

AMBIENTE Hospitalar

Revista interdisciplinar de infraestrutura em saúde

SEMINÁRIO ABDEH DIGITAL 2020 CENÁRIOS DA PANDEMIA: VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS

- PROJEÇÕES PÓS COVID-19: o papel do arquiteto para a saúde
- NEUROARQUITETURA APLICADA EM EDIFICAÇÕES DE SAÚDE: *design* como aliado no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista
- O PARTO NA CIDADE: acesso e deslocamentos de gestantes em Salvador, BA

Em 2021
Recife receberá
o IX CBDEH

perfil
MARILUZ
GOMEZ
ESTEVES

opinião

COMO SERÃO OS HOSPITAIS
PÓS COVID-19? A PERGUNTA
QUE NÃO QUER CALAR

ABDEH

Associação
Brasileira para o
Desenvolvimento do
Edifício
Hospitalar

ABDEH DIGITAL 2020



**Conectando
pessoas, gerando
comunidades...
Transformando os
espaços de saúde
no Brasil!**

**O APLICATIVO
DA ABDEH**

BAIXE AGORA



DISPONÍVEL NO
Google Play



Download on the
App Store

ABDEH



www.abdehdigital.com.br

■ Editorial

Carta do presidente



Emerson da Silva

Presidente da ABDEH ■

Transformar algo nunca é fácil. E, com a Transformação Digital não seria diferente. É difícil liderar qualquer tipo de transformação empresarial ou institucional. Porém, iniciar e sustentar uma transformação digital em uma instituição consolidada, com 25 anos de história, acreditem, é algo mais complicado de gerenciar do que qualquer outra iniciativa de mudança!

A digitalização estava muito distante da realidade institucional da ABDEH. Até recentemente, um grupo limitado de associados e diretores prestava realmente atenção às tecnologias digitais. Temos consciência de que a transformação digital se tornou uma obrigação para a sobrevivência de empresas e instituições, o problema é que ela é um tanto complicada! Não existem estratégias bem definidas e há poucas boas práticas para a transformação digital nas instituições. A ausência de modelos estabelecidos nos impôs inúmeros desafios e questionamentos ao longo deste curto espaço de tempo que tivemos para implementar novas rotinas. Fomos instigados a aprender mais rápido sobre as batalhas organizacionais e culturais que precisam ser travadas para impedir que a inércia prejudique a mudança, bem como, entender a arte (e a ciência) por trás de todo este movimento. Por vezes somos convocados a elaborar estratégias instantaneamente, o que vem resultando em tensão e trauma. Mas, a recompensa de todo este esforço é notável!

A oportunidade e a ameaça

Fazer uma transformação digital não é a mesma coisa que digitalizar uma empresa ou instituição existente. Não se trata de criar sites, aplicativos móveis, campanhas em redes sociais e canais de vendas online. Não se trata de infundir tecnologia da informação (TI) na organização – o que poderá aumentar sua eficiência, mas não alterará de fato a estratégia. Transformação digital implica reimaginar produtos e serviços como ativos com habilitação digital; gerar um novo valor com a interconexão de ativos físicos e digitais por meio de dados; e criar ecossistemas para possibilitar tudo isso. Ela resulta em uma mudança fundamental nas empresas e instituições, seja nas atividades organizacionais, nos processos, nas competências e nos modelos de negócio, possibilitando maior produtividade.

Com os novos caminhos abertos pelo meio digital, poderemos coletar e estudar os dados dos nossos usuários, de forma contínua, respeitando criteriosamente o estabelecido na Lei Geral de Proteção de Dados. A análise desses fluxos de dados permite que a instituição descubra maneiras de aumentar o desempenho e a confiabilidade, assim como a eficiência dos sistemas que se conectam, o que proporciona a oportunidade de aumentar continuamente a produtividade e o relacionamento com a nossa comunidade.

Combate o bom combate

Chegamos ao final da nossa gestão, e como todo final de um percurso, é normal que façamos uma reflexão de nossas lutas, conquistas e frustrações. Tomando as palavras do Apóstolo Paulo – “Combati o bom combate, completei a corrida, guardei a fé” (2 Timóteo 4:7-8), faço uma analogia ao meio institucional, reiterando o que acredito ser o nosso maior patrimônio – **o capital humano!** Sem ele nada acontece!!! Nosso time esteve focado e dedicado em fazer acontecer. E assim o fizemos! Foram 03 anos de ação e dedicação ao nosso propósito maior – promover conhecimento e gerar conexões!

Resta-nos agradecer a todo o empenho e desempenho das várias frentes de trabalho envolvidas neste sonho coletivo. Obrigado Diretoria ABDEH Gestão 2017-2020! Vocês fizeram ACONTECER!!!

Por fim, fica a mensagem que acredito ser a responsável por promover toda esta ação e envolvimento, sem ela o resultado não teria tido tamanho impacto.

Entender propósitos, compreender essências, e traduzir em momentos únicos!

Vamos em frente!!!

SEMINÁRIO
ABDEH
DIGITAL 2020

Cenários da Pandemia:
Vivências e Aprendizados

Conheça o time do maior encontro da
comunidade ABDEH.



Adhemar Fernandes



Ana Milena Zapata



Áureo Lustosa



Albert de Pineda



Alexandre Ribeiro



Briseyda Márquez



Caio Esteves



Carlos Marczyk



Daniela Pedrini



Daniel Greca



Flávio Costa Pereira



Gonzalo Vecina Neto



Hélio Costa Peixoto



Jaime Saez



Leonardo Agular



Lília Porto



Leandro Reis



Lucio Brito



Marcelo Boeger



Marcio Borsio



Nilton Suzuki



Ricardo Mateus



Thiago Mendonça



Paulo Carmona



João Carlos Bross



INSCRIÇÃO E INFORMAÇÕES PELO SITE
www.abdehdigital.com.br

■ Mensagem



Claudia Miguez
Vice-Presidente Técnico
Científico da ABDEH ■

Estamos finalizando nossa gestão 2017-2020 e, com muita felicidade e realização, oferecemos à comunidade ABDEH a 14ª edição da **Revista Ambiente Hospitalar**. Nesta edição, lembramos muito de nossa história, seja na personalidade do **Perfil** da revista, com a Arquiteta Mariluz Gomes, a primeira e única até o momento presidente do sexo feminino de nossa Associação, seja com o depoimento do Arquiteto Luiz Carlos Toledo, no **Opinião**, colaborador da Associação e homenageado no Seminário ABDEH Digital 2020 por toda sua contribuição à melhoria da qualidade dos ambientes de saúde. É uma edição, sem dúvida, que já deixa saudades desses três anos de convívio e dedicação dessa gestão 2017-2020 para a ABDEH.

Em breve, estaremos juntos no **Seminário ABDEH Digital 2020 – Cenários da Pandemia: Vivências e Aprendizados**, empreendimento que nasceu em um momento de dificuldades para todos nós, mas, que por isso mesmo, tem uma carga emocional e de superação muito grande. Nos reinventamos e trouxemos para vocês um time de profissionais maravilhosos, de talento e experiência inquestionáveis, para falar desse momento de descobertas e adaptações. Convidamos a todos a estarem "presentes on-line" conosco nos dias 7, 8 e 9 de outubro para nos atualizarmos e nos encontrarmos virtualmente.

O **IX Congresso ABDEH** continua sendo organizado para o ano de 2021, em Recife, e esperamos neste ano poder estarmos juntos, de forma presencial, para nossos encontros e trocas. Mandem seus trabalhos científicos! A nossa comunidade quer saber o que você está aprendendo e quer aprender com você!

Para finalizar, gostaria de registrar aqui meu agradecimento à Vanessa Almeida, gerente administrativa da ABDEH, à Sandra Martins, responsável pelo projeto gráfico e diagramação e a todos membros do Comitê Editorial da Revista Ambiente Hospitalar pelo apoio, e especialmente, ao coordenador editorial, Antônio Pedro Alves de Carvalho, pela parceria inquestionável. Com muita satisfação pelo aprendizado e realizações que o cargo de Diretora Editorial me proporcionou nessa gestão, com a produção de três edições da Revista, agradeço a confiança de todos e em especial do Presidente Emerson da Silva, pela nomeação ao cargo de Vice-presidente Técnico científico da Diretoria Nacional ABDEH gestão 2017-2020.

Mais uma vez, esperamos ver todos em Recife em 2021! Fiquem atentos às novas datas para envio dos trabalhos científicos no site do IX CBDEH e façam suas inscrições! www.cbdeh2021.com.

Sumário

PERFIL
12
MARILUZ
GOMEZ
ESTEVEZ

Primeira mulher a assumir a presidência da ABDEH foi a terceira gestora da Associação e tem uma trajetória importante no cenário de saúde no Brasil



07 OPINIÃO

Como serão os hospitais pós covid-19? A pergunta que não quer calar

• *Cluiz Carlos de Menezes Toledo*

17 ARTIGOS

17 Projeções pós covid-19: o papel do arquiteto para a saúde

• *Letícia Thais de Marchi Furuya* • *Silvana Aparecida Alves* • *Elza Maria Alves Costeira*

26 Neuroarquitetura aplicada em edificações de saúde: *design* como aliado no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista

• *Alessandra Siqueira Faleiro*

36 O parto na cidade: acesso e deslocamentos de gestantes em Salvador, BA

• *Júlia de Souza Matos*

49 ACONTECE

ABDEH ganha movimento digital e lança nova plataforma digital e aplicativo | Vem aí o Seminário ABDEH Digital 2020 | Canal do YouTube ABDEH Brasil oferece novos conteúdos | O IX CBDEH já tem nova data | Eventos Regionais no formato digital continuam! | ABDEH lembra em setembro o dia mundial de Segurança do Paciente | Diretoria Nacional Gestão 2017-2020 se despede na AGO que será realizada no Seminário ABDEH Digital

57 RESENHA

Uma percepção sobre a fabulosa história dos hospitais

• *Fábio Bitencourt* • *Maria Tereza Costa*



IX CBDEH
CONGRESSO BRASILEIRO
PARA O DESENVOLVIMENTO
DO EDIFÍCIO HOSPITALAR

CONEXÃO E DIVERSIDADE
NOS ESPAÇOS DE SAÚDE

NOVA DATA!

**Recife, 21 a 23
abril de 2021**

RECIFE O SEGUNDO PÓLO MÉDICO DO BRASIL SERÁ PALCO DO MAIOR EVENTO PARA DISCUTIR OS ESPAÇOS DE SAÚDE.

Um encontro que mobilizará arquitetos, engenheiros, designers, administradores hospitalares, educadores, pesquisadores, médicos ou enfermeiros e gestores interessados na melhor qualidade dos ambientes de saúde.



Informações: www.cbdeh2021.com

PATROCINADOR DIAMANTE



PATROCINADOR PRATA



PATROCINADOR BRONZE



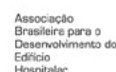
LOCAL



ORGANIZAÇÃO



REALIZAÇÃO



Como serão os hospitais pós covid-19? A pergunta que não quer calar

É possível balizar a história através de grandes ideias. Ou é possível balizar a história por eventos econômicos. Ou pela luta de classe. Mas também é possível balizar a história por meio de doenças que acometem grandes grupos populacionais: as epidemias. (UJVARI, Stefan Cunha, A história e suas epidemias)

Desde a Gripe Espanhola não tínhamos visto nada tão ameaçador como a pandemia do novo coronavírus, gigantesco problema sanitário, social e econômico, que se alastrou por todo o planeta numa velocidade só explicada pela alta transmissibilidade do vírus, num mundo globalizado e desigual, e pelo negacionismo de quem não tem apreço pela ciência, nem nela acredita. A humanidade, até agora, está à mercê da pandemia: no momento em que escrevo o mundo tem mais de 27 milhões de infectados pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), com mais de 890 mil mortes. Quando este texto chegar a ser publicado, os números serão muito maiores!

A chegada da pandemia decorre de inúmeros fatores. Talvez o maior seja a soberba da humanidade diante da natureza, esgotando recursos naturais, consumindo combustíveis fósseis e produzindo gases de efeito estufa, derrubando florestas, atentando contra a biodiversidade de nichos ecológicos, berço de populações originais, que mantêm um delicado equilíbrio com a natureza, e também de vírus e bactérias que, privados do seu habitat, passam a nos ameaçar com doenças como malária, febre amarela e leishmaniose, transmitidas por mosquitos expulsos pelas queimadas e pelo desmatamento.



Luiz Carlos de Menezes Toledo – É arquiteto formado pela Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, com Especialização em urbanismo, Mestrado e Doutorado em Arquitetura pela mesma faculdade. Foi Professor da disciplina de Urbanismo na Faculdade de Engenharia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, professor da disciplina Planejamento de Arquitetura, da Faculdade de Arquitetura da UFRJ, e professor visitante do Curso de Especialização de Arquitetura em Sistemas de Saúde, da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia – UFBA. É Diretor da empresa M&T-Mayerhofer & Toledo Arquitetura, Planejamento. Consultoria Ltda.

Venceu os concursos organizados pelo IAB-RJ Rio Cidade 1-Méier (1993), Rio Cidade 2-Irajá (1997), Projeto de Ambiente e Mobiliário Urbano Baixada Viva (1997), Centro de Convenções da Área do Teleporto (Centro de Convenções Sulamérica) (2002) e o concurso de Ideias para Urbanização da Rocinha (2005).

Recebeu, da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH), o título de Personalidade do Ano na Área de Arquitetura Hospitalar e, do Instituto de Arquitetos do Brasil – Departamento do Rio de Janeiro (IAB-RJ) – o título de Arquiteto do Ano.

Fundou a Casa de Estudos Urbanos, com um grupo de colegas arquitetos, e criou, com outros professores, o curso de urbanismo “A Rocinha que Queremos” dentro da comunidade. Em 2019, foi convidado pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro para integrar a equipe da Secretaria Estadual de Infraestrutura e Obras – SEINFRA, que coordena o Programa Comunidade Cidade.



A peste numa vila grega | Ilustração do livro *Les édifices hospitalier: depuis leur origine jusqu'à nos jours*, de Casimir Tollet (1892)

Só mesmo a inconsequência dessa atitude pode explicar o despreparo da humanidade no enfrentamento da covid-19, afinal foram muitos os avisos de que algo de grave estava para acontecer, como a chegada do H2N2, na Ásia, onde matou, em 1957, cerca de um milhão de pessoas ou, mesmo, o H5, que atacava apenas as criações de galinhas, até contaminar algumas dezenas de pessoas em Hong Kong. Conhecida como Gripe Aviária, a doença aterrorizou o mundo quando várias pesquisas indicaram que, em alguns meses, a transmissão do vírus se daria de pessoa para pessoa. O governo da Ilha agiu rápido, matando, em tempo recorde, 1,2 milhão de galinhas e 400 mil outras aves, sustando uma doença com alto potencial epidêmico.

Existiram muitos sinais além desses, tais como a Aids, o Ebola, o Hantavírus, a Gripe Suína e o mal da Vaca

Louca, doenças inicialmente restritas ao mundo animal, que, com o tempo, atingiram o homem, ameaçando até mesmo nossa sobrevivência como espécie. A covid-19 é mais um exemplo da transmissão de um animal – no caso, o morcego – para o homem. A doença surgiu na China, onde a carne dos morcegos é comercializada em mercados populares.

A gravidade da pandemia uniu cientistas e equipes de saúde na busca do conhecimento do vírus, de práticas para conter o contágio, de protocolos de tratamento e de vacinas que, segundos as últimas previsões da OMS, só estarão disponíveis em 2022. Até lá, devemos manter o distanciamento social e o uso de máscaras, sendo provável que essas práticas perdurem por longo tempo após a vacinação, já que a covid-19 pode permanecer entre nós, como a Influenza.

Ainda que não se tenha um tratamento definitivo para os casos mais graves da doença, as equipes de saúde aprendem, a cada dia, a melhor forma de tratá-la, como indica a constante redução da taxa de mortalidade nas UTI. Este conhecimento servirá de base às futuras práticas de gestão dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), de programas e projetos arquitetônicos das unidades que integram a rede de assistência à saúde. Aos gestores caberá a difícil tarefa de se adaptar rapidamente à nova situação; já a reforma da estrutura física demandará mais tempo e maiores recursos.

Neste texto abordo algumas das mudanças que, a meu ver, deverão ocorrer no planejamento estratégico a ser adotado diante da pandemia e nos próprios ambientes hospitalares, em que são atendidos desde os casos mais simples, a nível ambulatorial, até os casos mais graves nas UTI, passando pelos casos de média complexidade, na internação clínica. A concentração de pacientes infectados e o contato com roupas, equipamentos, paredes e pisos contaminados fazem do espaço hospitalar um lugar propício ao contágio, haja vista os altos índices de infecção entre as equipes de saúde, apavorando quem precisa recorrer à hospitalização.

Em relação ao planejamento estratégico, atendo-me ao caso do Rio de Janeiro, pois pode-se aprender muito com os erros aqui cometidos. Além do criminoso desvio de recursos públicos, que poderiam salvar muitas vidas, se não fossem subtraídos para o enriquecimento de poucos, aconteceram muitos equívocos, a começar pelo afrouxamento precoce do distanciamento social praticado pela Prefeitura, incentivada pela postura do Governo Federal.

Outro erro ocorrido deveu-se à acefalia e inoperância do Governo Federal e ao açodamento com que o Governo do Estado e a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro reagiram aos primeiros sinais de que a pandemia se tornaria um gigantesco problema sanitário, recorrendo, sem avaliar outras alternativas, aos Hospitais de Campanha, construídos com estruturas de aço caríssimas, fechamentos e coberturas de plástico, versão contemporânea do antigo Hospital Barraca, de madeira e lona, utilizado no combate às epidemias no passado.

