes e artesanato para crianças	Mesas grandes, cadeiras, prateleiras
	Sala de Terapia Ocupacional em grupo	01	Realização de atividades recreativas	Mesas, cadeiras e tatame
	Ludoterapia	01	Recreação e terapias infantis relacionadas a estímulos sensoriais	Tatame, brinquedos, mesas e cadeiras infantis
	Consultório de Terapia Ocupacional	01	Realização de consultas para avaliação do paciente em relação à atividade de terapia ocupacional	Mesa com computador, mesas e cadeiras para atividades, prateleiras e armários
	Consultório de Fonoaudiologia	01	Realização de consultas, avaliações e terapias relacionadas ao desenvolvimento da linguagem (escrita e fala)	Mesas com computadores, armários, geladeira, cadeira escolar, mesa com espelho e colchonetes
	Consultório de Psicologia	01	Realização de consultas, avaliações e terapias relacionadas a problemas psicológicos	Mesas com computadores, cadeiras e armários
	Consultório de Fisioterapia	01	Realização de consultas e avaliações relacionadas à disfunções sensitivas, motoras e funcionais	Mesa com computador, mesas e cadeiras para atividades, prateleiras e colchonetes
	Consultório de Neuropsicologia	01	Realização de consultas, avaliações e terapias relacionadas à neuropsicologia	Mesas com computadores, cadeiras e armários
	Sala de avaliação física	01	Avaliação das medidas do corpo e capacidade motora	Balança, colchonete e mesa com cadeira
	WC Masc./Fem.	08	Higienização dos pacientes	Vasos sanitários e lavatórios

Tabela elaborada de acordo com a Norma RDC50/2002.

SETOR DE REABILITAÇÃO FÍSICA

Setor	Ambiente	Quant.	Uso/Função	Mobiliário
REABILITAÇÃO FÍSICA	Box de terapia infantil	07	Realizar tratamentos terapêuticos das disfunções motoras, sensoriais e funcionais	Biombos, macas de fisioterapia, aparelhos de fisioterapia
	Box de terapia adulto	09	Realizar tratamentos terapêuticos das disfunções motoras, sensoriais e funcionais	Biombos, macas de fisioterapia, aparelhos de fisioterapia
	Piscina Descoberta	01	Terapia para disfunções motoras, sensoriais e funcionais	Cadeiras para acompanhantes
	Piscina Coberta e Aquecida para hidroterapia	01	Terapia para disfunções motoras, sensoriais e funcionais	Cadeiras para acompanhantes
	Salão Cinesioterapia e Mecanoterapia	02	Realizar tratamentos terapêuticos das disfunções motoras, sensoriais e funcionais	Camas de fisioterapia, colchonetes, aparelhos de ginástica, estimulação, lavatório e bebedouro
	Sala de estimulação precoce	01	Tratamento de bebês com alterações no desenvolvimento neuropsicomotor para estimular suas capacidades sensoriais, motoras e psíquicas	Mesas com computadores, cadeiras e armários, painéis, maca, colchonetes, almofadas e estantes
	Pista de caminhada ao ar livre	01	Proporcionar interação ao ambiente externo	Pista de concreto com piso antiderrapante
	WC e Vestiário para Piscinas	02	Higienização e troca de roupas	Vasos sanitários, lavatórios, chuveiros, bancos
	WC e Vestiário para Fisioterapia	02	Higienização e troca de roupas	Vasos sanitários, lavatórios, chuveiros, bancos
	Depósito da fisioterapia	01	Armazenamento de aparelhos e materiais utilizados na fisioterapia	Prateleiras e armários
	Depósito da hidroterapia e natação	01	Armazenamento de aparelhos e materiais utilizados na hidroterapia	Prateleiras e armários

Tabela elaborada de acordo com a Norma RDC50/2002.