A localização desses hospitais, em estádios de futebol e em centros de convenções, como foi feito no Rio e em São Paulo, foi um grande equívoco, haja vista que a futura retomada das atividades esportivas e do turismo de negócios estaria comprometida pela ocupação desses espaços. Além disso, a infraestrutura desses equipamentos atende apenas parcialmente às necessidades da unidade hospitalar, muito mais complexas.

Outro erro foi o uso de arquitetura efêmera, que não se coaduna com o longo tempo que os hospitais de campanha teriam de funcionar (isso se tivessem sido efetivamente concluídos e funcionado, o que não se verificou com a maioria), pois a ameaça do novo coronavírus deve permanecer. A FIOCRUZ deu um banho de gestão e tecnologia, construindo, em apenas dois meses, um hospital permanente, integrado ao SUS, com 195 leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo, servidos por um sistema de exaustão e filtragem do ar para diminuir o risco da transmissão da covid-19 no ambiente hospitalar, protegendo equipes de saúde e pacientes.

Concordo inteiramente com essa iniciativa: o que é preciso para atender com resolutividade os pacientes infectados são estruturas hospitalares permanentes, localizadas, preferencialmente, junto aos hospitais da rede integrada de saúde, para que possam se beneficiar dos recursos humanos, serviços, equipamentos e infraestrutura existentes, redimensionados e adequados às novas funções (mormente na Cidade do Rio de Janeiro, possuidora de uma rede hospitalar robusta, resultante do somatório de hospitais federais, herança da condição de ex-capital da República, e de unidades estaduais e municipais).

A sinergia que se obteria entre as equipes de saúde dos hospitais da rede e as das novas estruturas, bem como o acesso aos equipamentos de diagnóstico, como aparelhos de Raio X e Tomógrafos, e à infraestrutura hospitalar já implantada, além de aumentarem a eficácia dos tratamentos, reduziriam custos, evitando a duplicação de equipamentos caríssimos. As estruturas de combate à covid-19 funcionariam como expansões do hospital existente, com total autonomia operacional durante o combate à pandemia.

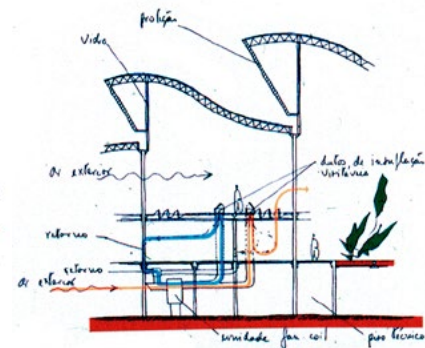
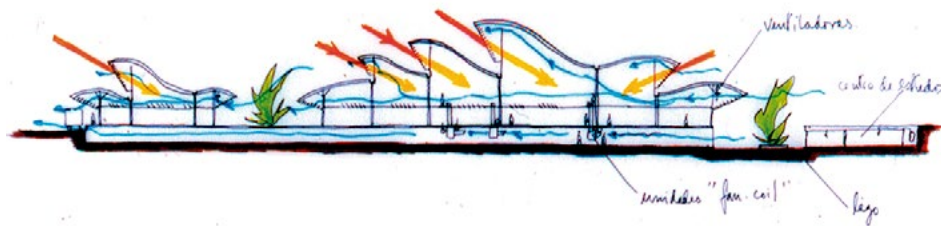


Foto de Celso Brando: Hospital Sarah-Rio, projetado pelo arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé. | Croquis: desenhados por Lelé, para explicar os sistemas de ventilação natural e mecânica do Hospital Sarah-Rio

Após o controle do vírus, as novas estruturas poderiam integrar-se ao hospital existente, modernizando-o e adequando-o aos desafios do pós-pandemia, ou serem transformadas em unidades de outro nível hierárquico, como a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e o CIAS (Centro Integrado de Assistência à Saúde), ou, até mesmo, centros de reabilitação dos pacientes infectados pelo novo coronavírus. De toda sorte, deveriam consti-

tuir estruturas permanentes e flexíveis, para poderem assumir diversas funções na rede de saúde.

No âmbito do hospital, o combate ao novo coronavírus impõe a criação de práticas e edifícios mais seguros para pacientes, equipes de saúde e visitantes. As primeiras medidas nesse sentido estão sendo tomadas pelos gestores da maioria dos hospitais, triplicando-se o rigor na limpeza e desinfecção de ambientes, roupas e equipa-

mentos, na atenção aos fluxos, no descarte do lixo e na verificação da temperatura de todos os que ingressam no hospital, entre outros cuidados.

Medidas ainda mais impactantes deverão ocorrer na estrutura física dos hospitais a médio prazo, notadamente:

- as enfermarias passarão a ser de, no máximo, dois leitos, sendo providas de sistemas de exaustão que garantam a permanente renovação do ar e, quando necessário, pressão negativa nesses e em outros ambientes, como forma de contenção do vírus;
- a necessidade de ampliar a renovação do ar no ambiente hospitalar implicará em usar os sistemas de exaustão mecânica em um maior número de ambientes.
- deverão ser projetados espaços aparelhados para a reabilitação dos pacientes curados da covid-19, principalmente os que passaram longo tempo nas UTI, que apresentem sequelas no cérebro, pulmão, rins e coração, assim como de fundo psicológico, respiratório e motor.
- deverão ser instalados vestiários para os visitantes trocarem a roupa vinda da rua por uniformes fornecidos pelo hospital, reforçando-se a exigência de que os funcionários, sem exceção, façam o mesmo em vestiário próprio;
- deverá ocorrer o aumento do número de leitos de UTI em relação aos demais leitos hospitalares, sendo provável que estes passem a ser equipados como semi-utis (a previsão do arquiteto Irineu Breitman, de que o hospital do futuro teria mais leitos de UTI do que de internação, está prestes a se concretizar);
- a entrada na UTI deverá sofrer modificações, voltando a ser feita através de vestiários de barreira, como em passado recente;
- o uso do ar-condicionado deverá ser restrito aos ambientes onde é imprescindível; para os demais a melhor solução será a ventilação natural, como nos hospitais da Rede SARAH, projetados pelo arquiteto João Filgueiras Lima. (No Sarah Rio, Lelé projetou um sistema de ventilação que permite que cada ambien-

te disponha de ventilação natural e de ar-condicionado para os dias mais quentes.)

- o uso do ultra violeta (UV) para a desinfecção de ambientes, equipamentos e roupas deverá ser ampliado, prevendo-se, inclusive, seu uso em túneis de desinfecção, por onde ingressarão as equipes médicas em ambientes mais sensíveis como as UTI.

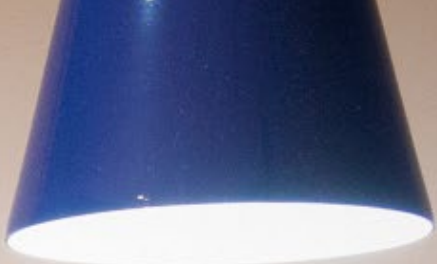
Essas mudanças são tímidas, diante da grandeza das transformações que estão por vir na arquitetura hospitalar, só equiparáveis às da revolução pasteuriana, que, ao abandonar as teorias miasmáticas e eleger os micróbios, recém descobertos, como o principal fator de transmissão das doenças, encerrou a hegemonia do hospital pavilhonar.

Hoje o adversário é infinitamente menor, nem por isso menos perigoso. Ainda pouco se sabe sobre ele e de que forma se dá a transmissão da covid-19 no ambiente hospitalar. Será apenas através dos aerossóis e dos fômites, objetos inanimados capazes de absorver, reter e transportar o vírus, ou existirão mais formas de contágio a serem descobertas?

São muitas dúvidas, mas de uma coisa estou certo, se, para mim, a arquitetura de Lelé é a imagem do hospital ideal para nos proteger desta e de futuras pandemias, é igualmente importante aprender com a obra de arquitetos e engenheiros que, no passado, contribuíram para tornar o hospital mais seguro, resolutivo e humano, como fazem os pesquisadores do Núcleo de Estudos de Urbanismo e Arquitetura em Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, e do grupo Pensamento História e Crítica do Programa da Pós-Graduação em Arquitetura, da UFRJ.

Finalizando, não posso deixar de ressaltar a importância da contribuição da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar na concepção de novos hospitais capazes de vencer doenças causadas pelo novo coronavírus e por vírus de igual ou maior letalidade que poderão surgir. Afinal, essa tarefa deve ser tratada de forma interdisciplinar, e a interdisciplinaridade é uma das melhores qualidades dos integrantes da ABDEH. 





MARILUZ GOMEZ ESTEVEES



O Desenho é um reflexo da realidade que o paciente vai viver. Arquitetura para a saúde se faz baseada no processo de trabalho.”

HISTÓRIA E EXPERTISE

Primeira mulher a assumir a presidência da ABDEH, foi a terceira gestora da Associação e tem uma trajetória importante no cenário de saúde no Brasil.

Ela é arquiteta e consultora de gestão de serviços de saúde. Mariluz Gomez Esteves atua no setor de saúde há mais de 30 anos. Fazem parte de seu currículo a direção da Pró-saúde Arquitetura, inúmeros trabalhos de consultoria de gestão em serviços de saúde e a gerência administrativa do Hospital Mater Dei de Londrina.

Mariluz formou-se em 1982, pela Universidade de Brasília, onde também fez sua especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde, curso estabelecido através de convênio com o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde. A profissional é mestre em Administração de Negócios, com vasta atuação em projetos de arquitetura e coordenação de projetos de edificações de saúde.

Começou sua atuação no setor em 1983. De Brasília, Mariluz, que sonhava ser professora universitária, mudou-se para Londrina (PR), depois de passar em um concurso para lecionar na Universidade Estadual de Londrina (UEL). “Na UEL, eu estava muito ligada à área de saúde e foi daí que vieram os contatos e convite para meu trabalho como administradora do Hospital Mater Dei. Eu fui administrar o hospital porque em 1986 estávamos passando por uma crise violenta no país. Foi muito interessante, porque eu pude aprender o modo como hospitais daquele tipo funcionavam”.



Hospital Santa Izabel | Fachada PA Adulto | Salvador, BA

Foi a formação em estatística, em Contabilidade e, claro, em Arquitetura e Sistemas de Saúde, que possibilitaram à Mariluz o sucesso na administração do Hospital.

À frente da Pró-Saúde, Mariluz desenvolveu e aprimorou métodos para avaliar, dimensionar e elaborar projetos para a implantação de Estabelecimentos Assistenciais e outros de interesse na área da saúde, oferecendo, a este setor, soluções desde a fundamentação das decisões iniciais até a elaboração dos projetos.

Utilizando a experiência dos projetos desenvolvidos em seu escritório, ela desenvolveu ferramentas que auxiliam a tomada de decisão e o pré-dimensionamento da instituição de saúde. “Estabelecemos um parâmetro para dizer ao cliente, através do número de leitos, quantos metros quadrados ele precisa. Isso me ajuda a dizer se cabe ou não cabe, e, no dimensionamento do projeto, consigo mostrar para o cliente o que ele vai ter em termos de espaço e qual a solução mais econômica a adotar”, explica Mariluz.

Destaque

Durante toda sua carreira, a arquiteta desenvolveu mais de mil projetos. Entre eles, destacam-se os Planos Diretores. “Eles são o que mais gosto de fazer, são os destaques em meu percurso profissional”, afirma Mariluz Gomez.

Juntamente com os Planos Diretores que desenvolve, ela faz o acompanhamento do cliente, para alinhar o planejamento estratégico com o planejamento físico do hospital. Atual-

mente, estão em acompanhamento quatro Planos Diretores para hospitais desenvolvidos pela arquiteta:

- Hospital Santa Rita, em Vitória (ES). O acompanhamento é feito desde 2007, há 13 anos. A instituição saiu de 25 mil metros quadrados para 40 mil metros quadrados e deve chegar a 62 mil metros quadrados ao final da expansão.
- Hospital Santa Izabel, que faz parte da Santa Casa de Misericórdia da Bahia e fica em Salvador. O acompanhamento, neste caso, começou em 2013. Deve-se destacar, neste hospital, o novo Pronto-Socorro, que precisou seguir normas de preservação de patrimônios históricos, já que o prédio é tombado.
- Policlínica de Pato Branco, no Paraná. O Plano Diretor desta instituição foi entregue em 1996. São 24 anos de acompanhamento, que incluem inúmeras mudanças, ampliações e adequações.
- Hospital São Vicente de Paulo. Localizado em Guarapuava (PR), possui um Plano Diretor desde 2013.

A atuação na ABDEH

Mariluz Gomez se associou a ABDEH pouco depois da fundação. Ela, que tinha sido aluna de um dos fundadores da Associação, João Carlos Bross, era bem relacionada no setor de saúde e recebeu o convite de Bross para assumir a presidência da Associação. Convite aceito, ela viajou pelo Brasil, ao lado do então presidente Jaime Castro, para conhecer melhor o trabalho da Associação.



Hospital Santa Rita de Cássia | Fachada frontal | Vitória, ES

“Começamos a afiliar as pessoas pelo País. Na época, a ABDEH tinha cerca de 60 associados, quando terminei meu mandato eram cerca de 300. Esse crescimento foi muito importante, pois a ABDEH cumpre um papel único de reunir as pessoas que estão trabalhando nesta área.”

A arquiteta acredita que a ABDEH tem contribuído muito para o crescimento dos conhecimentos em arquitetura para saúde no Brasil, mas sente falta de uma certificação para os profissionais da área. “Existe uma dificuldade muito grande com os honorários dos profissionais. Uma certificação, que valorizasse os profissionais com especialização e experiência, por exemplo, poderia garantir melhor qualidade e preços justos para o trabalho dos profissionais qualificados”. **A**

MAIS SOBRE MARILUZ GOMEZ ESTEVES

É Arquiteta e Urbanista com especialização em Arquitetura do Sistema de Saúde pela Universidade de Brasília (1982) e Mestre em Administração pela Universidade Estadual de Londrina (2005). Tem experiência na área de Arquitetura Hospitalar e do Sistema de Saúde e em Administração de Organizações Hospitalares. É Diretora Executiva da Pró-saúde Arquitetos Associados.

PERFORMANCE
QUE VOCÊ SENTE,
DESIGN QUE
IMPRESSIONA.

Ecophon Hygiene Performance™

O forro perfeito para o ambiente hospitalar. Uma das muitas soluções acústicas do portfólio Acústica & Design Saint-Gobain.



Suporta lavagens a vapor e pressão



Resistente a detergentes
e desinfetantes



Fácil de limpar



Garante alta qualidade do ar interno



Adequado para áreas
úmidas e laboratoriais



Fácil manutenção

www.saint-gobain.com.br



EcophonBrasil



ecophontv



ecophon_brasil

www.ecophon.com/br



Placo
SAINT-GOBAIN

ISOVER
SAINT-GOBAIN

Ecophon
SAINT-GOBAIN

OWA
Sonex
BRASIL

Projeções pós covid-19: o papel do arquiteto para a saúde

Letícia Thais de Marchi Furuya

Arquiteta, Especialista

Silvana Aparecida Alves

Arquiteta, Doutora

Elza Maria Alves Costeira

Arquiteta, Doutora

RESUMO

A instauração da pandemia de covid-19 causou grande e repentino impacto em diversas instâncias conhecidas pela população. Tratando a saúde como tópico complexo, lida-se com um conceito que extrapola a fisiologia do indivíduo (bem-estar físico) e incorpora outros fatores, como o bem-estar mental e social. Este trabalho visa provocar a reflexão sobre possíveis tendências, após a queda da curva de contágio, na retomada ou não das atividades comunitárias e na resignificação de hábitos e comportamentos. Mais ainda, visa impelir à reflexão sobre o papel do arquiteto voltado para a área da saúde, transpondo a ideia de que sua atuação se limita às de-

finições do desenho arquitetônico. A metodologia desta pesquisa fez uso de levantamento bibliográfico, para situar o leitor diante de diversos aspectos deste momento pandêmico, de aplicação de questionários em profissionais de formações diversas, que atuam direta ou indiretamente no ramo da saúde e de entrevistas com arquitetos experientes na elaboração de projetos para estabelecimentos de saúde.

Palavras-chave: Arquitetura para saúde, Arquitetura Hospitalar, Infraestrutura e covid-19.

ABSTRACT

Post covid-19 projections: the role of the healthcare architect

The covid-19 pandemic consolidation has had a major and sudden impact on several instances that population has known so far. Healthcare is a complex matter, we deal with a concept that goes beyond the simple individual physiology (physical well-being), including other factors such as mental health and social well-being. This Article aims to instigate a reflection about the possible trends after the infection curve is flattened, the resumption or not of the community activities, and re-signification of people's habits and behavior. Furthermore, it aims

to encourage a reflection about the role of the healthcare architect, surpassing the idea that their performance may be limited to the architectural drawing. To reach these goals, the methodology used in this paper merge the results of a bibliographic search to acquaint the reader about the several aspects of this moment, a questionnaire answered by professionals who work directly or indirectly in healthcare and interviews given by architects with experience in designing for healthcare facilities.

Keywords: Healthcare architecture, Hospital architecture, Infrastructure and covid-19.

INTRODUÇÃO

Diante do cenário mundial contemporâneo, moldado principalmente pela pandemia do novo coronavírus, há um movimento sinérgico em torno de questionamentos pertinentes ao bem-estar dos cidadãos, principalmente para que o restante da estrutura social, política e econômica continue a se sustentar e prosperar. No que diz respeito à arquitetura para saúde como ciência humana, esta deverá levar em consideração não apenas ao desenho de uma edificação que atenda a um programa de atividades e necessidades definidas pelos seus idealizadores (empreendedores) mas, também, a um conjunto de fatores que condicionam e interferem na percepção e na experiência dos usuários na utilização do espaço. Abre-se espaço para o questionamento sobre qual a contribuição que o arquiteto focado na área da saúde poderá dar, extrapolando a tarefa de idealização de espaços físicos, participando da conceituação como um todo do negócio, suas ideologias e planos de ação.

Objetivos e metodologia

É importante a reflexão sobre como a pandemia pode nos levar a ponderações que transponham os números e tratem os cidadãos como indivíduos capazes de contribuir com suas experiências para a escolha de ferramentas e enriquecimento de estratégias no setor da saúde. Para tanto, efetuou-se, através de uma metodologia qualitativa e exploratória, pesquisa de opinião sobre o espaço pós-covid-19 em estabelecimentos de saúde. Acreditando nesse potencial de contribuição do usuário, este trabalho visa “dar voz” à experiência de diversos indivíduos, reunindo informações e estabelecendo conexões para discussão de tendências futuras. Assim, pretende-se discutir a contribuição que o arquiteto poderá trazer para o projeto dos estabelecimentos de saúde, aliando aspectos físicos, sociais, comportamentais e tecnológicos.

Através da elaboração e aplicação de formulário *online* com usuários cujo trabalho interfaceia, direta ou indiretamente, com o espaço hospitalar, buscou-se reunir experiências profissionais, sensoriais e comportamentais. Como complemento desta análise, foram realizados colóquios informais com dois arquitetos, Umoatã Almeida (MOA Arquitetura) e João Carlos Bross (Bross Arquitetura), atuantes em projetos para a área da saúde, além de se buscar contribuições pontuais de dois profissionais da área de soluções e inovação para saúde, Fábio Luis Ribeiro Pereira e Maira Zanatta Viegas de Carvalho e Oliveira, por meio de entrevistas.

Contexto histórico: saúde e o espaço hospitalar

O conceito de saúde do indivíduo extrapola o simples estado de ausência de morbididades, envolve outros fatores relacionados ao ambiente em que se insere. Segundo Marsiglia, Barata e Spinelli (2018), a saúde deve ser vista como um estado de equilíbrio entre os fatores relativos ao “agente”, ao “hospedeiro” e ao “meio-ambiente”.

Antes do século XVII, os espaços de tratamento dos pacientes eram as suas próprias moradias ou estruturas religiosas de caridade. Ao final do século XVIII, em Paris, houve a instituição de novos padrões, que impactaram na tipologia básica destes espaços, reconhecendo-se alguns fatores do ambiente como importantes agentes capazes de prover a saúde (BURPEE, 2008).

Florence Nightingale, no século XIX, defendeu a valorização do espaço como promotor da cura. Seus princípios sugerem uma estrutura hospitalar horizontalizada, contato com o ambiente externo, espaço para jardins e captação de iluminação e ventilação natural, contribuindo para a caracterização do partido “pavilhonar”.

A disposição arquitetônica hospitalar sofreu diversas alterações de acordo com as influências históricas. Durante a Segunda Guerra mundial, a eficiência tomou a frente das instituições, sendo priorizada diante do conforto e

a humanização no tratamento dos enfermos. Ao final do século XX, nota-se a retomada dos conceitos humanizadores, defendendo-se um espaço que permita o contato com o meio ambiente, com mais conforto e capaz de minimizar as condições de estresse (BURPEE, 2008).

Diante da premissa de que a edificação hospitalar possui alto grau de impacto urbano, o seu desenho acompanhou a tendência de criar espaços que dialogam com a malha urbana, com o início do processo de descentralização de seus serviços, em um conceito de formação de centros especializados menores. Esta configuração aumenta a flexibilidade dos espaços, cada vez mais necessária diante de uma realidade em constante mutação na prestação de serviços da saúde (BURPEE, 2008).

Segundo Bross (2006), a elaboração do projeto deverá superar os horizontes do desenho, ao compreender primeiro qual a sua função como negócio e a proposta de seus idealizadores. O arquiteto deverá fazer parte do desenvolvimento do pensamento crítico e empresarial da instituição, no âmbito da identificação de perfil do usuário, desenvolvimento de programa operacional, descrevendo atividades e diretrizes de ação, para que o programa espacial do projeto carregue não somente a parte técnica mas, também, o propósito do negócio. A participação do arquiteto em todas as fases do planejamento estratégico e criação do espaço institucional poderá contribuir para visualização de oportunidades e fatores de viabilidade do empreendimento.

Surto, epidemia e pandemia na história

O aumento de número de casos de uma doença em uma região em um curto espaço de tempo é denominado surto. A ocorrência de surtos em diferentes regiões é definida como epidemia que, ao transpor os limites continentais na disseminação de casos, é denominada pandemia (UNIFESP, 2020). Nossa civilização já vivenciou diversos episódios em que a população foi acometida por morbididades altamente letais, como a Praga de Justiniano (543 a.C.),

Peste Bubônica (Séc. XIV), Gripe Espanhola (1918-1919), com estimativas de 100 milhões, 75 à 100 milhões e 50 à 100 milhões de mortes respectivamente (BARNATO, 2015).

Charles Klajman (2015) discute a correlação entre a pandemia da gripe espanhola, em 1918, e da gripe suína (H1N1), em 2009, apontando diversos padrões entre os principais surtos de influenza na história do século XX e XXI. Uma de suas reflexões discute a forma como o desenvolvimento da civilização, novos padrões de consumo, exploração de novas tecnologias e produção em larga escala caracterizam fatores que predispõem à incidência de moléstias e o risco de episódios similares acontecerem. Arelada a estes fatores, a globalização facilita o aumento do fluxo entre países e continentes, propiciando um cenário favorável para uma rápida disseminação de patógenos e, conseqüentemente, possíveis pandemias.

Relevância dos fatores sociais em episódios epidêmicos ou pandêmicos

Há vasta literatura científica apontando a relação entre o adoecimento em massa e questões socioeconômicas. A perspectiva ecológica avalia as doenças coletivas e visa superar a dicotomia entre indivíduo e sociedade, reforçando o conceito de que a enfermidade se instaura não só pela interação entre o agente etiológico e o hospedeiro, mas, também, pela influência do meio em que se encontra o indivíduo, estando o fator “social” incluso, conforme afirma Marsiglia, Barata e Spinelli (2018): “Doença e estrutura social não devem ser vistas como dois elementos ou dois fenômenos distintos, mas como partes de uma mesma totalidade, que é histórica e socialmente condicionada.”

Marsiglia, Barata e Spinelli (2018) também trazem, por meio de citações de Rudolf Virchow e Michel Foucault, a afirmação de que a doença em grande contingente de pessoas está ligada a períodos de vivência transtornada e desigual da sociedade.

Pandemia covid-19

No dia 31 de dezembro de 2019 foi registrado, na província de Hubei, na China, casos de pneumonia sem causas definidas. Doze dias depois, com o sequenciamento

genético do agente causador, puderam identificar que se tratava de uma nova variação do coronavírus, sendo nomeado SARS-CoV-2 e a doença de covid-19. No dia 11 de março de 2020, com a incidência de casos em todos os continentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou a instauração de uma pandemia (WHO, 2020).

A OMS apoia a pesquisa de universidades e organizações sem fins lucrativos para formar um banco de dados sobre intervenções aplicadas no mundo todo, no combate à covid-19. Nesse contexto, redigiu um manual com orientações sobre Infecções Respiratórias Agudas Graves (SARI, em inglês), com foco no combate ao coronavírus em países de renda baixa ou média. O documento trata de planos, diretrizes e acompanhamento de casos para compreensão do estágio pandêmico em que o país se encontra, orientando a tomada de decisões e medidas a serem adotadas para controle da situação. O material apresenta sugestões de disposição (*layout*) dos espaços de saúde, de acordo com o fluxo de pacientes e a complexidade dos procedimentos, indicando espaços exclusivos para que a equipe possa atuar de maneira segura (WHO, 2020)b.

Até o momento, evidencia-se que quanto maior a quantidade de testes aplicados na população, maior a agilidade na identificação de casos e respectivas respostas, orientando a tomada de medidas estratégicas (MANIR, 2020). Com a abordagem envolvendo a utilização de inteligência artificial, foi possível averiguar que quanto mais informações se inserem no sistema, maiores as chances de predição de casos, antecipando-se às possíveis infecções (GIBNEY, 2020). O tempo gasto nas tomadas de decisão e ações pode ser determinante para o controle da pandemia pelos países, refletindo-se no impacto em sua população.

A pandemia do covid-19 e o panorama estratégico no Brasil

No dia 13 de março, o Ministério da Saúde regulamentou critérios para o isolamento e quarentena (Portaria 356), orientações adotadas por estados e municípios brasileiros alguns dias depois (QUIQUETO, 2020). Segundo Toledo (2020), uma pesquisa apoiada pela FAPESP (Fundação

de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) evidencia que, antes da implantação das medidas de isolamento, a taxa de contágio (R_0) estava em torno de 3, ou seja, uma pessoa poderia contaminar outras três. Após a utilização das medidas, este índice chegou a ficar abaixo de 1 nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, retomando seu crescimento conforme a adesão às medidas de isolamento diminuía. Especialistas afirmam que somente quando esta taxa se mantém abaixo de 1 por algumas semanas, o contágio começa a desacelerar.

No Brasil, temos uma amostragem da população extremamente defasada, dificultando o rastreamento de dados dos cidadãos, fato que contribui para o atraso na tomada de decisões estratégicas, decisivas no combate ao covid-19. Com o segundo maior índice de mortes no mundo, com 121.727 ocorrências registradas até o momento, apenas 67.442 testes foram aplicados por milhão de habitantes, representando o equivalente a 6,74% da população (índices aferidos no dia 01/09/2020) (WORLDOMETERS, 2020).

Por outro lado, o Sistema Único de Saúde (SUS), frente à pandemia covid-19, dá sinais de força e de ação. O SUS foi regulamentado pela Constituição Federativa de 1988 como sistema de saúde pública no Brasil, consistindo em um conjunto de ações e de serviços prestados nas diferentes instâncias governamentais: municipais, estaduais e federais. A chegada da covid-19 evidenciou o poder do sistema de saúde pública através da absorção de demanda quase que imediatamente, favorecida pela capilaridade do sistema e regionalidade de sua atuação (MARTINS, 2020).

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) compara a quantidade de leitos de Unidade de Trata-

mento Intensivo (UTI) disponíveis por demanda, considerando a proporção paciente SUS/leito e pacientes da rede privada/leito, e demonstra que, apesar da evidente redução na desigualdade entre os sistemas público e privado de saúde, de 2015 a 2020, a proporção de leitos no SUS ainda é insuficiente, não atendendo ao recomendado pela OMS, que é de 3 leitos a cada 10.000 habitantes (AMIB, 2020). A figura 1 demonstra a comparação de leitos de UTI do SUS e da rede privada.

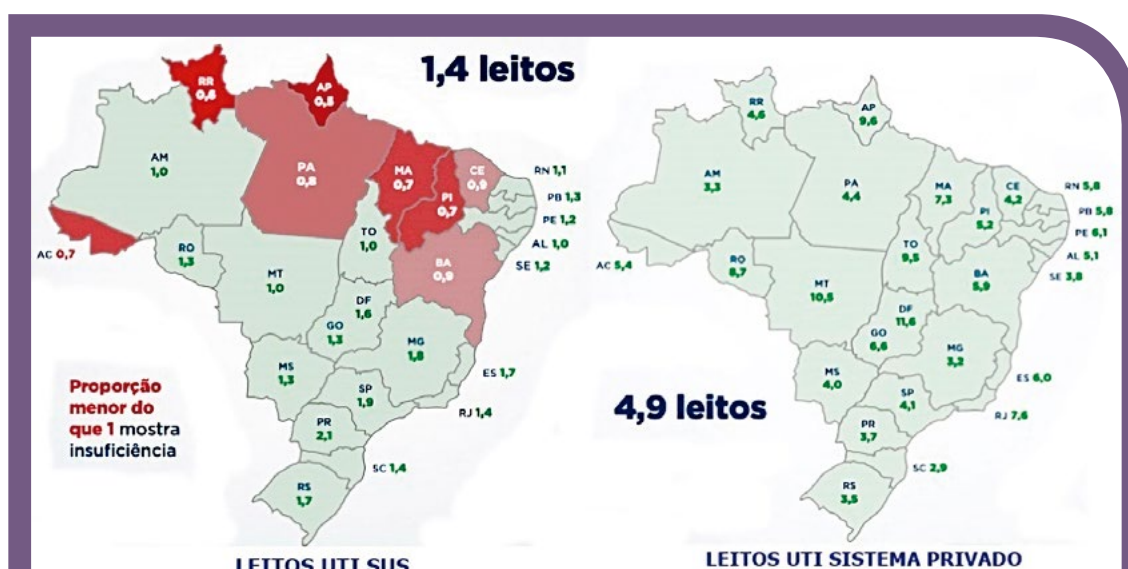


Figura 1 – Disponibilidade de leitos de UTI a cada 10.000 habitantes no SUS e no sistema privado de saúde | Fonte: AMIB, 2020b

Esta defasagem, contudo, não representa menor capacitação do setor público. O indicador denominado SOFA (Avaliação Sequencial de Falência Orgânica) determina uma pontuação para a gravidade do paciente de acordo com observação de diversas condições, sendo mais grave quanto maior que 1. Nas UTI do sistema público, esse score chegou a registrar 5,7. Quase o dobro do sistema privado, que ficou em 3,1. Profissionais da área mencionam que a causa desta grande diferença nos índices, provavelmente, está atrelada à demora no acesso aos serviços, seja pela dificuldade do acesso aos hospitais, seja pelo tamanho da fila de espera pelo atendimento adequado (MADEIRO, 2020).

Tendências pós covid-19

A nível nacional, a imagem, antes desfavorecida, do Sistema de Saúde Pública no Brasil encontra a possibilidade de ganhar maior visibilidade diante da população, por sua atuação decisiva e da clara contribuição na absorção do impacto do aumento das demandas nas instituições de saúde. O vice-presidente da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), professor Reinaldo Guimarães, traz uma reflexão sobre a importância do SUS no momento de pandemia. Para ele, o maior aprendizado deste momento, é de que países com sistemas universais de saúde possuem maior capacidade para enfrentar desafios emergenciais (MARTINS, 2020).

A urgente demanda gerada pela pandemia conduziu ao aumento nos investimentos na área da saúde, antes estagnados pela Emenda Constitucional 95. Segundo o Painel de Compras covid-19, disponível no portal de transparência do Governo Federal, entre materiais e serviços, houve mais de cinco mil aquisições de insumos para a saúde no combate à pandemia, com investimento, até 28 de junho 2020, de R\$2.182.928.721,81 (BRASIL, 2020).

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) divulgou algumas medidas de combate a covid-19, entre elas o incentivo à pesquisa científica, com investimentos no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (MCTI, 2020). Em comparação com outros países, o investimento proposto pelo MCTI (R\$70.000.000,00), que representa 1,8% do orçamento anual para pesquisa e inovação, foi considerado baixo, na avaliação de pesquisadores do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Segundo o grupo, os investimentos retraídos deixam o Brasil despreparado tecnologicamente e na disponibilização de equipamentos e tratamentos, mantendo-se dependente das descobertas de outras nações. Os Estados Unidos, Reino Unido e Alemanha registraram, neste item, apoio de 4%, 11% e 12% respectivamente (NORTE, 2020).

Para Eduardo Massad, médico, físico e professor de matemática aplicada, a pandemia do novo coronavírus

pode não ser considerada a única que acometerá a população global nos próximos anos. A covid-19 é referenciada, por Massad, como um ensaio para um episódio ainda mais grave, baseando-se na sequência histórica de infecções com alta taxa de letalidade. Ressalta, contudo, que ainda não há evidências científicas sobre esta afirmação. Segundo ele, a principal lição desta pandemia é constituída pelas estratégias de implantação de medidas de distanciamento social (MANIR, 2020).

No âmbito da arquitetura, cabe aos projetistas planejar os espaços de saúde considerando as questões relacionadas às pandemias e ao risco de novas ocorrências pós covid-19. Nesse sentido, foi efetuada, no presente trabalho, uma pesquisa exploratória, com a intenção de observar a visão de profissionais que atuam na elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde sobre as possíveis tendências que impactarão nesses projetos a partir da experiência da pandemia.

Resultados da aplicação de questionário

Um dos métodos utilizados nesta pesquisa foi a aplicação de questionário, desenvolvido em plataforma *online* e enviado a prestadores de serviços diretos ou indiretos no espaço hospitalar. Ao reunir os principais resultados obtidos, destacam-se os seguintes pontos:

■ Condições circunstanciais/Impactos emocionais:

Na opinião de grande parte dos entrevistados, as alterações circunstanciais mais impactantes e notadas no ambiente hospitalar foram o aumento da demanda, do estresse, da fadiga (65%) e redução da equipe de atendimento, ocasionando sobrecarga e queda na produtividade. Mencionam, também, a instauração do medo da contaminação, aumentando a ansiedade.

■ Processos:

Diante dos desafios encontrados, novos protocolos foram instaurados dentro do ambiente de trabalho, como a alteração nas formas de comunicação, no registro dos processos (55%) e na migração para ferramentas que permitem o trabalho remoto. Os entrevi-

tados evidenciaram a necessidade de reinvenção da forma de prestarem serviços.

▪ Espaço físico:

Em relação ao espaço físico, grande parcela dos entrevistados indicou a flexibilização temporária no uso dos ambientes e a alteração de fluxos de pacientes e colaboradores. A utilização de estruturas temporárias, com intuito de atender à nova demanda, também foi destacada.

Entrevistas

A seguir, trazemos algumas reflexões baseadas em conversas informais realizadas com dois profissionais arquitetos que atuam há longo tempo na área da arquitetura para estabelecimentos de saúde: Umoatã Almeida, arquiteto e sócio proprietário da MOA Arquitetura (fundado em 2005) e João Carlos Bross, arquiteto e sócio proprietário da Bross Arquitetura (fundada em 1960). Além destas entrevistas, tivemos contribuições pontuais de dois profissionais da área de soluções e inovação à saúde, Fábio Luis Ribeiro Pereira e Máira Zanatta Viegas de Carvalho e Oliveira. O que se apresenta é o resultado síntese das entrevistas.