SETOR DE PESQUISA E ESTUDO

Setor	Ambiente	Quant.	Uso/Função	Mobiliário
PESQUISA E ESTUDO	Auditório	02	Convenções, conferências, palestras e eventos	Palco com mesa e cadeira, telão e projetor
	Foyer do Auditório	01	Recepcionar usuários do auditório	Cadeiras, sofá e mesas de apoio
	Sala de reunião	01	Sala para reunião entre a equipe médica e paramédica	Tela com projetor, armários
	Sala de estudo	02	Salas de estudo para a equipe médica e paramédica	Mesas com computadores e simples, cadeiras
	Biblioteca	01	Espaço para pesquisa e aperfeiçoamento em estudos	Mesas com computadores e simples, cadeiras, e armários.
	Copa	01	Apoio ao auditório	Fogão, geladeira, pia, forno de microondas, armários
	WC	02	Higienização dos usuários	Vasos sanitários e lavatórios
	DML	01	Armazenar materiais de limpeza	Armários

Tabela elaborada de acordo com a Norma RDC50/2002.

SETOR DO ESTACIONAMENTO

Setor	Ambiente	Quant.	Uso/Função	Mobiliário
ESTACIONAMENTO	Vagas Cobertas	60	Abrigar o veículo dentro do estabelecimento em área coberta	_____

Tabela elaborada de acordo com a Norma RDC50/2002.

9.3 OS FLUXOS



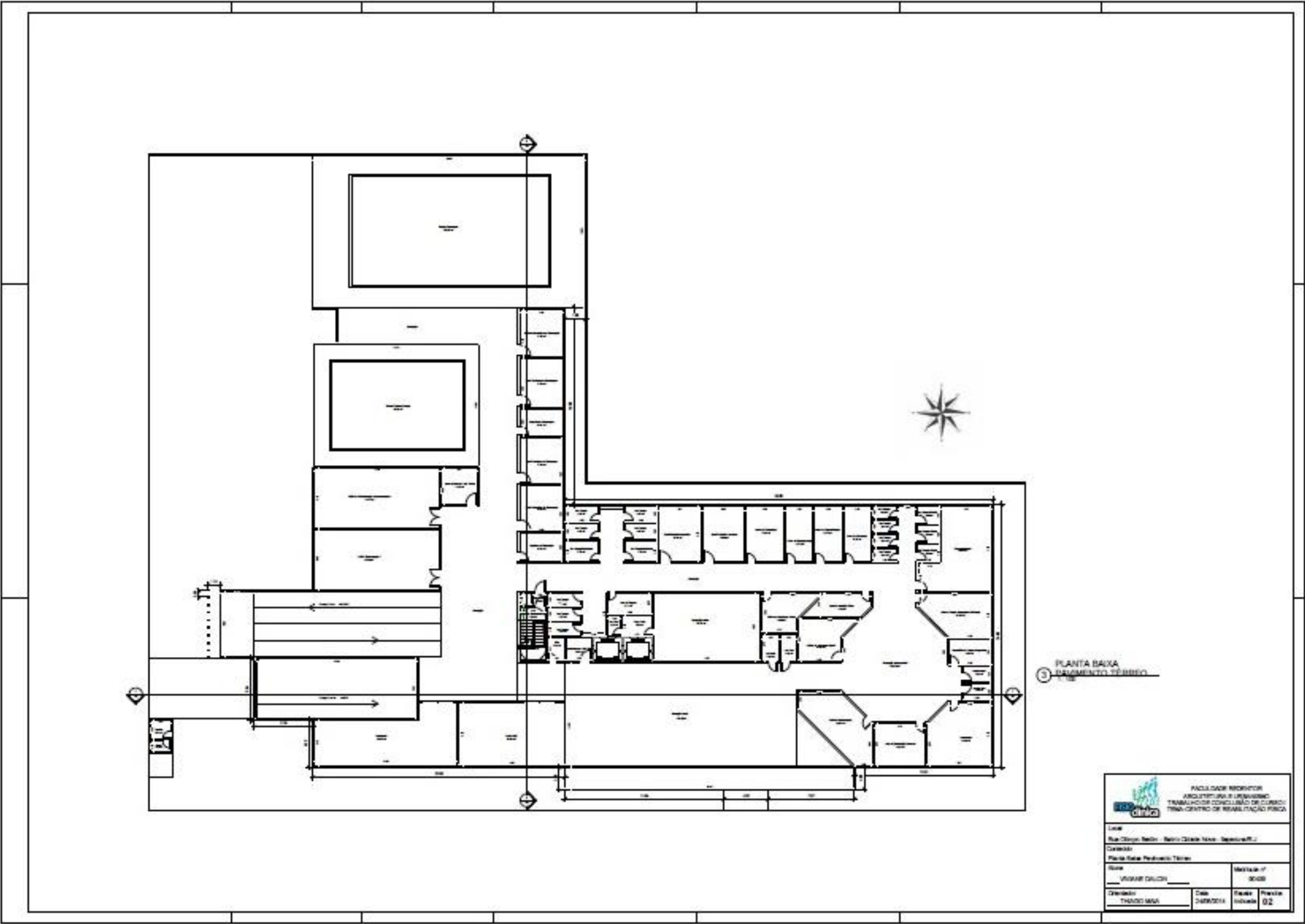
O fluxograma acima define o grau das ligações entre os setores e a necessidade de proximidade deles.

A recepção geral necessita ter ligação direta com todos os outros setores, pois é nele que acontece o controle de atendimentos.

O setor administrativo deve ter ligação com o setor de estudo e pesquisa, já que é voltado para a equipe profissional

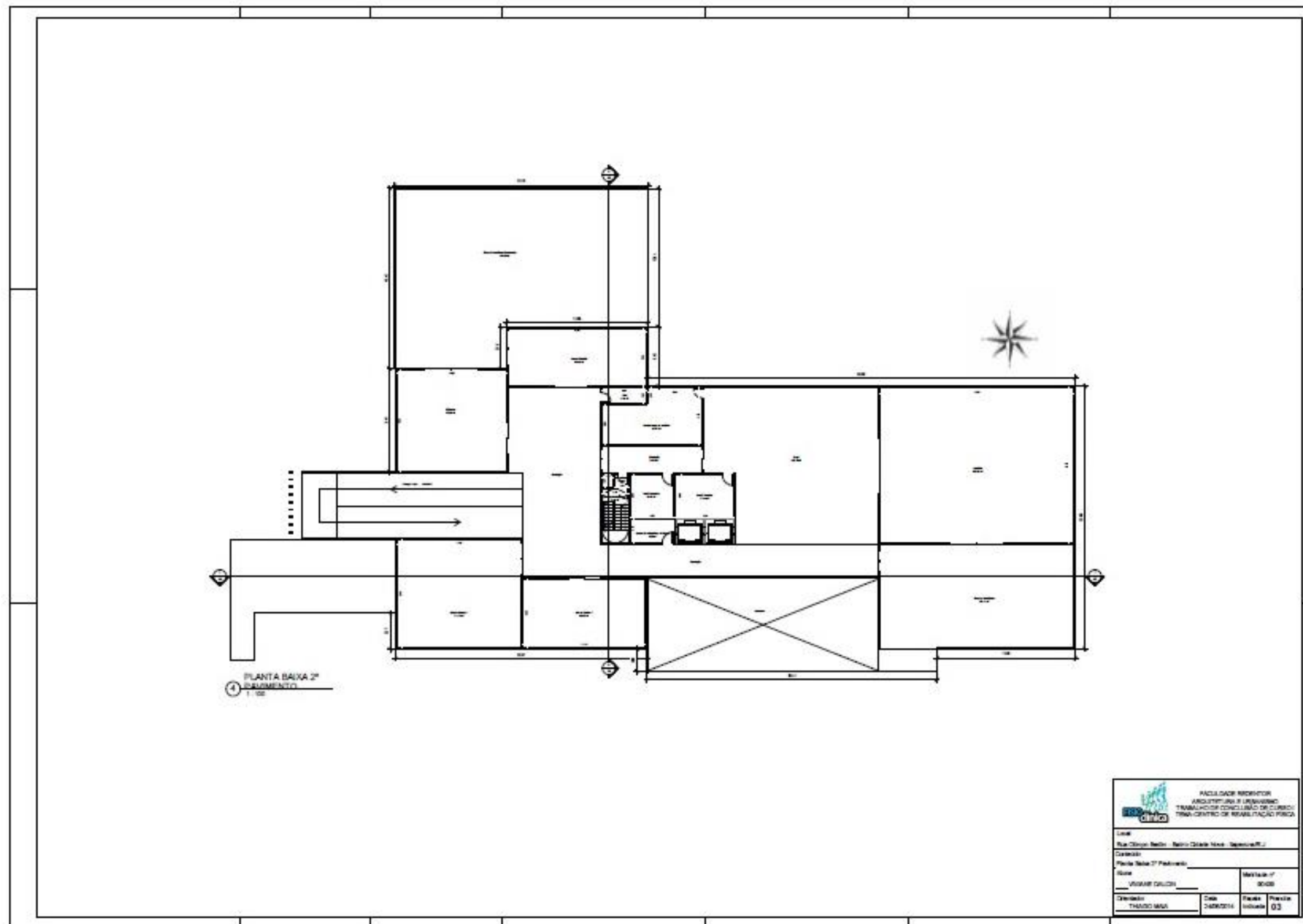
10. O PROJETO

10.2 Planta Baixa Pavimento Térreo



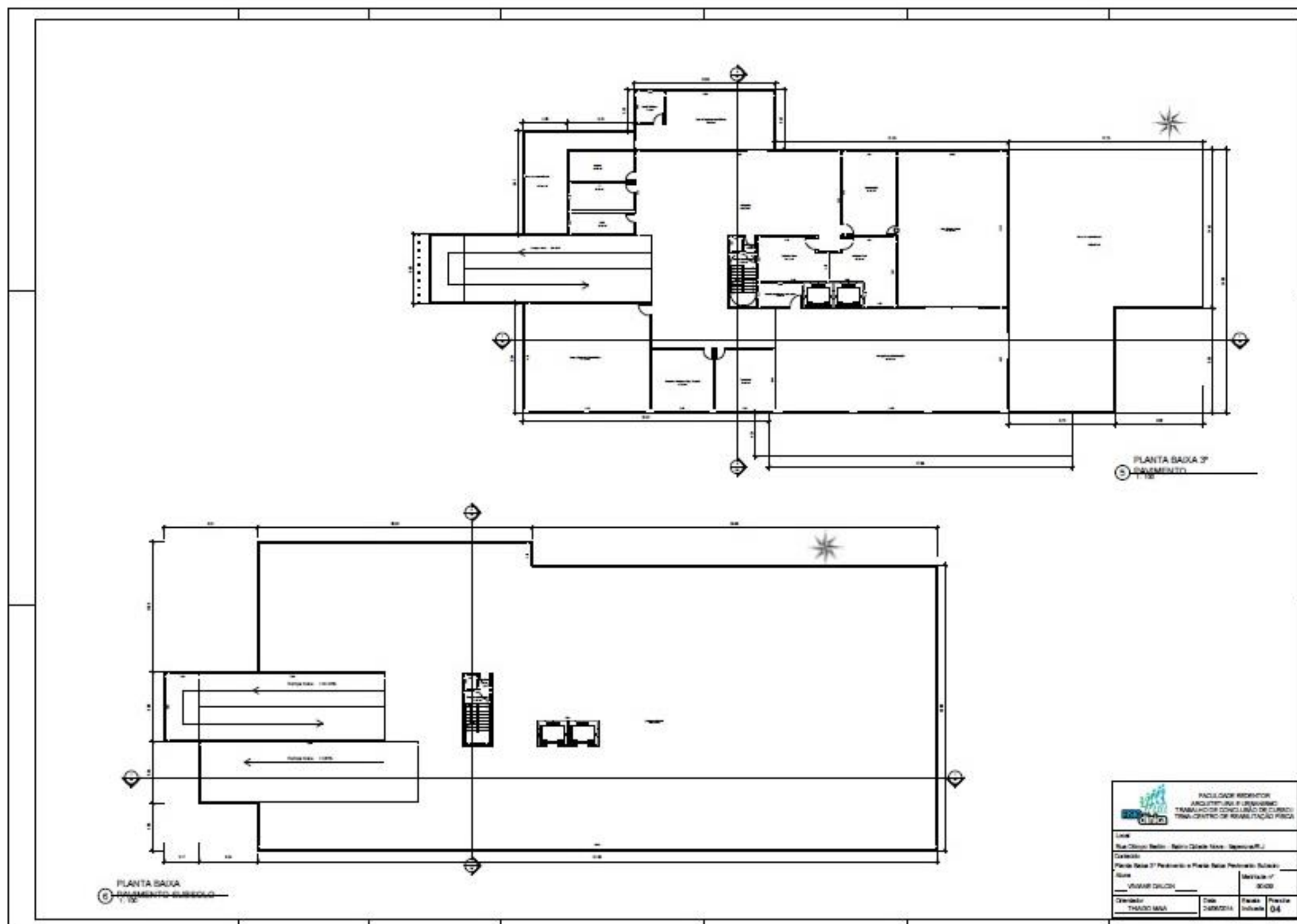
10. O PROJETO

10.3 Planta Baixa 2º Pavimento