Já há algum tempo vêm-se discutindo a instauração do processo de desospitalização, tratando da possibilidade de descentralização dos serviços de atenção à saúde (consultas, procedimentos ambulatoriais, exames diagnósticos e de terapia etc), atualmente ofertados nas instituições hospitalares. Neste caso, o atendimento de rotina ou de intercorrências de menor complexidade poderão convergir para centros médicos especializados em outras áreas da cidade, assegurando a redução da exposição destes pacientes a outros patógenos.

Outro fator que poderá contribuir para a redução da demanda de espaço físico será a possibilidade da recuperação de pacientes à distância, em suas casas, ou atendimento de pacientes com ocorrências de baixa complexidade de maneira remota, através do uso da telemedicina. O uso da tecnologia aliada aos serviços de saúde não é uma atitude necessariamente inovadora, mas a não utilização da telemedicina é um dos paradig-

mas que vêm sendo quebrados, diante da realidade do isolamento social.

No Brasil foram desenvolvidos vários aplicativos para *smartphones*, específicos para o acompanhamento da disseminação do novo coronavírus, com o objetivo de disseminar informações sobre a doença e realizar atendimentos à distância através do “TeleSUS”, possibilitando também o acesso ao canal de atendimento através do aplicativo de comunicação *Whatsapp*. Há, ainda, a proposta da utilização do “Disque Saúde” através do número 136.

Levando em consideração a análise da perspectiva dos profissionais de soluções e inovação, a implantação da telemedicina pode garantir maior amplitude de atendimento, facilitando a disseminação de informações e orientações mais assertivas à população. Por outro lado, esta tecnologia poderá não se mostrar tão efetiva para classes sociais mais baixas, uma vez que uma grande parcela da população não possui acesso a dispositivos que permitam utilizá-la – situação similar à encontrada na implantação de ensino remoto no sistema público de educação.

Segundo Bross, o arquiteto voltado para área da saúde deve compreender e participar da formação do negócio para o qual irá realizar a conceituação de edificações. O pensamento crítico deve extrapolar os desenhos técnicos, contribuindo para a elaboração de um conjunto de estratégias inteligentes e capazes de viabilizar a proposta, através da eficiência e rentabilidade. Cabe, ainda, refletir se o desenho se desenvolve em torno da saúde ou das enfermidades em si. O conceito de saúde deve abarcar todos os fatores que envolvem o indivíduo, não somente os agentes etiológicos, mas, também, o meio em que se insere (constituído por instâncias sociais, culturais, econômicas, políticas e sanitárias).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reunião de informações e dados sobre os impactos em diferentes frentes da saúde, no contexto pandêmico, destacou a perspectiva multidisciplinar que a arquite-

tura demanda, levando em consideração não apenas o programa físico dos estabelecimentos, mas todo o contexto político, social, econômico e anímico envolvido nos serviços de saúde.

A troca de reflexões e experiências no contato com os usuários, através da aplicação de um questionário, foi extremamente rica e certamente definiu novos direcionamentos para a pesquisa e seus resultados. Já os colóquios informais (entrevistas) com profissionais, da área da arquitetura e inovação, propiciaram um espaço maior para geração de novas ideias e condução de questionamentos.

A já existente discussão do processo de desospitalização (com a ressignificação dos usos das edificações de saúde), caracterizado pela descentralização do atendimento médico e o uso frequente da telemedicina, possibilita visualizar um cenário em que a promoção da saúde não esteja atrelada a apenas um tipo de edificação (hospitais, clínicas especializadas, laboratórios), mas a todos os ambientes, que são, de certa forma, interativos no processo de desenvolvimento humano (moradia, trabalho, lazer etc).

O movimento que busca conhecer a experiência do usuário na utilização dos serviços de saúde se mostra atrelado ao desenvolvimento de sites, aplicativos e sistemas, quando, na realidade, poderá tratar também das trocas que acontecem entre indivíduos e o espaço. O uso da telemedicina pode atuar como facilitador na ampliação do raio de atuação dos profissionais e acesso dos usuários. Cabe, contudo, compreender a importância e a pluralidade do público recebido pelo sistema assistencial, para encontrar soluções acessíveis a todos.

Analisando-se os impactos diretos e indiretos da pandemia no comportamento e nas experiências do usuário, ao tratá-lo como referência central do processo criativo, é importante levar em consideração o quão expansivo

deverá ser o conceito de flexibilidade do desenho dos espaços, para que possa facilitar eventuais alterações de acordo com novas demandas. É evidente que os impactos desta experiência propiciaram diferentes formas de ressignificação em diversas instâncias. Compete a nós, arquitetos, retirarmos os aprendizados e o crescimento deste momento.

REFERÊNCIAS

- AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Benchmarking**. 2020a. Disponível em: <http://www.utisbrasileiras.com.br/sari-covid-19/benchmarking-covid-19/> . Acesso em: 29 jun. 2020.
- AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Pesquisa AMIB**. 2020b. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/maio/21/pesquisa_AMIB_Marco_2020.pdf . Acesso em: 29 jun. 2020.
- BARNATO, Katy. **History's deadliest epidemics**. 2015. Disponível em: <https://www.cnn.com/2014/10/17/historys-deadliest-epidemics.html> . Acesso em: 15 jun. 2020.
- BRASIL. Portal de Compras do Governo Federal. **Painel de Compras covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/compras/pt-br/painel-covid> . Acesso em: 29 jun. 2020.
- BURPEE, H., **History of Healthcare Architecture**. Integrated Design Lab Puget Sound, Washington: University of Washington, 2008. Disponível em: <http://www.mahlum.com/pdf/HistoryofHealthcareArchBurpee.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

GIBNEY, Elizabeth. Whose coronavirus strategy worked best? Scientists hunt most effective policies. **Nature**, [s.l.], v. 581, n. 7806, p. 15-16, 27 abr. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-020-01248-1>. Acesso em: 11 jun. 2020.

KLAJMAN, Charles. A Gripe sob a ótica da História Ecológica: um estudo comparativo entre as pandemias de 1918 e 2009. **Dialnet**, Goiás, v. 3, n. 20, p. 118-137, set. 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5380092>. Acesso em: 11 jun. 2020.

MANIR, Monica. Coronavírus pode ser só 'ensaio' de uma próxima grande pandemia, diz médico e matemático da USP. **BBC News**, São Paulo, maio 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-52389645>. Acesso em: 28 jun. 2020.

MARSIGLIA, Regina Giffoni; BARATA, Rita Barradas; SPINELLI, Selma Patti. Determinação social do processo epidêmico. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 27, n. 4, p. 1004-1012, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018000032>. Acesso em: 28 jun. 2020.

MARTINS, Pedro. **Reinaldo Guimarães ressalta importância atuação do SUS na epidemia da covid-19**. ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/entrevista-reinaldo-guimaraes-ressalta-importancia-atuacao-do-sus-na-epidemia-da-covid-19/45852/>. Acesso em: 24 jun. 2020.

NORTE, Diego Braga. **Cortes e mais cortes: o que será da ciência e da pesquisa no Brasil?** 2020. Disponível em: <https://vocesa.abril.com.br/carreira/cortes-bolsas-pesquisa-ciencia/>. Acesso em: 29 jun. 2020.

QUIQUETO, Bruno. **Decreto nº 64.862, de 13 de março de 2020 – pandemia do covid-19 (Novo Coronavírus)**.

2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/decreto-no-64-862-de-13-de-marco-de-2020-pandemia-do-covid-19-novo-coronavirus/>. Acesso em: 29 abr. 2020.

RESNICK, Lindsey R. **Trends Relevant in Healthcare Before covid-19 Will Remain So After**. 2020. Disponível em: <https://www.managedhealthcareexecutive.com/news/trends-relevant-healthcare-covid-19-will-remain-so-after>. Acesso em: 09 jun. 2020.

TOLEDO, Karina. **Coronavírus já tinha se espalhado pelo Brasil antes das medidas de contenção**. 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/06/13/covid-19-ja-tinha-se-espalhado-pelo-brasil-antes-das-medidas-de-contencao.htm>. Acesso em: 30 jun. 2020.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. **NTC Telessaúde: qual é a diferença entre surto, epidemia, pandemia e endemia?**. Disponível em: <https://www.telessaude.unifesp.br/index.php/dno/redes-sociais/159-qual-e-a-diferenca-entre-surto-epidemia-pandemia-e-endemia>. Acesso em: 11 jun. 2020.

WHO. World Health Organization. **Q&A: Influenza and covid-19 - similarities and differences**. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-similarities-and-differences-covid-19-and-influenza>. Acesso em: 28 jun. 2020

WHO. World Health Organization. **Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre**. Geneva, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/severe-acute-respiratory-infections-treatment-centre>. Acesso em: 04 abril 2020.

WORLDMETERS. **Coronavirus Worldwide Graphs**. 2020. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/worldwide-graphs/>. Acesso em: 01 set. 2020. 

Neuroarquitetura aplicada em edificações de saúde: *design* como aliado no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista

Alessandra Siqueira Faleiro

Arquiteta, Especialista

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo estudar como aspectos da neurociência podem ser aplicados à arquitetura, com foco no *design* aliado ao tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica sobre a neuroarquitetura e o Transtorno do Espectro Autista. Com base nos referenciais teóricos pesquisados, foi possível destacar os elementos ambientais propícios ao tratamento de crianças autistas, considerando, prioritariamente, a humanização do ambiente hospitalar. Tomando por base os estudos sobre o comportamento humano, percebeu-se que determinadas regiões do cérebro podem ser ativadas por elementos ambientais. Este estudo considera

não só o ambiente a ser projetado, mas as características dos usuários, cultura, contexto da edificação, localização, dentre outros fatores que interferem diretamente nas características da edificação e na recuperação dos pacientes. Por meio da neuroarquitetura, juntamente com os estudos comportamentais da criança autista, é possível desenvolver projetos arquitetônicos focados no desenvolvimento desses indivíduos, aliando a arquitetura às metodologias e protocolos de tratamento.

Palavras-chave: Arquitetura Hospitalar, Neuroarquitetura, Autismo, Transtorno do Espectro Autista.

ABSTRACT

Neuroarchitecture applied in health buildings: design as an ally in the treatment of children with Autism Spectrum Disorder

This work aims to study how aspects of neuroscience can be applied in architecture, focusing on design combined with the treatment of children with Autism Spectrum Disorder. The methodology used was bibliographic research on neuroarchitecture and Autism Spectrum Disorder. Based on the researched theoretical references, it was possible to highlight the environmental elements conducive to the treatment of autistic children, considering, primarily, the humanization of the hospital environment. Based on studies on human behavior, it

was realized that certain regions of the brain can be activated by environmental elements. This study considers not only the environment to be designed, but the characteristics of users, culture, building context, location, among other factors that directly interfere with the building's characteristics and the recovery of patients. Through neuroarchitecture, with the behavioral studies of autistic children, it is possible to develop architectural projects focused on the development of these individuals, combining architecture with methodologies and treatment protocols.

Keywords: Hospital Architecture, Neuroarchitecture, Autism, Autism Spectrum Disorder.

INTRODUÇÃO

Os espaços projetados por arquitetos vão além da funcionalidade e da estética. Sabe-se que, através da intuição e das experiências vividas, algumas características do espaço arquitetônico trazem aconchego, estímulo da criatividade ou tranquilidade em um determinado ambiente. Porém, entendendo a necessidade de comprovação científica, arquitetos e pesquisadores de diversas áreas estão, a cada dia, aprofundando os estudos acerca dos estímulos que os ambientes geram no comportamento humano. O cérebro é constantemente influenciado pelo ambiente e isso é extremamente relevante na hora de projetar.

No caso dos estabelecimentos de saúde, esses estudos se tornam mais importantes e os desafios dos arquitetos se potencializam. Diversos fatores devem ser levados em consideração no projeto desses espaços, como a busca por ambientes propícios para a recuperação e o bem-estar dos pacientes e acompanhantes, não esquecendo os espaços que estimulem a produtividade dos profissionais de saúde. O contexto em que a edificação está inserida, a especialidade, cultura e faixa etária dos usuários da edificação são fatores fundamentais para a elaboração de um projeto arquitetônico eficiente. O arquiteto precisa aliar as necessidades do cliente com a recuperação de forma humanizada do paciente, idealizando cada espaço construído considerando seu uso particular.

Nesse sentido, percebe-se que a neuroarquitetura auxilia na busca por avançar além da estética e necessidades de uso. Além da funcionalidade, que é de suma importância para o desempenho das atividades da área de saúde, adiciona-se a preocupação com a estimulação e o bem-estar dos pacientes e colaboradores, para que o processo de cura seja eficiente. Nesse ponto, a neuroarquitetura pode ajudar a atender às necessidades dos diversos setores hospitalares, sem deixar de considerar o ponto de vista do paciente. O conhecimento da neurociência aplicada à arquitetura torna-se, portanto, fundamental para a construção de uma edificação humanizada.

As clínicas e hospitais especializados merecem uma atenção diferenciada por parte do arquiteto. Algumas características físicas e/ou mentais dos indivíduos necessitam de elementos arquitetônicos específicos dentro da estrutura do edifício. Cada tipo de usuário deve ser alvo de consideração particular. O deficiente visual, por exemplo, necessita de cuidado com a parte tátil na comunicação visual, os pacientes com mobilidade reduzida necessitam de espaços amplos, já os pacientes autistas precisam de cuidado com a estimulação dos sentidos e, ao mesmo tempo, trabalhar com elementos lúdicos, para o incremento da socialização, segurança e autonomia. Baseado nessas questões, o presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a relação entre a neuroarquitetura aplicada aos ambientes especializados no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

Neuroarquitetura

O comportamento humano, gerado a partir de experiências com espaços abertos ou fechados, construídos ou naturais, são levados em consideração, já há algum tempo, no desenvolvimento dos projetos arquitetônicos. Os efeitos que o ambiente, com sua determinada função, causam no organismo humano faz parte do processo de criação de cada ambiente. Quando se estuda a relação entre as reações do cérebro e o espaço construído, contudo, podem-se ter entendimentos variados sobre os motivos de determinados ambientes estimularem diferentes comportamentos e sentimentos.

A neuroarquitetura constitui a aplicação da neurociência aos espaços construídos, analisando os efeitos que o ambiente gera no cérebro e no comportamento humano. O uso oficial do termo está ligado à criação, em 2003, da *Academy of Neuroscience for Architecture* (ANFA, 2020), em San Diego, na Califórnia (EUA). O neurociên-

tista Fred Gage e o arquiteto John Paul Eberhard fizeram diversos estudos, pesquisas e descobertas, na década de 1990 (chamada de “década do cérebro”), e ajudaram a impulsionar discussões sobre a aplicação da neurociência na arquitetura (MENA, 2019).

A missão da Academy of Neuroscience for Architecture é promover e aprimorar o conhecimento que vincula a pesquisa em neurociência a uma crescente compreensão das respostas humanas ao ambiente construído. A academia se beneficia do crescente número de pesquisas que evoluíram na comunidade de neurociências, nas últimas duas décadas, e da promessa de ainda mais no próximo século. Alguns observadores caracterizaram o que está acontecendo na neurociência como a fronteira mais emocionante do conhecimento humano desde o Renascimento. Toda a humanidade deverá se beneficiar dessa área de pesquisa de inúmeras maneiras. A arquitetura tornou-se parceira no desenvolvimento da aplicação dessa base de conhecimento, a fim de aumentar sua capacidade de servir a sociedade. (ANFA, 2019, [n.p.], traduzido pela autora).

Para compreender a neuroarquitetura, será preciso entender o que é a neurociência e suas áreas de ramificação. A neurociência é o “estudo sobre o sistema nervoso e suas funcionalidades, além de estruturas, processos de desenvolvimento e alguma alteração que possa surgir no decorrer da vida”. (AUTISMO E REALIDADE, 2019, [n.p.]). Segundo Roberto Lent, pesquisador da UFRJ, o termo correto seria neurociências, pois existem cinco áreas de estudo:

A Neurociência Molecular tem como objetivo de estudo as diversas moléculas de importância funcional no sistema nervoso e suas interações; a Neurociência Celular aborda as células que formam o sistema nervoso, sua estrutura e sua função; a Neurociência Sistêmica considera populações de células nervosas situadas em diversas regiões do sistema nervoso, que constituem sistemas funcionais como o visual, o auditivo, o motor etc; a Neurociência Comportamental dedica-se a estudar as estruturas neurais que produzem comportamentos e outros fenômenos psicológicos, como a emoção; a Neurociência Cognitiva trata das capacidades mentais mais complexas, geralmente típicas do homem, como a linguagem, a autoconsciência, a memória etc (LENT, 2004, p. 6).

Neste trabalho, a Neurociência Comportamental e a Neurociência Cognitiva serão as ramificações estudadas, já que possuem relações diretas com a arquitetura, refletindo o comportamento, memória e emoção. Levando em consideração essas questões, os projetos deixam de ser puramente intuitivos e empíricos para estarem baseados em estudos científicos comprovados. A maneira como o ser humano interage com o meio e seu desenvolvimento cognitivo está diretamente ligada a como os ambientes são organizados e construídos, sendo essencial no seu desenvolvimento físico e social.

Os elementos arquitetônicos são fundamentais para um projeto de qualidade. O estudo do uso das cores, por exemplo, é um elemento fundamental no desenvolvimento de um projeto. Pode ser interessante usar cores que geram sensação de agitação em um quarto, assim como o uso de luz fria, a depender do estado do usuário. Além das cores e iluminação, deve-se considerar a acústica, conforto térmico e outros fatores que influenciam diretamente a experiência com o espaço construído (BRAZ, 2019).

O relatório Human Spaces, relacionado ao Impacto Global de Design Biofílico no Local de Trabalho, por exemplo, mostrou que ambientes com elementos naturais geram níveis até 15% mais altos de bem-estar, 6% a mais de produtividade e 15% a mais de criatividade do que ambientes sem esses elementos. Outra questão extremamente importante, e que está ganhando força, é a experiência sensorial na percepção arquitetônica. O papel da percepção não visual, especificamente de toque, está atualmente despertando grande interesse (PALLASMAA, 2011, [n.p.]).