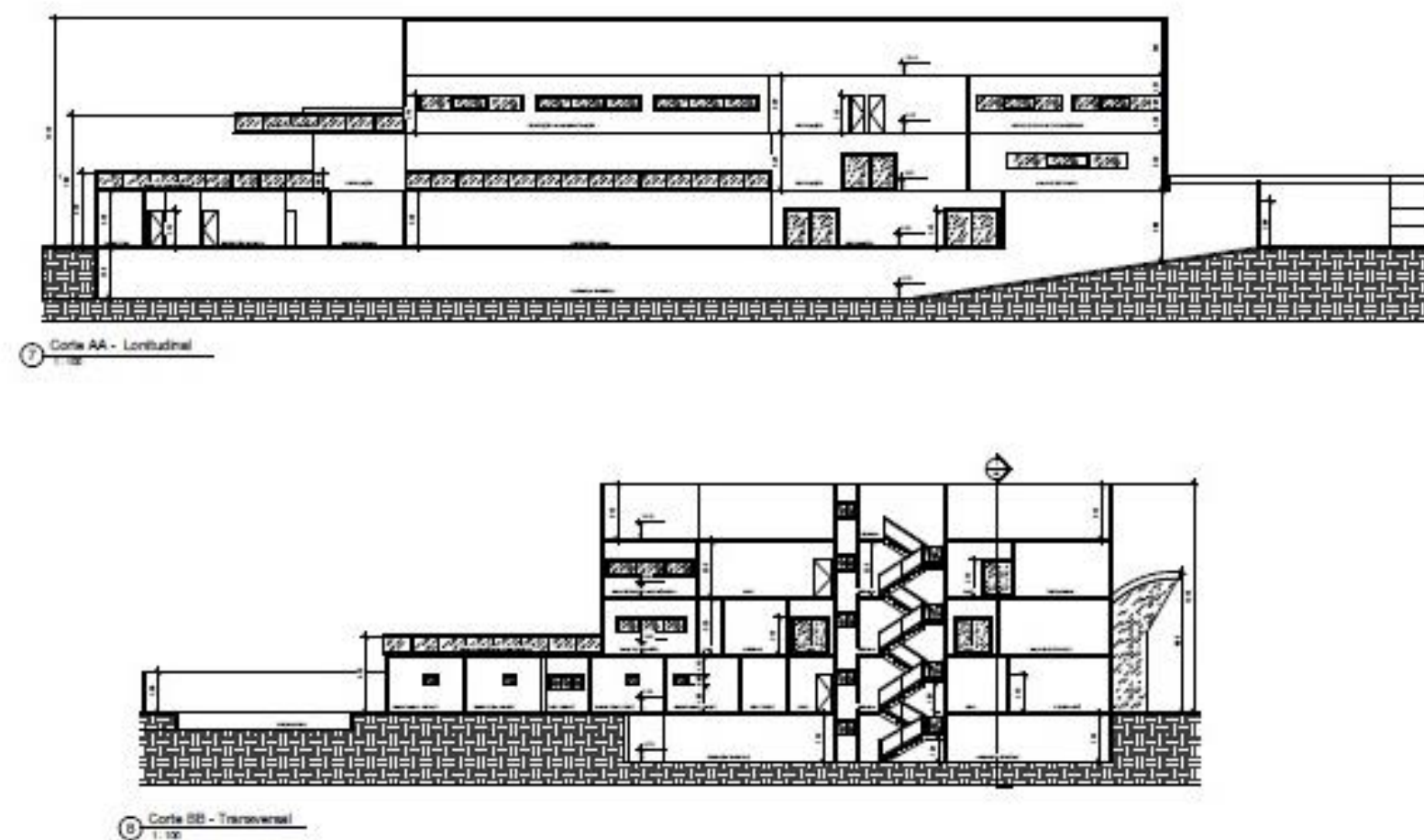
10. O PROJETO

10.4 Planta Baixa 3º Pavimento e Pavimento do Subsolo



10. O PROJETO

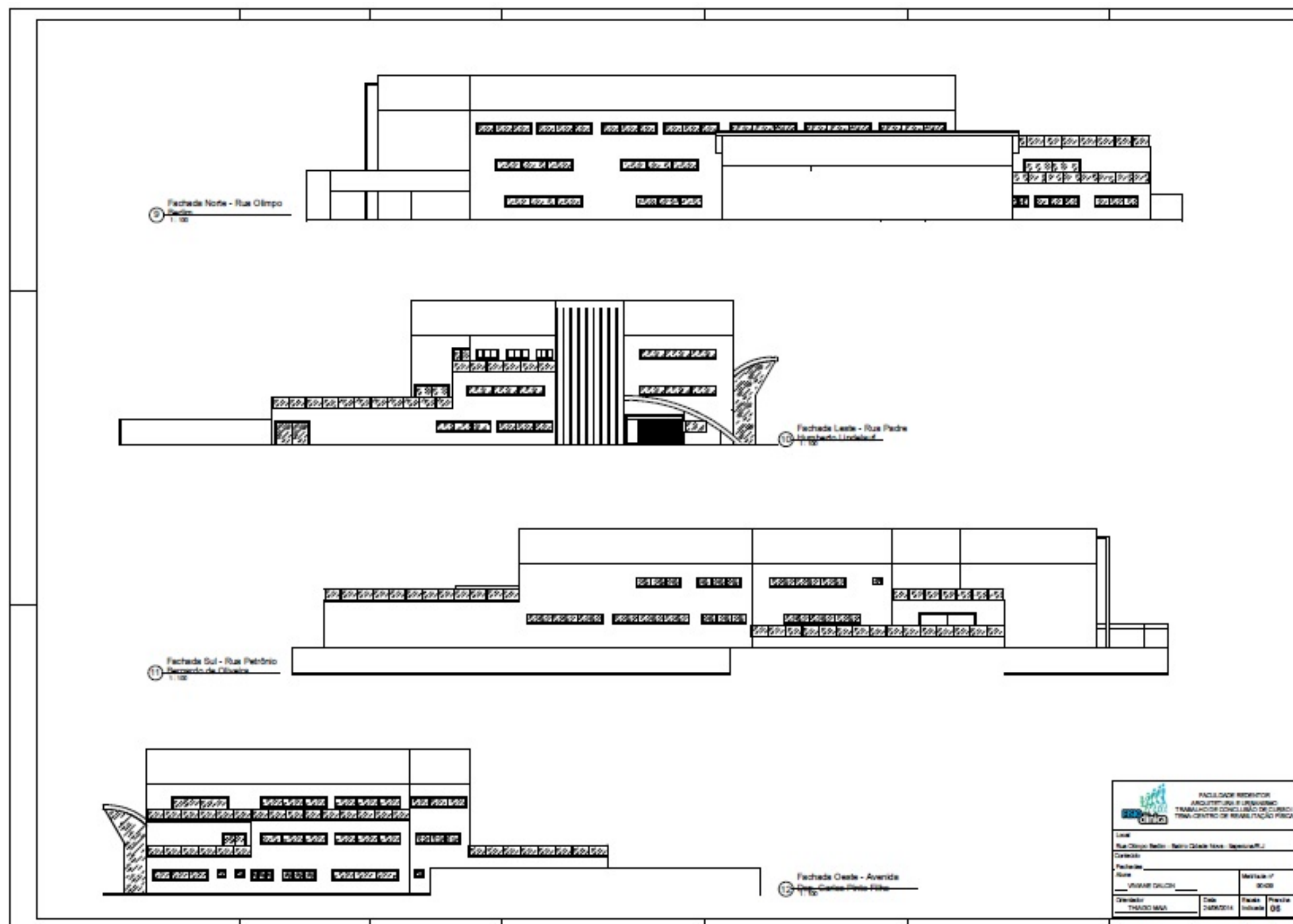
10.5 Corte AA e Corte BB



 FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA			
Local: Rua Otávio de Almeida - Brasília - DF			
Conteúdo: Corte AA e Corte BB			
Aluno: VIVIANE GALOIN		Matrícula nº: 00000	
Orientador: THIAGO MARI	Data: 04/04/2014	Folha: 08	Total: 08