Neuroarquitetura aplicada aos estabelecimentos de saúde

A Neuroarquitetura é uma aliada do arquiteto na hora de projetar uma edificação saudável e que traga bem-estar aos usuários. Também pode ser usada para influenciar comportamentos, manipulando-se situações adversas, como, por exemplo, em lojas comerciais para incentivar a compra. No contexto dos estabelecimentos de saúde, a

neuroarquitetura pode auxiliar no projeto de uma edificação humanizada, para pacientes, acompanhantes e colaboradores. “Qualquer empreendimento humano, para ter sucesso, deve atingir a mente, o coração e o espírito” (MEZZOMO, 2002, p. 42 *apud* VASCONCELOS, 2004, p. 24).

As edificações de saúde, que trabalham com elementos provocadores de estímulos sensoriais, geralmente atuam no comportamento dos usuários, como nas mudanças da rotina de trabalho dos colaboradores que, conseqüentemente, impactam diretamente no tratamento dos pacientes.

Pesquisadores em novos campos da medicina, como na Psiconeuroimunologia, têm estudado a ligação existente entre mente, corpo e saúde, enquanto outros buscam informações nos ritmos diários do corpo humano. Segundo Jones (1996), está ficando mais claro para os cientistas e médicos que o estado da mente é fator determinante para o paciente se recuperar de uma doença ou “afundar-se” de vez nela. Outro fator evidente é o efeito significativo do ambiente no bem-estar físico e mental do paciente. (VASCONCELOS, 2004, p. 29).

Segundo Frizero (2018), o ambiente hospitalar é hostil por natureza. Tornar esses espaços mais humanizados é essencial para promover o bem-estar e, ao mesmo tempo, auxiliar no tratamento dos usuários. O primeiro ponto a ser analisado para a humanização das edificações hospitalares é identificar os tipos de usuários, sejam pacientes ou profissionais. Estudando, conversando e interagindo com esses indivíduos, o arquiteto poderá identificar a real necessidade de cada ambiente. A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2017) reforça esse modelo de produção do espaço, sugerindo a cogestão do ambiente, o que se atinge produzindo discussões coletivas com os indivíduos envolvidos no processo (“trabalhadores, gestores, representantes dos usuários, arquitetos e engenheiros”), sendo essa prática denominada de “Oficina de Ambiência”. Um exemplo interessante, para entender essa prática, é o modelo de sinalização de um hospital Infantil no interior do Peru, onde boa parte da população local é analfabeta. Utilizaram cores nos diferentes setores, ao invés de placas. Os pacientes, assim, não se sentem constrangidos e têm autonomia

para circular dentro do estabelecimento (PAIVA, 2016).

A análise de cada particularidade dos usuários é de extrema importância para a personalização do projeto. Pacientes que possuem Alzheimer, assim como epiléticos, por exemplo, precisam de ambientes com poucos estímulos. Nestes casos, podem-se utilizar cores pastéis, sem texturas, buscando-se criar ambientes tranquilizantes, sem muito contraste e iluminação indireta (FARIA, 2018). A neuroarquitetura veio, justamente, para comprovar o que já havia sendo discutido, há muitos anos, sobre o real impacto da arquitetura na recuperação dos indivíduos dentro de uma edificação de saúde (VASCONCELOS, 2004). Há mais de cem anos, Florence Nightingale notou os efeitos do meio ambiente em seus pacientes e escreveu dois livros sobre o tema, onde uniu perspectivas do ambiente físico com a saúde e psicologia ambiental.

Trazer aconchego para um ambiente hostil, como um hospital, faz com que os pacientes se recuperem mais rápido. Na ala de internação do Hospital Samaritano em São Paulo, por exemplo, os apartamentos dispõem de vários equipamentos auxiliares, como TV a cabo, ar-condicionado, cofre, wi-fi, sofá-cama para acompanhante, poltrona, mesa para refeições, frigobar e banheiro privativo com secador de cabelos, além de iluminação natural de qualidade.

No caso de hospitais infantis, os estímulos são bem-vindos e interessantes, para gerar interação e distração para as crianças. O Hospital da Criança de Brasília (HCB), que atende pelo SUS e foi construído e ampliado com doações, é um excelente exemplo para desmitificar a ideia que só hospitais particulares podem trabalhar com a humanização.

No HCB, todos os ambientes são humanizados, possuindo estímulos sensoriais em todo o complexo hospitalar, inclusive nas salas de diagnóstico, laboratórios e consultórios. A criança esquece um pouco a doença e começa a vivenciar experiências que ajudam no processo de cura. As alas do hospital foram divididas em dois temas: fundo do mar e cerrado. A figura 1 é a sala de espera da oncologia, possuindo bastante iluminação natural, uso dos princípios da biofilia e de elementos interativos, que ativam a imaginação e é onde as crianças se distraem enquanto aguardam atendimento.



Figura 1 – Aspecto lúdico da espera do Hospital da Criança de Brasília | Fonte: Autora

A sala de exames de tomografia computadorizada possui, além da iluminação técnica, uma iluminação diferenciada e imagens por toda a sala, inclusive aplicação de plotagens no equipamento, para a criança se sentir mais relaxada e segura durante o exame (figura 2). Por toda a edificação percebe-se o cuidado sempre presente com a iluminação natural, com grandes janelas e portas, ampliando-se o contato com o meio externo. A comunicação visual colorida, com uso de elementos de marcenaria ou imagens, sinaliza o caminho nos corredores amplos, com corrimão para facilitar na deambulação dos pacientes.



Figura 2 – Tomografia do Hospital da Criança de Brasília | Fonte: Autora

Soluções simples foram elaboradas com o intuito de cuidar não apenas da saúde física, mas da saúde psicológica dos pacientes, acompanhantes e prestadores de serviços daquela unidade hospitalar. Cada ambiente dessa edificação, com sua função, tem inserida a parte lúdica. Os estímulos aos pacientes e acompanhantes são trabalhados constantemente e os resultados são nítidos, quando se faz um balanço do tempo da recuperação dos pacientes tratados naquele ambiente. Uma reportagem recente do Correio Braziliense, divulgando a inauguração de carrinhos para suporte no deslocamento dentro da unidade, chama a atenção para esse contexto humanizador.

A frota é composta por nove veículos: quatro elétricos, que podem ser conduzidos pelas próprias crianças; dois elétricos guiados por controle remoto e três não motorizados. O superintendente executivo do HCB, Renilson Rehem, explicou que existe uma preocupação em fazer da unidade um ambiente menos hospitalar, leve e lúdico. “Hospital gera uma mudança grande na vida da criança. Iniciativas como essas deixam a criança mais relaxada e menos tensa. Isso interfere até no procedimento que ela vai passar. Faz com que a cirurgia transcorra melhor, por exemplo” disse. (CINTRA, 2019, [n.p.]).

Aplicação da neuroarquitetura em ambientes de tratamento para crianças autistas

Falar sobre o autismo é fundamental para desmistificar o tema e dar suporte às famílias e pessoas que convivem com esses indivíduos. Atualmente, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerado, por pesquisadores e estudiosos, um resultado de déficit no desenvolvimento neurológico, marcado, principalmente, pela falta de habilidades sociais, cognitivas e comunicativas.

A relação entre autismo e arquitetura é evidenciada quando se compreende como o comportamento de crianças com TEA é afetado pelo ambiente. Com a neuroarquitetura como aliada, o desenvolvimento do projeto arquitetônico especializado para o tratamento dessas crianças se torna mais assertivo.

Pensando no projeto arquitetônico como um todo, primeiro se analisa o aspecto do zoneamento de acordo com as características dos ambientes para cada terapia, já que o tratamento é multidisciplinar. Segundo Magda Mostafa, considerada pioneira no *design* para autistas, esse tipo de zoneamento é diferente do convencional, pois é realizado através do mapeamento sensorial, pois é assim que os autistas se identificam com o espaço construído (MOSTAFA, 2015). Souza (2019) reforça esse tipo de setorização, sugerindo que a primeira zona seria para áreas de grandes estímulos, a segunda zona para as áreas que exigem maior concentração e foco e uma terceira seria a zona de transição, para que os autistas se recomponham das estimulações sensoriais.

Na edificação para o tratamento dos autistas, pode-se considerar uma zona de grande estímulo, com ambientes com música, arte, terapia psicomotora e salas multissensoriais. Uma segunda zona para a terapia de fala, instruções individuais e demais terapias, que necessitem de pouca estimulação e mais concentração. Na zona de transição se insere os ambientes de apoio, como banheiros, copa, recepção ou áreas abertas para brincadeiras livres. A integração sensorial nos autistas é uma das ferramentas utilizadas com bastante relevância para o desenvolvimento desses indivíduos, já que trabalham com múltiplos sentidos ao mesmo tempo.

Nesse contexto, a psicologia ambiental tem um importante papel, dentre os diversos mecanismos da interdisciplinaridade do tratamento autista, já que trabalha a forma de apropriação do espaço, exercitando o controle físico ou psicológico pelo indivíduo sobre seu ambiente (LAUREANO, 2017). Essa disciplina tem como objetivo relacionar os fatores e elementos ambientais como forma de influenciar os sentidos, percepções e, consequentemente, nas ações dos indivíduos em relação ao meio em que se inserem (EPIFANIO, 2018). É a neuroarquitetura trabalhando aliada aos diversos tratamentos e singularidades dos indivíduos com transcurso do espectro autista.

Uma das maneiras de trabalhar o déficit nos sistemas sensoriais, que a psicologia ambiental utiliza, é através da criação de um ambiente multissensorial, que esti-

mule os diversos sentidos, com supervisão e controle de um profissional. As sensações serão trabalhadas de forma sistêmica, fazendo com que os elementos do ambiente, como a iluminação, diferentes texturas e sons, gerem estímulos de forma integrada.

Estimulação sensorial

A estimulação sensorial trabalha, além dos cinco sentidos mais conhecidos, com o sistema vestibular, que contribui para a manutenção do equilíbrio, e o proprioceptivo ou cinestesia, que é a percepção do corpo no espaço, a força que se exerce nos músculos e a posição de cada parte do corpo, sem precisar da ajuda da visão.

A Terapia de Integração Sensorial (TIS), trabalhada dentro da psicologia ambiental, utiliza a estimulação de múltiplos sentidos, com instrumentos que proporcionam experiências corporais com o objetivo de integração sensorial. Alguns mecanismos utilizados exploram os múltiplos toques, com diferentes texturas, podendo ser experienciados em um jardim sensorial ou em um ambiente planejado com uso de elementos diversos, como um simulador de chuva ou um tablado, para que o indivíduo possa, por exemplo, pisar em algodão e, logo depois, em terra, trabalhando a parte tátil. Sons ambientes, para trabalhar o sentido da audição, iluminação e objetos com movimentos para a visão, balanços, gangorras ou trampolim, para treinar o equilíbrio, e diversos outros mecanismos focam na estratégia multissensorial. Existem empresas especializadas na produção de objetos estratégicos para auxiliarem o tratamento de integração sensorial para autistas.

O ambiente que abriga esses equipamentos e objetos tem que ser seguro e acolhedor, de acordo com o conceito de salas multissensoriais (SANCHES, 2020). É instigante pensar que ambientes com múltiplas estimulações sensoriais, que causam certa agitação, possam proporcionar um estado de relaxamento. Os autistas hipersensíveis não gostam de ser tocados, mas, quando se envolvem na fibra óptica, relaxam a tal ponto que alguns dormem. Todos os elementos são controlados para a individualização do tratamento, como a coloração e intensidade da iluminação. Segundo o escritório *GA Architects*, espe-

cialista em *design* de ambientes para crianças e adultos com TEA e outras dificuldades de aprendizagem, alguns fatores (quadro 1) são essenciais para um *Friendly Design*.

Quadro 1: Fatores para um *Friendly Design*

Começar com um bom leiaute	Evitar corredores; Espaço de circulação com áreas para sentar, socializar ou ficar sozinho; Paredes curvas adicionam efeito humanizador e eliminam cantos agressivos.
Cores e Padrões	Cores interiores com baixa excitação; Sem padrões complicados ou exigentes; Evitar cores como vermelho e laranja; Não usar materiais com alta reflexividade.
Acústica	Sensação de calma é essencial; Ruído resultará em ansiedade.
Saúde e Segurança	Boa ventilação e luz natural; Reduzir o brilho com persianas integradas; Reduzir as oportunidades de saltos e corridas; Janelas seguras com aberturas restritas.
Iluminação	Evitar iluminação fluorescente; Iluminação indireta, sempre que possível; Controles de escurecimento fornecerão a oportunidade de alterar o “humor” e oferecer opções de intensidade de iluminação.
Aquecimento subterrâneo ou de teto	Fornecer zonas de calor uniforme e controlável.
Espaço Personalizado:	Espaço adequado reduzirá a ansiedade de ficar muito próximo de outras pessoas; Evitar espaços lotados sem opção de “escape”.
Supervisão:	Os indivíduos têm mais conteúdo quando estão livres para se expressarem sem estar sob supervisão constante; Bom planejamento contribui para uma supervisão discreta.
Sustentabilidade:	Remodelação de baixo carbono; Reduzir a demanda de energia; Iluminação natural de qualidade; Ventilação do ar interior; Temperatura e umidade relativa mecanicamente controladas.

Fonte: GA Architects, 2019.

Os elementos arquitetônicos para auxiliar o tratamento dos autistas estão diretamente ligados aos de estimulação sensorial, construtivos e de conforto térmico e acústico. A partir desse ponto, o conhecimento da neuroarquitetura se torna essencial para o desenvolvimento de uma sala multissensorial. O estudo de como o cérebro reage aos estímulos que o ambiente pode proporcionar é a base do partido arquitetônico para um ambiente tão singular, como o de tratamento para crianças com TEA.

Considerando os aspectos arquitetônicos e a interdisciplinaridade para a eficácia no desenvolvimento de ambientes propícios ao tratamento do autista, fez-se uma seleção de ambientes propícios para uma edificação de saúde especializada no tratamento de crianças com transtorno do espectro autista:

- Salas Multifuncionais para diferentes terapias, com leiaute flexível, propiciando maior liberdade do uso do espaço para as diversas especialidades.
- Zonas de transição de estímulos. As atividades ao ar livre proporcionam maior interação social, trabalhando a dificuldade que alguns autistas apresentam em fazer amizade e a falta de motivação com a socialização, podendo realizar brincadeiras e atividades lúdicas, terapias como a natação terapêutica em piscina aquecida ou explorar texturas, cheiros, cores e visual em um jardim sensorial. É importante lembrar que os ambientes externos devem ter uma supervisão atenta dos profissionais, porém de forma discreta, já que a autonomia gera um maior nível de desenvolvimento.

A flexibilidade dos ambientes e a escolha correta dos elementos arquitetônicos na elaboração do projeto de um sistema de saúde especializado para o tratamento das crianças com TEA faz com que o desenvolvimento do paciente se torne mais controlado, contribuindo para a eficácia das técnicas utilizadas e sendo um grande aliado dos profissionais envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se projetar com foco em ambientes especializados para o tratamento de crianças autistas, é necessário cautela e embasamento científico, para que o ambiente exerça seu papel de maneira assertiva, priorizando, além da estética e funcionalidade, o aspecto sensorial de cada ambiente, transformando o edifício em um espaço de cura, aprendizagem e independência. A neuroarquitetura possui um papel fundamental nesse processo, mostrando a necessidade da interdisciplinaridade, tão evidenciada no tratamento desses indivíduos.

O *design* personalizado, com uso de elementos arquitetônicos que gerem conforto, interação, segurança e flexibilidade, é essencial para o trabalho terapêutico e no desenvolvimento e integração social das crianças autistas, tornando-se um aliado, já que o ambiente está diretamente relacionado com os estímulos sensoriais e perceptivos vivenciados por essas crianças.

REFERÊNCIAS

- ANFA. The Academy of Neuroscience for Architecture. **History**, 2019. Disponível em: <http://www.anfarch.org/about/history/>. Acesso em: 27 out. 2019.
- AUTISMO E REALIDADE. **Marcos Históricos**. O que é autismo? Disponível em: <https://autismoerealidade.org.br/o-que-e-o-autismo/marcos-historicos/>. Acesso em: 09 mar. 2020.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei que cria carteira de identificação da pessoa autista é sancionada**, 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/630372-lei-que-cria-carteira-de-identificacao-da-pessoa-autista-e-sancionada/>. Acesso: 20 jul. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência da Diretriz de Ambiente da Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília, 2017. Disponível em: http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019.
- BRAZ, Danny. **Neuroarquitetura e biofilia**: a influência dos espaços físicos e da natureza no bem-estar mental. 2019. Disponível em: <https://www.regatec.com.br/condominios/neuroarquitetura-e-biofilia-a-influencia-dos-espacos-fisicos-e-da-natureza-no-bem-estar-mental/>. Acesso em: 16 mar. 2020
- CINTRA, Caroline. Alegria marca a entrega de carrinhos no Hospital da Criança de Brasília. **Correio Braziliense**, Brasília, 09 out. 2019. Disponível em https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2019/10/09/interna_cidades-df,795849/alegria-marca-a-entrega-de-carrinhos-no-hospital-da-crianca.shtml. Acesso em: 10 out. 2019.
- EPIFANIO, Aline Garavelo. **Autismo e Arquitetura**: Sede para a associação Aquarela Pró Autista. Trabalho Final de Graduação. Universidade Federal da Fronteira do Sul. Erechim, 2018. Disponível em: https://issuu.com/aline-garavelo/docs/tfg_1_-_aline_garavelo__web_. Acesso em: 15 jan. 2020.
- FARIA, Bárbara Alves Cardoso de. **Arquitetura e Neurociência**: O projeto Paisagístico como Auxílio ao Tratamento não Farmacológico da Doença de Alzheimer. Dissertação (Mestrado). Universidade Anhembí Morumbi. São Paulo. 2018. Disponível em: <http://sitios.anhembibrazil.br/teses-simplificado/handle/TEDE/1696>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- FRIZERO, Bernardo. Neuroarquitetura pode melhorar a Qualidade dos Ambientes. **BlogArquitetura**, 2018. Disponível em: <https://www.blogdaarquitetura.com/neuroarquitetura/>. Acesso em: 17 out. 2019.
- GA ARCHITECTS. **Friendly Design**. Disponível em: <https://www.ga-architects.com/design-autism>. Acesso em: 17 out. 2019.
- HOMMERDING, Mariana. **Análise do Impacto de Novas Estratégias de projeto no Bem-Estar dos Usuários em uma Edificação Corporativa**: o caso da Certificação Well e da Neuro-

ciência aplicada à Arquitetura. Artigo de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, 2019. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/8733/Mariana%20Hommerding_.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 nov. 2019.

KWANT, Fátima de. **Autismo e o processamento sensorial** – Os cinco sentidos a mais. 2016. Disponível em: <http://www.autimates.com/autismo-e-o-processamento-sensorial-os-cinco-sentidos-mais/>. Acesso em: 17 mar. 2020.

LAUREANO, Claudia de Jesus Braz. **Recomendações Projetuais para Ambientes com Atendimento de Terapia Sensorial Direcionados a Crianças com Autismo**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180532/348920.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 mai. 2020.

LENT, Roberto. **Cem Bilhões de Neurônios: Conceitos Fundamentais de Neurociência**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

MÃE-GELADEIRA. **Wikipédia**. 2020. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A3e-geladeira>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MENA, Isabela. **Verbetes Draft: O que é neuroarquitetura**. 2019. Disponível em: <https://www.projeto-draft.com/verbete-draft-o-que-e-neuroarquitetura/>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MOSTAFA, Magda. **Arquitetura para o Autismo: Autismo ASPECTSS™ em Design Escolar**. Archnet-IJAR, Volume 8 - Edição 1 - março 2014 - (143-158) - Seção: Artigos de pesquisa originais.

MOSTAFA, Magda. **Uma Arquitetura para o autismo**. 2015. Disponível em: <https://www.autism.archi/aspectss>. Acesso em: 20 jul. 2020.

NEUROSABER. **O que é Neurociência?**, 2019. Disponível em: <https://neurosaber.com.br/o-que-e-neurociencia/>. Acesso em: 15 nov. 2019.

OLIVEIRA, Evlyn Dalmaso de. **Arquitetura & Cura**. Humanização da Arquitetura Hospitalar no processo de cura. Universidade Vila Velha. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. TCC. 2014. Disponível em: https://issuu.com/evlyndalmaso/docs/tcc_site. Acesso em: 20 dez. 2019.

PAIVA JUNIOR, Francisco. **Quantos Autistas há no Brasil?** 2019. Disponível em: <https://www.revistaautismo.com.br/geral/quantos-autistas-ha-no-brasil/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

PAIVA, Andréa de. **A Neuroarquitetura e os desafios da Arquitetura Hospitalar**. 2019. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=tc2EiaVhkTw&list=PL51gwZ-ThSjKEU1bi03hL03thTDoijmBUb>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PAIVA, Andréa de. **Como a Arquitetura pode influenciar o comportamento Humano**. 2016. Disponível em: <https://www.neuroau.com/post/a-neuroarquitetura-e-os-desafios-da-arquitetura-hospitalar-parte-i>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PALLASMAA, Juhani. **Os Olhos da Pele – A Arquitetura e os Sentidos**. Porto Alegre: Bookman, 2011.

POSAR, Annio. VISCONTI, Paola. **Alterações sensoriais em crianças com transtorno do espectro do autismo**. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000400342-&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2020.

RUSSO, Fabiele. **Conheça as opções terapêuticas para o TEA**. 2020. Disponível em: <https://neuroconecta.com.br/conheca-as-opcoes-terapeuticas-para-o-tea/>. Acesso em: 16 mar. 2020.

RUSSO, Fabiele. **Entenda como uma experiência sensorial pode impactar no comportamento do autista**. 2020. Disponível em: <https://neuroconecta.com.br/comportamento-sensorial/>. Acessado em: 16 mar. 2020.

RUSSO, Fabiele. **Neuroplastia e o cérebro no TEA**. 2018. Disponível em: <https://neuroconecta.com.br/neuroplasticidade-e-o-cerebro-no-tea/>. Acesso em: 16 mar. 2020.

SANCHES, Francisco; ABREU, Maria Inês de. **Sala Snoezelen**. Descrição. Disponível em: <http://www.forbrain.pt/sala-snoezelen/descricao/>. Acesso em: 30 jun. 2020.

SOUZA, Heloísa Angélica Silva de. **O Espectro da Escola Neurodiversa**: Uma análise dos espaços de aprendizagem voltados para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Artigo de pós-graduação em desenvolvimento urbano. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/34329/1/DISERTA%C3%87%C3%83O%20Heloisa%20Ang%C3%A9lica%20Silva%20de%20Souza.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

THEES, Vanessa. **Autismo**: veja os critérios diagnósticos do DSM-V. 2018. Disponível em: <https://pebmed.com.br/autismo-veja-os-criterios-diagnosticos-do-dsm-v/>. Acesso em 19 mar. 2020.

NEUROBRINQ. **Transforme sua clínica em um verdadeiro centro de estimulação multidisciplinar**. 2020. Disponível em: <https://www.neurobrinq.com/>. Acesso em: 01 mar. 2020.

VARELLA, Dráuzio. **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/transtorno-do-espectro-autista-tea/>. Acesso em: 16 mar 2020.

VASCONCELOS, Renata Thais Bomm. **Humanização de Ambientes Hospitalares**: Características Arquitetônicas Responsáveis pela Integração Interior / Exterior. Artigo de Pós-Graduação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/87649/226212.pdf?sequence=1&iSAllowed=y>. Acesso em: 22 out. 2019. 

ABDEH

Contribuindo para a contínua evolução brasileira no campo da Edificação de saúde

Associe-se!

www.abdeh.org.br



inovABDEH



hubABDEH



capacitABDEH



radarABDEH



comunicABDEH



integrABDEH



certificABDEH



conectABDEH

Associação
Brasileira para o
Desenvolvimento do
Edifício
Hospitalar

ABDEH

GESTÃO
2017.2020

O parto na cidade: acesso e deslocamentos de gestantes em Salvador, BA

Júlia de Souza Matos

Arquiteta, Mestra

RESUMO

Considerando as elevadas taxas de mortalidade materna no Brasil, o presente trabalho traz algumas reflexões, no campo do urbanismo, sobre a peregrinação das mulheres no momento do parto. Partindo do pressuposto de que o espaço urbano não é neutro – nele se manifestam desigualdades de classe, raça e gênero, principalmente – são levantadas variáveis quanto às condições de vida das mulheres a partir da sua inserção no território e como isso se reflete no seu acesso à saúde. O local de moradia, os meios de transporte disponíveis, o tempo e as distâncias percorridas até os locais de parto, figuram como fatores essenciais a serem considerados, além da assistência prestada no interior das unidades de atendimento obstétrico. A partir de dados levantados, entre

os anos de 2016 e 2018, sobre o número de partos ocorridos nos nove locais de atendimento do Sistema Único de Saúde na cidade de Salvador, Bahia, constata-se que a peregrinação na cidade no momento do parto se relaciona com as regiões de maior precariedade de condições de vida, saúde e infraestrutura urbana. Apesar da implantação de políticas públicas com o intuito de garantir que a assistência não seja interrompida no momento do parto, a peregrinação na cidade no momento do parto continua contribuindo para as altas taxas de mortalidade materna em Salvador.

Palavras-chave: Peregrinação ao parto, Cidade e gênero, Acesso à saúde.

ABSTRACT

Childbirth in the city: pregnant women's access and displacement in Salvador, BA

Considering high maternal mortality rates in Brazil, this article provides some reflections in urban studies about hospital pilgrimage for childbirth care. Facing the fact that urban space is not neutral – which manifests inequalities of class, race and gender, mainly – this paper highlights the relationship between women's living conditions, their insertion in urban areas and how it affects health access performance. Residence location, means of transportation available, time and distance to the hospital, are essential factors to consider in addition to the assistance provided inside the obstetric care units. The data

collected between 2016 and 2018 about deliveries occurred number in nine healthcare places managed by the Brazilian National Healthcare System in Salvador (Bahia, Brazil), showed that pilgrimage to childbirth care is considered related to precariousness regions in life and health conditions and insufficient urban infrastructure. Despite the implementation of several public policies in order to ensure that assistance is not interrupted at the time of delivery, the pilgrimage continues to corroborate to high maternal mortality rates.

Keywords: Pilgrimage for childbirth care, City and gender, Healthcare access.

INTRODUÇÃO

Viver *na* cidade e viver *a* cidade são experiências existenciais distintas, que levam em consideração questões de gênero, raça e classe. Entender a cidade como uma construção social, num determinado espaço de tempo, permite percebê-la não somente como resultado, mas, também, como geradora de desigualdades, não se limitando a um reflexo do modo de produção, como sendo dele produto (CARLOS, 2013). O gênero, como elemento articulador das relações sociais, permite entender os lugares atribuídos a homens e mulheres no espaço, sob a ótica de sujeitos sociais que são cotidianamente constituídos por um conjunto de significados e expectativas (SCOTT, 1988). A luta entre as classes sociais pelo espaço urbano é histórica na sociedade. Se, por um lado, a população branca é maioria em espaços ricos e privilegiados pela infraestrutura, por outro, subúrbios, periferias, favelas e assentamentos informais são em grande parte ocupados pela população negra¹ (OLIVEIRA, 2013). Prevalece no país um sistema econômico concentrador de riquezas, que gera e reproduz desigualdades sociais. Isso acaba por acentuar o contraste entre os poucos que detêm a maior parte dos recursos e os demais que sobrevivem com escassez, limitações de toda ordem e precárias condições de vida. Assim, a partir da compreensão de que as iniquidades de gênero, raça e classe são as bases estruturantes da produção do espaço urbano no sistema capitalista, evidencia-se um grupo de vulnerabilidade mais afetado.

De forma geral, as mulheres representam 70% do 1,3 bilhão de pessoas que vivem em condições de pobreza absoluta no mundo (BRITO, 2000), exercendo a maior parte do trabalho não remunerado na sociedade. Com maior carga de trabalho e menos tempo disponível, as mulheres, frequentemente, têm os menores salários, fazendo

com que sejam as mais atingidas por condições precárias de vida. Isso significa que suas oportunidades de acesso às facilidades presentes na cidade serão reduzidas, entre elas, os equipamentos de saúde destinados ao parto.

É sabido que a mortalidade materna concentra-se nas áreas mais pobres da cidade, onde as condições de vida e saúde são insuficientes. Esse indicador permite identificar o lugar que a mulher ocupa na sociedade, refletindo a adequação do sistema de saúde às suas necessidades (WHO, 1996). As altas taxas vigentes no Brasil representam uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um problema de saúde pública (BRASIL, 2004a; OMS, 2014). Pelo fato de engravidar, a mulher assume uma carga de risco que tem sido negligenciada (CECATTI *et al.*, 1999), pois estima-se que 92% das mortes maternas sejam evitáveis (BRASIL, 2018).

A inoportunidade e a desqualificação da assistência figuram entre os fatores responsáveis pelas mortes maternas (TANAKA, 1995). Um dos aspectos centrais dessa inoportunidade na atenção está relacionado com a “peregrinação” hospitalar, ou seja, os deslocamentos realizados pelas gestantes, em pleno trabalho de parto, para conseguir atendimento em uma maternidade. Frequentemente, as mulheres precisam percorrer mais de uma instituição, antes de conseguirem ser internadas, contribuindo para que a assistência seja prestada tardiamente (HOTIMSKY, 2001; DINIZ *et al.*, 2002). Conforme apontado por Leal *et al.* (2017), esses fatores são agravados segundo um gradiente de cor, onde as chances de peregrinação na busca por atendimento são maiores quanto mais escura a cor da pele. Assim, além da má assistência dada durante o ciclo gravídico e puerperal, a mortalidade materna se dá por conta da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, para atendimento à gravidez, ao parto e ao puerpério em tempo oportuno.

A peregrinação ao parto se relaciona diretamente com as desigualdades socioterritoriais presentes no espaço

¹ Entendido como o conjunto de pessoas não brancas, não indígenas e não amarelas, ou seja, pretos e pardos, segundo as categorias raciais adotadas pelo IBGE em 2010. Cabe pontuar que as categorias de cor e raça no Brasil são construções históricas e relacionais, podendo mudar de significado segundo a época e o contexto sociocultural considerado (GARCIA; GARCIA JR., 2013).

urbano. Essa relação pode ser vista através das dificuldades de acesso das gestantes, seja por uma rede de transporte público ineficiente ou pela localização dos hospitais maternidade, que ainda concentram a maioria dos partos, independentemente do risco. As fragilidades na vinculação e no acolhimento no sistema de saúde – marcado pela superlotação – devem ser consideradas na mesma medida do *tempo* e das *distâncias* percorridas pelas mulheres para conseguir atendimento.

Considerando que as regiões Norte e Nordeste apresentam os maiores índices de mortalidade materna e neonatal, sendo prioridade para a implementação de políticas públicas que diminuam as disparidades sociais no âmbito da saúde, esta pesquisa se dá em Salvador, cidade mais populosa da Região Nordeste.

Condições de vida e saúde das gestantes em Salvador

Salvador é a quarta cidade mais populosa do país, com mais de 2,8 milhões de habitantes (IBGE, 2018). Centro econômico da Bahia, constitui a metrópole mais rica do Norte-Nordeste, concentrando, aproximadamente, 45% do PIB do estado (IBGE, 2010b). É marcada por profundas desigualdades socioespaciais, que se refletem no acesso aos equipamentos de saúde. A experiência de cidade para mulheres varia de acordo com o seu local de residência. O preço da terra urbana, ditado pelo mercado imobiliário, define o custo das habitações nas diferentes regiões da cidade, distribuindo os níveis de acesso ao espaço de forma hierarquizada, para grupos e classes sociais.

Nas áreas de menor renda ocorrem os maiores coeficientes de mortalidade infantil e materna, além dos níveis mais baixos de expectativa de vida (PEREIRA, 2007). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um importante indicador considerado para implantação prioritária de

políticas públicas. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é composto pelos mesmos componentes do IDH global: Saúde, Educação e Renda (PNUD, 2013). O IDHM é um número que varia entre 0 e 1: quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de um município. O IDHM de Salvador foi de 0,759, em 2010, o que o situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a longevidade, com índice de 0,835, seguida de renda, com índice de 0,772, e, por último, a educação, com índice de 0,679 (ATLAS BRASIL, 2013). Para fins de análise das desigualdades no território, esse índice foi mensurado nos diferentes Distritos Sanitários de Salvador, conforme figura 1.

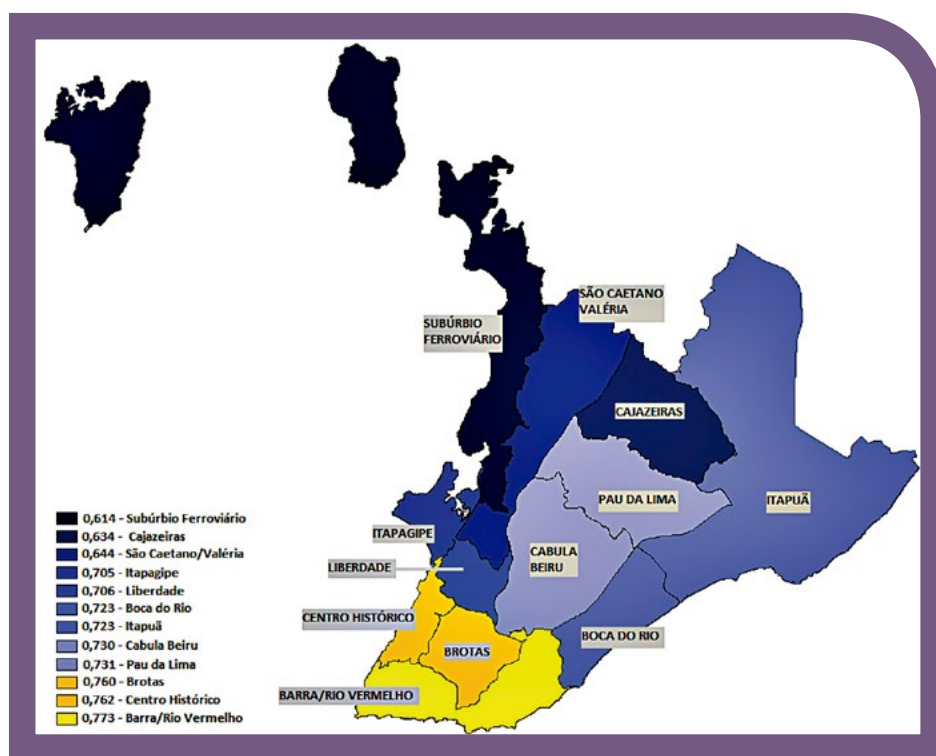


Figura 1 – IDH nos 12 Distritos Sanitários de Salvador em 2010. Destaque em amarelo e laranja para os três únicos Distritos Sanitários com IDH acima da média municipal (0,759) |Fonte: elaborado pela autora com base nos dados contidos no Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021

Segundo Paim (1995), Distrito Sanitário (DS) é um modelo de atenção de base epidemiológica, que deve ser entendido como unidade operacional e administrativa mínima

do sistema de saúde. Seu território é definido por critérios populacionais, geográficos, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados a partir de um conjunto de mecanismos políticos institucionais e com a participação da sociedade, para a promoção de mudanças das práticas sanitárias.