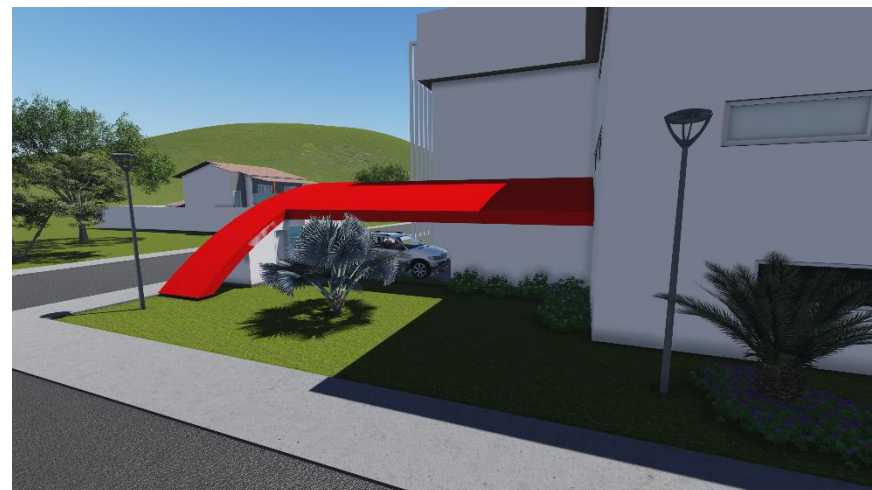
10. O PROJETO

10.6 Fachadas



10. O PROJETO

10.7 Perspectivas



11. REFERÊNCIAS

- CORBELL, Oscar. Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos – conforto ambiental. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Mini Aurélio: o dicionário da Língua Portuguesa. Curitiba. Editora Positivo, 2011. 8ª edição.
- GÓES, Ronald Lima de – Manual Prático de Arquitetura Hospitalar, 2ª Edição, Editora Blucher, 2012.
- LIMA, João Filgueiras. *O que é ser arquiteto: memórias profissionais de Lelé (João Filgueiras Lima)*. Depoimento a Cynara Menezes. Rio de Janeiro, Record, 2004, p. 50.
- MIQUELIN, L. C. - Anatomia dos Edifícios Hospitalares, Editora Cedas, São Paulo, 1992, 241 P.
- MIQUELIN, L. C. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. 2ª Ed. Brasília: ANVISA, 2004.
- HSJA. Histórico do Hospital São José do Avaí. www.hsja.com.br – acesso em 07 de Novembro de 2013.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. www.anvisa.gov.br – acesso em 09 de Novembro de 2013.
- SANTANA, Ana Lúcia. A criação dos hospitais. www.infoescola.com/medicina/a-criacao-dos-hospitais/ - acesso em 09 de Novembro de 2013
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965. História e Evolução dos Hospitais. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf – acesso em 24 de Novembro de 2013.
- QUILODRÁN, Marcela e GREENE, Gustavo. Centro Clínico Manquehue da Clínica Alemanha. www.archdaily.com.br/br/01-112258/centro-clinico-manquehue-daclinica-alemana-marcela-quilodran-b-gustavo-greene-w - acesso em 25 de Novembro de 2013.
- DATASUS. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. www.datasus.gov.br - acesso em 26 de Novembro de 2013.
- LISBOA, Teresinha Covas. Da antiguidade à idade contemporânea. <http://www.prosaude.org.br/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm> -acesso em 26 de Novembro 2013.
- FEITOZA, Taíssa Borges. Centro de Reabilitação Motora e Psíquica em Anápolis. http://www.unucet.ueg.br/biblioteca/arquivos/monografias/Caderno_-_Taissa_Feitoza_Centro_de_Reabilitacao_Motora_e_Psiquica.pdf
- <http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0300h2.htm> – acesso em 01 de Maio de 2014

- MATOS, Rodrigo Matos de. Circulação em Hospitais. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/circulacoes_hospitais.pdf - acesso em 01 de Maio de 2014