A cidade de Salvador é composta por doze Distritos Sanitários, conforme a figura 1, em ordem crescente de IDH: Subúrbio Ferroviário, Cajazeiras, São Caetano/Valéria, com IDH considerado médio (entre 0,600 e 0,699); Itapagipe, Liberdade, Boca do Rio e Itapuã (esses dois últimos, com o mesmo índice), Cabula/Beiru, Pau da Lima, Brotas, Centro Histórico e Barra/Rio Vermelho – sendo esses três últimos, os únicos com IDH acima da média municipal de 0,759. Não por acaso, essas regiões também concentram uma população predominantemente branca.

Sabe-se que os principais determinantes da pobreza estão associados à distribuição dos recursos e não à sua escassez. No contexto brasileiro, nascer negro está relacionado a uma maior probabilidade de crescer em meio à pobreza, visto que os negros representam 70% dos 10% mais pobres da população, enquanto os brancos ocupam 85% dos 10% mais ricos do país. Garcia (2009) aponta para a importância da análise desses fatos para entender as desigualdades no Brasil não somente como uma herança do passado escravagista, mas para enfrentamento dos problemas decorrentes do racismo nos dias de hoje, que impactam diretamente na distribuição de renda e na segregação espacial da população negra (GARCIA, 2009). Em Salvador, isso se torna evidente, posto que a população branca se concentra na orla atlântica da cidade, região mais bem servida de infraestrutura urbana.

O racismo é uma questão indissociável da problemática de gênero, ambas permeiam todas as classes sociais, mas é no grupo das mulheres de baixa renda que se evidenciam as desigualdades de maneira mais nítida. A distância geográfica representa um fator de exclusão tão importante quanto a pobreza no acesso a serviços públicos. Segundo Garcia (2009), a segregação urbana se caracteriza pela concentração espacial dos serviços em áreas privilegiadas, onde moram as classes sociais

de maior poder aquisitivo. Assim, a análise da estrutura urbana capitalista possibilita compreender o papel relevante do espaço nas desigualdades urbanas, principalmente quando inclusas as categorias de raça/cor das mulheres no acesso aos serviços de saúde.

Se a segregação residencial é determinada não somente por aspectos econômicos, mas, também, raciais, constata-se que o acesso aos serviços presentes na cidade são marcados pela inoportunidade dos grupos excluídos. A concentração espacial dos serviços, sejam eles públicos ou privados, em áreas privilegiadas, onde residem as classes sociais mais altas, e geralmente brancas, direcionam a segregação urbana, posto que a distância geográfica se torna um fator agravante de exclusão (GARCIA; GARCIA JR., 2013). A relação entre o território e as condições de vida, o ambiente e o acesso às ações e serviços de saúde, constitui o ponto de partida para a organização do sistema de saúde. Assim, a territorialização permite espacializar e analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, os quais determinam, em maior ou menor escala, a qualidade de vida (GONDIM *et al.*, 2008).

Mortalidade materna e neonatal

A melhoria da qualidade de vida compõe um dos eixos temáticos do Plano Estratégico de Gestão do Município de Salvador para o período de 2017 a 2020 (SALVADOR, 2017). Uma das metas que consta neste documento é garantir um melhor cuidado à gestante e ao recém-nascido de todas as fases da gestação até os primeiros passos do bebê, visando a redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

A mortalidade infantil, que estima o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano, é considerada um importante indicador do nível de vida e bem-estar de uma população. Para fins de análise, costuma ser subdividida pelos componentes neonatal – que inclui neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) e neonatal tardio (7 a 27 dias de vida) – e pós-neonatal (óbitos de 28 a 364 dias de vida). O estudo por subcomponentes e sua distribuição espacial é fundamental para definir prioridades na saúde materno-infantil, permitindo direcionar ações estratégicas para a prevenção de óbitos evitáveis (SALVADOR, 2018a).

Em Salvador, a mortalidade infantil reflete as condições de desenvolvimento e infraestrutura nos diferentes territórios. Fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto são determinantes, posto que o recorte da mortalidade neonatal precoce representa mais da metade (57,7%) de todos os óbitos infantis no município (SALVADOR, 2018a). A mortalidade nos primeiros dias de vida expressa a complexa conjunção de fatores biológicos, socioeconômicos e assistenciais – esses últimos, diretamente relacionados à atenção à gestante e ao recém-nascido (SOARES; MENEZES, 2010).

O Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF), composto por cerca de 33 bairros e as três ilhas pertencentes ao município de Salvador (Ilha de Maré, Ilha dos Frades e Ilha de Bom Jesus dos Passos), apresentou o maior coeficiente de mortalidade neonatal precoce, segundo o Plano Municipal de Saúde, (SALVADOR, 2014), no período observado (2003-2012), como se pode verificar na figura 2:

De acordo com o Relatório da Oficina de Identificação e Priorização dos Problemas dos Distritos Sanitários, ocorrida em 2017, etapa que integrou o processo de construção do Plano Municipal de Saúde de Salvador para o período de 2018 a 2021 (SALVADOR, 2018b), figuram entre os problemas dos serviços de saúde no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF): a insuficiência na oferta do pré-natal, o que revela áreas ainda descobertas; a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF); baixa qualificação dos profissionais de saúde na assistência humanizada aos usuários do sistema, o que pode dificultar na captação de usuárias; baixa cobertura para gestantes de alto risco; deficiência em saneamento básico, condições socioambientais inadequadas; falta de manutenção predial para as unidades; precariedade do transporte marítimo para as Ilhas de Bom Jesus e Maré; dificuldade de acesso da gestante à maternidade de referência e realização de exames; ausência de transporte

para deslocamento das pacientes das ilhas para a realização de exames de alta e média complexidade (SALVADOR, 2018b).

Nessa mesma região, de população predominantemente negra, Garcia (2006) pontuou sobre os altos índices de mortalidade materna. A razão de mortalidade materna é um dos mais sensíveis indicadores de pobreza e iniquidade social, revelando a eficiência da cobertura e a qualidade da atenção médico-sanitária

de uma população. Nesse sentido, grandes avanços têm sido feitos nos últimos anos para transpor barreiras in-

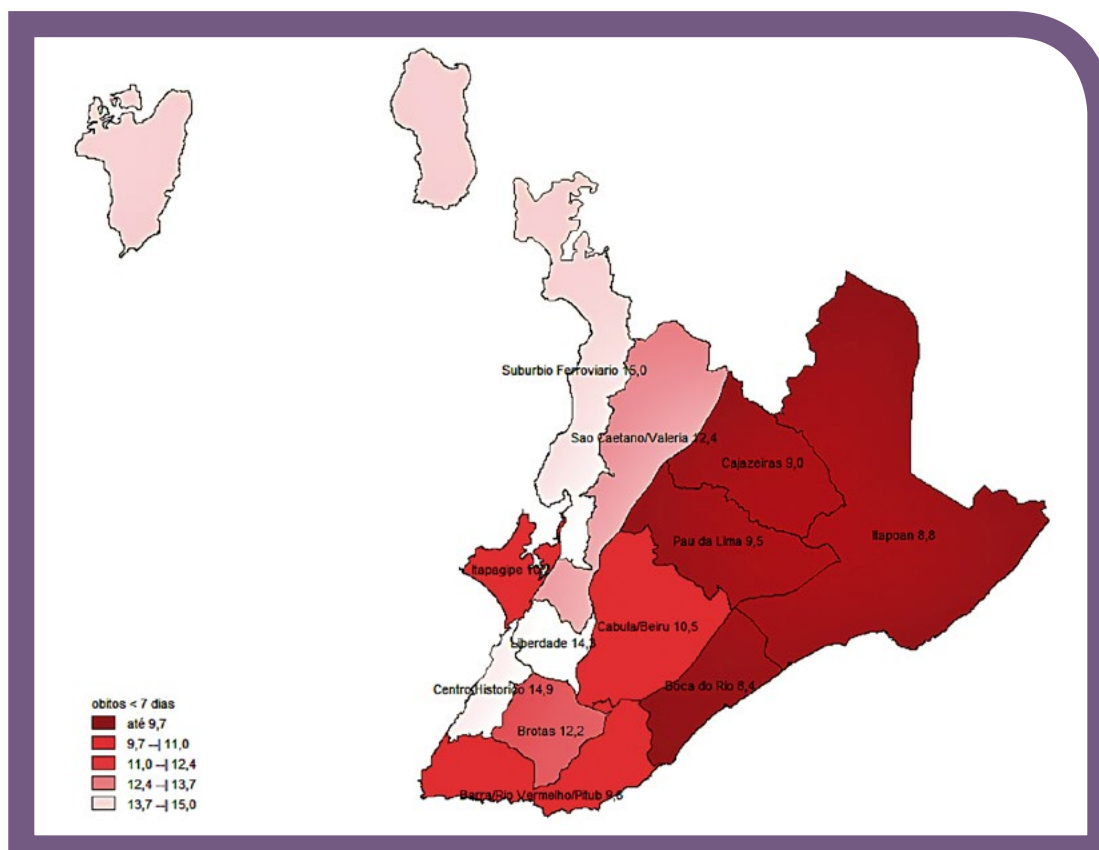


Figura 2 – Coeficiente de mortalidade neonatal precoce (1.000 nascidos vivos) por Distrito Sanitário de residência, Salvador 2003-2012 | Fonte: Salvador, 2014

formacionais no combate à sua subnotificação. Esforços no sentido de treinar e capacitar os profissionais envolvidos na avaliação das causas de morte materna, bem como a melhoria dos sistemas de informação e a criação de comitês e institucionalização da vigilância, constituem importantes medidas para monitorar esse complexo indicador e sua consequente redução (GARCIA, 2006; LEAL, 2008; ANDRADE; MIRANDA, 2016).

Assim como a mortalidade infantil, a mortalidade materna não se distribui de forma homogênea nos Distritos Sanitários de Salvador, marcados por desigualdades socioeconômicas e iniquidades no acesso aos serviços de saúde (figura 3). Além disso, devido à complexidade da análise desse componente, valores elevados podem estar associados à maior notificação de óbitos ou à vigilância mais organizada, ao passo que, valores menores devem ser analisados com cautela, pois podem ser resultado de medidas de controle e prevenção da mortalidade, mas também, de subnotificação dos óbitos maternos. O Plano Municipal de Saúde de Salvador (SALVADOR, 2014) apresenta bem essa problemática, indicando que o alto índice de mortalidade infantil no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário é semelhante com o de mortalidade materna.

Ao identificar as mortes precoces, em sua maioria evitáveis, que atingem mulheres com menor acesso aos bens sociais, a mortalidade materna revela um importante indicador de qualidade de vida de uma população. Nos últimos anos, estudos diversos vêm apontando

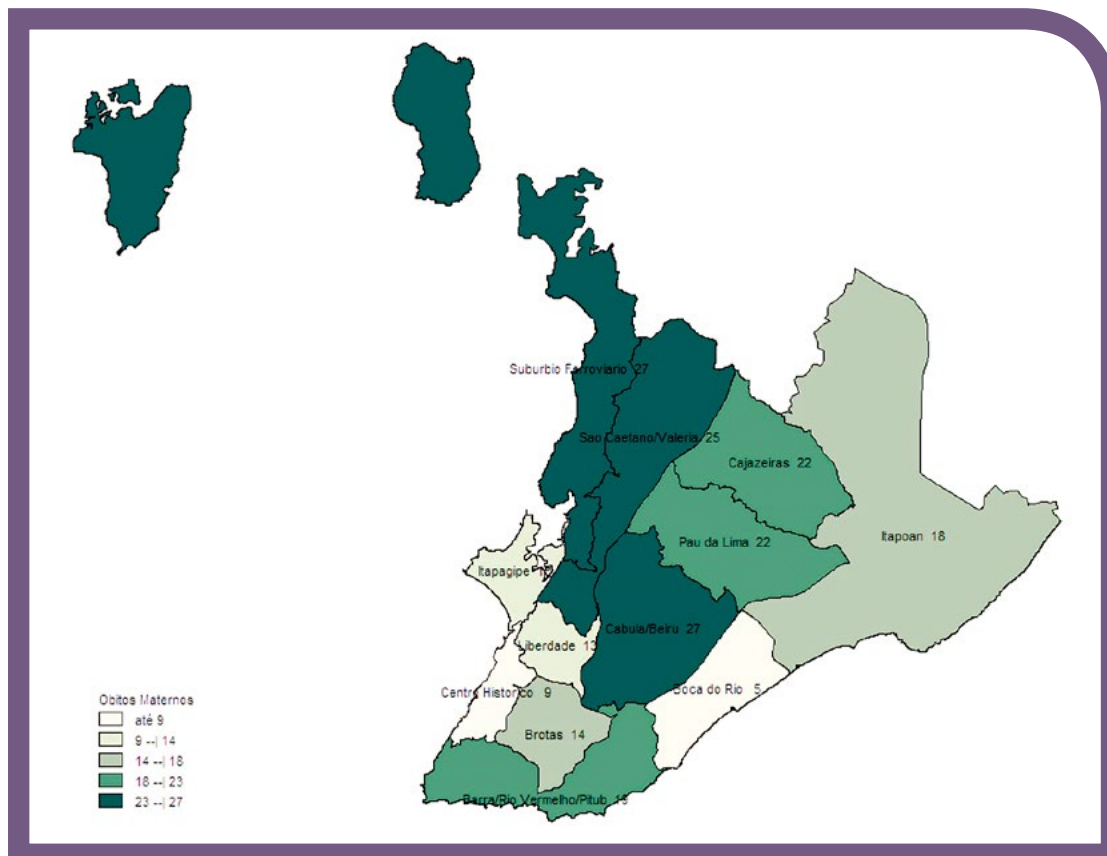


Figura 3 – Distribuição de óbitos maternos por Distrito Sanitário de residência, Salvador 2003-2012 | Fonte: Salvador, 2014

para a maior incidência da mortalidade materna entre mulheres negras² com menor ingresso e acesso à educação (ANDRADE; MIRANDA, 2016; GARCIA, 2006; 2009; MARTINS, 2006; RIBEIRO, 2013) e, consequentemente, menor renda familiar. Sabe-se que as principais causas de mortalidade materna são hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragia (principalmente após o parto) e infecções puerperais (OPAS/OMS, 2018). No entanto, 55% dessas mortes ocorrem por conta da peregrinação da mulher na busca por atendimento em um serviço de saúde, conforme apontado por Tanaka (1995) em seu estudo, no qual é possível constatar a importância da localização e do acesso aos serviços de saúde para a mensuração da incidência de mortes maternas.

² Quando se exclui as pardas, a razão de mortalidade materna é 2,5 vezes maior em mulheres pretas do que em brancas no Brasil (LEAL *et al.*, 2017)

Peregrinação ao parto: acesso e deslocamentos às maternidades em Salvador

A mobilidade é essencial na realização da cidadania das mulheres, em especial para as mais pobres, que dependem exclusivamente do transporte coletivo para se locomover. Aquelas de menor renda, que moram em regiões distantes das áreas com os melhores investimentos em infraestrutura, enfrentam uma tendência à imobilidade urbana, por não poderem arcar com o custo da passagem e pelo longo tempo que precisam passar no transporte, devido à distância. Essa distância, quando não pode ser vencida a pé, muitas vezes inviabiliza seu acesso aos serviços da cidade.

O racismo, presente nas estruturas sociais, coloca os negros em situação de desvantagem em relação aos brancos, que têm as melhores oportunidades de acesso aos bens e serviços presentes na cidade, por sua localização no solo urbano. De forma análoga, o sexismo incrementa a exclusão espacial das mulheres, uma vez que elas possuem as menores rendas entre os mais pobres, refletindo no seu acesso aos serviços e contribuindo para sua vulnerabilidade social e piores condições de vida, quando esses dois fatores são cruzados. Nesse sentido, o acesso das mulheres aos equipamentos de saúde, incluindo aqueles destinados ao parto e nascimento, é um fator determinante, que dificulta a efetivação de seus direitos sexuais e reprodutivos. As políticas públicas que buscam garantir o direito à vinculação da maternidade ao transporte seguro da gestante da sua residência até o local de parto são diversas:

- O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, assegura a toda gestante o direito de saber e ter garantido o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto (BRASIL, 2000);
- O Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal, de 2004, reconhece que as desigualdades sociais geram disparidades nos índices de mortalidade, atingindo de forma desigual as mulheres nas diferentes regiões do país. Entre as estratégias pre-

vistas, está a garantia de que as parturientes não sejam recusadas nos serviços ou peregrinem em busca de assistência (BRASIL, 2004a);

- A Lei 11.634 de 2007 garante a toda gestante o direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência (BRASIL, 2007);
- A nível municipal, a Lei Maternidade Certa (nº 7851/2010) reforça a vinculação prévia à maternidade de referência como um direito da mulher (SALVADOR, 2010).
- A Rede Cegonha, lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde, com a portaria MS/GM nº 1.459/2011 (BRASIL, 2011), garante, além da vinculação da gestante à maternidade de referência, o transporte seguro para que ela possa se deslocar no momento do parto.

Levando em consideração que grande parte das mulheres ainda não tem a garantia desses direitos, considera-se a peregrinação ao parto um problema que impede o pleno acesso das gestantes a uma unidade de saúde em tempo oportuno. São 14 os locais de parto e nascimento em Salvador, agrupados segundo o modo de financiamento (figura 4). Foram mapeados sete locais de parto públicos (100% SUS): (1) Maternidade João Batista Caribé, (2) Maternidade Albert Sabin, (3) Hospital Geral Roberto Santos, (4) Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), (5) Maternidade Climério de Oliveira, (6) Maternidade Tsylla Balbino e (7) Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto.