- <http://www.healthtuts.com/the-hospital/> - acesso em 01 de Maio de 2014
- www.flickr.com/photos/b_g/4101972521/in/set-72157622799882450/ - acesso em 01 de Maio de 2014
- www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/hoteldieu.aspx - acesso em 01 de Maio de 2014
- MINISTÉRIO DE TRANSPORTE, 2010. Anuário Estatístico das Rodovias Federais. www.dnit.gov.br/rodovias/operacoes-rodoviaras/estatisticas-de-acidentes/anuario-2010.pdf - acesso em 14 de Julho de 2014.
- COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27 - acesso em 15 de Julho de 2014
- REVISTA PILATES, 2012. Cinesioterapia e Pilates usam o movimento do corpo para reabilitação. revistapilates.com.br/2012/07/26/cinesioterapia-e-pilates-usam-o-movimento-do-corpo-para-reabilitacao/ - acesso em 15 de julho de 2014
- REVISTA PROJETO DESIGN, Edição 307. <http://arcoweb.com.br/projetodesign/revista/73/edicao/307> - acesso em 15 de Julho de 2014
- SEGRE, Roberto. Reflexão acerca do papel da arquitetura hospital e na história mundial. <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/resenhasonline/12.134/4607> - acesso em 15 de Julho de 2014
- OLIVEIRA, Eduardo Cigognini Paranhos de. Centro de Reabilitação Fisioterapêutica. <http://www.fag.edu.br/tcc/2008/arquitetura/EduardoParanhosdeOliveira/TEORICO/TRABALHO%20CONCLUSAO%20DE%20CURSO.pdf> - acesso em 15 de Julho de 2014
- SAÚDE SEM LIMITES - INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELECTUAL E VISUAL (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) Referências: Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 /Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012 - acesso em 15 de Julho de 2014
- SAÚDE SEM LIMITES -Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas - Orientações para Elaboração de Projetos (Construção, Reforma e Ampliação), Abril/2013 - http://cosemspb.org/wpcontent/uploads/2013/04/Orientacao_Ambienta_CER_OfcOrto.pdf - acesso em 15 de Julho de 2014

- Aparecida de Souza, L. e Mancussi e Faro, A.C. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412011000400022&script=sci_arttext&tlng=pt – acesso em 17 de Julho de 2014
- COSCIP – Código Segurança Contra Incêndio e Pânico www.defesacivil.rj.gov.br/documentos/coscip/Codigo_de_Seguranca_Contra_Incendio_e_Panico.pdf - acesso em 17 de Julho de 2014

12. ANEXO - FICHAS DE AVALIAÇÃO DO ORIENTADOR