Dois locais de parto foram identificados com financiamento misto. Esses recebem financiamento do SUS e de outras fontes particulares ou doações. O Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira, apesar de ter seu funcionamento atrelado ao SUS, é uma instituição filantrópica, que faz parte da obra social espírita Mansão do Caminho. Já o Hospital da Sagrada Família, também filantrópico, atende convênios particulares, com as gestantes do SUS sendo atendidas através de convênio firmado com a prefeitura. Foram identificados cinco hospitais privados, com leitos exclusivamente pagantes, ou seja, não atendendo ao SUS. São os hospitais Teresa de Lisieux, Aliança, Jorge Valente, Santo Amaro e Português.

LEGENDA:

PÚBLICO

1. Maternidade João Batista Caribé
2. Maternidade Albert Sabin
3. Hospital Geral Roberto Santos
4. Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA
5. Maternidade Climério de Oliveira
6. Maternidade Tsylla Balbino
7. Maternidade José Maria de Magalhães Netto

MISTO

8. Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira
9. Hospital da Sagrada Família

PRIVADO

10. Hospital Teresa de Lisieux
11. Hospital Aliança
12. Hospital Jorge Valente
13. Hospital Santo Amaro
14. Hospital Português da Bahia

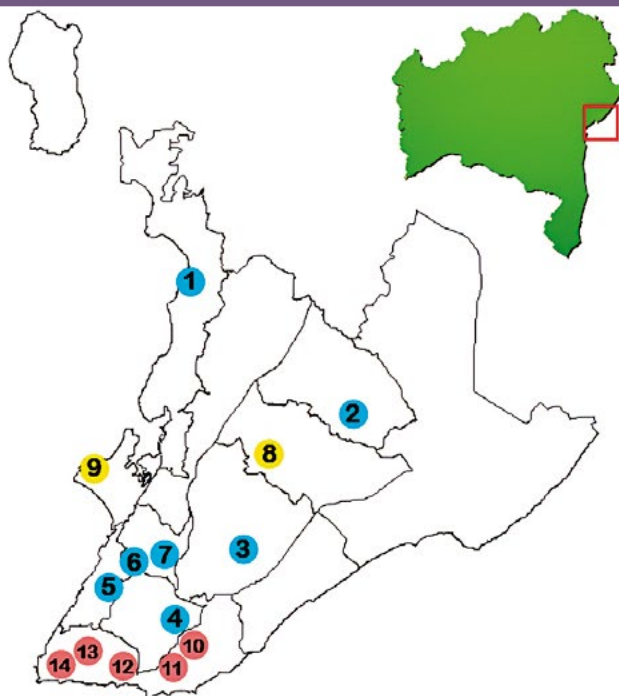


Figura 4 – Locais de parto em Salvador, segundo modo de financiamento | Fonte: Elaboração da autora a partir de dados obtidos na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

É evidente que a mercantilização do solo em Salvador atua sobre todos os bens, serviços e facilidades da cidade. No entanto, é interessante perceber como todos os locais de parto e nascimento da rede privada estão inseridos nos espaços que tradicionalmente acumulam as melhores oportunidades de acesso. Conforme exposto na figura 1, essa região se encontra no Distrito Sanitário da Barra/Rio Vermelho, cujo índice de desenvolvimento humano é o mais elevado (0,773), sendo, inclusive, maior que a média municipal (0,759).

Os serviços de saúde, de uma forma geral, sejam eles da esfera pública ou privada, estão entrando em colapso pela alta demanda. Isso vem gerando longos períodos de espera por atendimento. O parto, no entanto, é uma urgência prevista. Quando uma mulher procura por atendimento no início do trabalho de parto, geralmente quando se iniciam o desconforto e a dor, esse momento se torna uma verdadeira *via crucis* que ela terá que passar até ter

seu filho no colo. A insuficiência de leitos obstétricos as obriga a peregrinar pelos hospitais em busca de uma vaga para internação, o que se torna dramático, à medida que o trabalho de parto se intensifica. Em Salvador, é fato corriqueiro as mulheres passarem por dois a três hospitais antes de conseguirem um leito para dar à luz.

Para entender o problema do acesso ao leito no parto é preciso considerar que Salvador se divide entre os 30% de mulheres que têm algum tipo de convênio ou plano de saúde privado e os 70% que dependem exclusivamente do SUS. Segundo Diniz *et al.* (2002), no setor privado, o agendamento de cesáreas é uma estratégia para equacionar o problema do acesso e otimizar o uso da rede instalada e dos recursos humanos. Para a mulher, a “opção” pela cesárea agendada pode representar a garantia da internação no momento do parto e, muitas vezes, a única maneira de assegurar a continuidade do cuidado. Para aquelas que dependem exclusivamente do SUS, ser admitida no local de parto significa estar incluída em algum sistema formal de assistência. Mais que o tipo ou a qualidade da assistência, o problema é reduzido a ter *alguma* assistência (DINIZ *et al.*, 2002).

Nesse contexto de “inclusão excludente”, o acesso à internação hospitalar para o parto funciona como um “ritual de inclusão”. É como se a internação permitisse à mulher dar à luz em um lugar socialmente sancionado, ritualizando assim a inclusão do novo cidadão no “lugar adequado”. Em grande medida, o tipo de assistência ao parto define e explicita o lugar social, tanto da mãe quanto do filho. A primeira etapa desse ritual, aparentemente a mais importante, é conseguir ser internada. (DINIZ et al., 2002, p. 29)

A peregrinação, causada pela descontinuidade da assistência, viola os direitos da mulher. Esses problemas são consequência da falta crônica de integração entre os serviços relativos à saúde reprodutiva, que persistem em Salvador, apesar das políticas públicas que visam sanar essas lacunas. O direito à vinculação ainda é pouco efetivado na capital, por conta de uma descontinuidade sistêmica no serviço. O pré-natal, geralmente realizado na atenção básica, é interrompido pela proximidade de chegada do parto, por falha no encaminhamento a outra instituição de maior complexidade.

A vinculação da gestante, desde o pré-natal, é o que possibilita um acolhimento efetivo na hora do parto e nas urgências durante a gravidez. Deve ser parte integrante do fluxograma terapêutico, posto que, sem o conhecimento prévio das condições de saúde, se perde tempo na avaliação, aumentando o risco. O acolhimento com classificação de risco (ACCR) é um procedimento que contribui para a qualificação do cuidado nas portas de entrada das maternidades e urgências (BRASIL, 2010). Assim, no momento do parto, ou em alguma situação de intercorrência, a mulher já sabe para onde deve ir, de acordo com suas condições de saúde, seja numa gravidez de risco habitual (baixo risco) ou de alto risco.

Nessa perspectiva, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) propõe a construção de um desenho da rede de cuidados no território partindo da atenção básica. Em Salvador, o desenho da rede resultou em um mapa de vinculação por Distrito Sanitário (DS), atrelando cada Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF), com qualificação pré-natal, aos locais de parto.

Os partos de risco habitual são sempre referenciados a um Centro de Parto Normal (CPN) e a uma maternidade da microrregião. Salvador, como as poucas cidades no Brasil que contam com esse tipo de serviço, tem apenas um CPN, o que causa grande demanda, por ser a única unidade não hospitalar disponível. Os partos de risco são encaminhados para maternidades capacitadas para tal – a Maternidade José Maria de Magalhães Neto e o Hospital Geral Roberto Santos – onde as gestantes são acompanhadas desde o pré-natal.

Assim, as UBS/USF só realizam pré-natal de risco habitual e encaminham suas gestantes para parir ou no CPN ou na maternidade de referência da microrregião. Já quando o parto é de risco, a mulher é acompanhada desde o pré-natal na unidade de referência de alto risco, onde também será realizado o parto. De acordo com o Mapa de Vinculação da Rede Cegonha em Salvador, as 116 UBS/USF se distribuem nos nove locais de parto com leitos SUS. A partir da análise das demandas recebidas por cada um desses locais de parto com financiamento do SUS, que organizam a assistência na cidade, será apresentada a seguir a síntese dos principais resultados obtidos no que diz respeito à peregrinação das gestantes ao parto em Salvador.

A sobreposição de inoportunidades em saúde nos mesmos territórios

Para analisar o índice de peregrinação em cada local de parto, foi avaliado o número de partos ocorridos nos nove locais de atendimento do Sistema Único de Saúde na cidade de Salvador, por distrito sanitário de residência da mãe, entre os anos 2016 e 2018. Dessa forma, se a maioria dos partos em determinado local é de mulheres que residem em distritos sanitários que se referenciam nele, constata-se que o mapa de vinculação está funcionando conforme o previsto. Assim, a peregrinação ocorreria em distâncias menores, no interior de cada distrito ou entre distritos que compartilham o mesmo local de parto como referência. Em contrapartida, se existe quan-

tidade significativa de partos de mulheres residentes em outros distritos sanitários, cuja maternidade de referência não é aquela, constata-se que a vinculação se mostrou ineficiente. Nesse caso, a mulher deve atravessar distâncias maiores, fora da sua área de abrangência, se deslocando para outros locais de parto, por não conseguir assistência no que lhe era previsto.

Dessa análise, foi possível concluir que as mulheres residentes no Distrito Sanitário São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário são as que mais peregrinam para o parto. Os quantitativos de partos provenientes desses dois distritos foram significativos em locais de parto que não estavam previstos para eles, no Mapa de Vinculação da Rede Cegonha. Recorde-se que esses distritos sanitários têm em comum os piores índices de desenvolvimento humano (IDH) de Salvador (figura 1), além das maiores incidências de mortalidade materna e neonatal. Esse fator, aliado à distribuição territorial da população negra (pretos e pardos), remete a uma condição de ausência do Estado, que não pode ser considerada ocasional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como as instituições reproduzem as estruturas da sociedade, as diferenças de gênero, raça e classe permeiam os espaços de saúde na mesma proporção que permeiam o espaço urbano. A dificuldade de acesso das mulheres à cidade, em especial as pretas e pardas, se replica nas instituições voltadas ao parto, funcionando com um gradiente de cor, conforme apontado por Leal *et al.* (2017), onde a qualidade da assistência é menor, quanto mais escura a cor da pele, fato que pode ser reiterado na análise aqui exposta.

Esses dados evidenciam a iniquidade presente no sistema de saúde e a existência de discriminação nos hospitais e maternidades brasileiros, não somente quanto às práticas adotadas, mas, também, no acesso. A escas-

sez de vagas disponíveis nas unidades hospitalares, que não conseguem absorver a demanda, compromete a assistência, que deveria ser ofertada de forma universal e igualitária, conforme os princípios constitucionais. A peregrinação e o não atendimento das necessidades de mulheres em trabalho de parto potencializam desfechos desfavoráveis à saúde do binômio materno-infantil, que poderiam ser evitados, se a assistência fosse prestada em tempo oportuno.

Hoje, praticamente todas as mulheres no Brasil têm seus partos com médicos e em organizações hospitalares, o que não significou nem o fim da dualidade da atenção, no que diz respeito à classe social, nem o aumento da qualidade da assistência (MAIA, 2010). Ao contrário, combinado à atuação médica, o hospital funciona como uma instituição de poder sobre os corpos femininos. O “ritual de inclusão”, como pontuaram Diniz *et al.* (2002), permite que a mulher dê à luz em um lugar socialmente legítimo, ou seja, inclui seu filho no mundo como um novo cidadão em um “lugar adequado”. Frequentemente, o tipo de assistência ao parto – parto normal ou cesariana, hospital público ou privado – define o lugar social, tanto da mãe quanto do filho. Tal diferenciação pode significar, também, se a mulher irá peregrinar ou não no momento do parto.

O espaço urbano é onde se manifestam as mais evidentes formas de desigualdades: mulheres residentes em uma mesma cidade podem ter experiências de parto completamente diferentes, a depender das suas oportunidades de acesso, onde fatores econômicos e raciais influirão em grande medida. Mulheres residentes em áreas mais pobres e periféricas enfrentam maiores dificuldades de conseguir atendimento no momento do parto, mesmo com a presença de uma rede de serviços implementada completamente.

A peregrinação e a falta de assistência no tempo adequado “cria” situações de alto risco na gravidez e parto, por conta da demora no atendimento. Isso gera a superlotação de leitos hospitalares, que seria desnecessária se a mulher

tivesse sido atendida próximo ao seu local de residência (OMS, 1996). Esse fato demonstra uma descontinuidade no atendimento nos diferentes níveis de complexidade nos ciclos gravídico e puerperal. Nessa perspectiva, o Centro de Parto Normal (CPN), por ser uma edificação de baixa complexidade e escala, constituiria, se devidamente implementado, importante ferramenta para a descentralização territorial da assistência ao parto e nascimento, garantindo o direito das parturientes ao acolhimento no parto de forma mais equânime, levando em conta as fortes desigualdades socioterritoriais no Brasil.

A não efetivação do direito à vinculação prévia ao local de parto – comprovado pela recorrente peregrinação de gestantes em busca de assistência – deve ser considerada uma supressão da sua cidadania. A implantação de Centros de Parto Normal deve ser ação prioritária no atendimento obstétrico. É evidente a importância do planejamento espacial dos locais de assistência, que devem estar inseridos num sistema de saúde que conte com número de leitos necessários para comportar a demanda.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. S.; MIRANDA, G. M. D. Mortalidade materna na Bahia: principais causas de morte e tendência. **Bahia análise & dados**, Salvador, v. 26, n. 2, p.321-333, jul./dez. 2016.
- ATLAS BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>. Acesso em: jun. 2019.
- BAHIA. Governo do Estado. **Decreto nº 10.263** de 08 de Março de 2007. Dispõe sobre a notificação do óbito materno e dá outras providências. Salvador, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569** de 1º de Junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.172** de 15 de Junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.634** de 27 de Dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal**: 2009-2010. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf. Acesso em: out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459** de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. Publicado em 28 de Maio de 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: dez. 2019.
- BRITO, Jussara Cruz de. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 195-204, 2000.
- CARLOS, Ana Fani Alessandri. Da 'organização' à 'produção' do espaço no movimento do pensamento geográfico. In: CARLOS, Ana Fani Alessandri; SOUZA, Marcelo Lopes de; SPOSITO, Maria Encarnação (org.) **A produção do espaço urbano: agentes e processo, escalas e desafios**. São Paulo: Contexto, 2013.

- CECATTI, J. G. *et al.* Maternal mortality in Campinas: evolution, under-registration and avoidance. **São Paulo Med. J.**, v.117, n.1, p.5-12, 1999.
- DINIZ, C. S. G *et al.* Rede Feminista de Saúde – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo, 2002.
- GARCIA, Antonia dos Santos. **Mulheres da cidade d'Oxum**: relações de gênero, raça e classe e organização espacial do movimento de bairro em Salvador. Editora UFBA, 2006.
- GARCIA, Antonia dos Santos. **Desigualdades raciais e segregação urbana em antigas capitais**: Salvador, cidade D'Oxum e Rio de Janeiro, cidade de Ogum. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2009.
- GARCIA, Antônia dos Santos; GARCIA JR, Afrânio Raul. Planejamento familiar e incorporação das desigualdades sociais de gênero e raça em Salvador da Bahia: “escolhas” contraceptivas de mulheres “negras” de baixa renda; tensão entre a casa e a clínica. In: GARCIA, Antônia dos Santos; GARCIA JR, Afrânio Raul (org.) **Relações de gênero, raça, classe e identidade social no Brasil e na França**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, AC; BARCELLOS, C; MOREIRA, JC; MONKEN, M (org.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.
- HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **Parto e Nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul**: uma abordagem antropológica. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Saúde Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto dos Municípios (2010-2016)**. 2010b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pib-munic/tabelas>. Acesso em: jul. 2019.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação**. Tabela 2010-2060 - Projeção da População (revisão 2018). 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2188>. Acesso em: jun. 2018.
- LEAL, Maria do Carmo. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1724-1725, ago., 2008.
- LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.
- MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.
- OLIVEIRA, Reinaldo José de. **A cidade e o negro no Brasil**: Cidadania e Território. São Paulo: Alameda, 2013.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra, 1996.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra, 2014.
- OPAS/OMS BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde. Folha Informativa: **Mortalidade Materna**. Banco de Notícias. Brasília, ago. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: mar. 2019.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. Capítulo 04. Páginas 187-

220. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª Edição. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

PATA. Post Advertising Technology Agency. Visualização e análise de dados: ações e campanhas com dados. **Mapa Interativo da Distribuição Racial no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://patadata.org/maparacial/#lat=-87.110736&lon=76.571172&z=3&o=t>. Acesso em: set. 2019.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **O processo de implantação da casa de parto no contexto do Sistema Único de saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 2007.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2013**. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado. 2013. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2013_portuguese.pdf. Acesso em: jun. 2019.

RIBEIRO, Luciane. **Morbimortalidade materna no estado da Bahia: diferenciais segundo a raça/cor da pele** (Dissertação). Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2013.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. Gabinete do Prefeito. **Lei nº 7.851 de 25 de Maio de 2010**. Lei Maternidade Certa. Institui que toda gestante no município de Salvador tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto, e em caso de intercorrência pré-natal. Salvador, 2010.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde de 2014-2017**. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Salvador, 2014. Disponível em: http://www.sau-de.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_

versaofinal.pdf. Acesso em: jan. 2019.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. **Planejamento Estratégico 2017-2020**. Salvador: uma nova cidade para um novo tempo. Salvador, 2017. Disponível em: http://www.salvador.ba.gov.br/images/PDF/arquivo_planejamento.pdf. Acesso em: jul. 2019.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde de 2018-2021**. Volume I. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Salvador, 2018a. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-I_aprovado-pelo-CMS-21.11.pdf. Acesso em: jan. 2019.

SALVADOR. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Volume II: Distritos Sanitários. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Salvador, 2018b. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/secretaria/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021-VOLUME-II_aprovado-pelo-CMS-21.11.18.pdf. Acesso em: jan. 2019.

SCOTT, Joan. **Gender and the politics of history**. New York: Columbia University Press, 1988.

SOARES, Enio Silva; MENEZES, Greice Maria de Souza. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, n. 19, v.1, p. 51-60, 2010.

TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

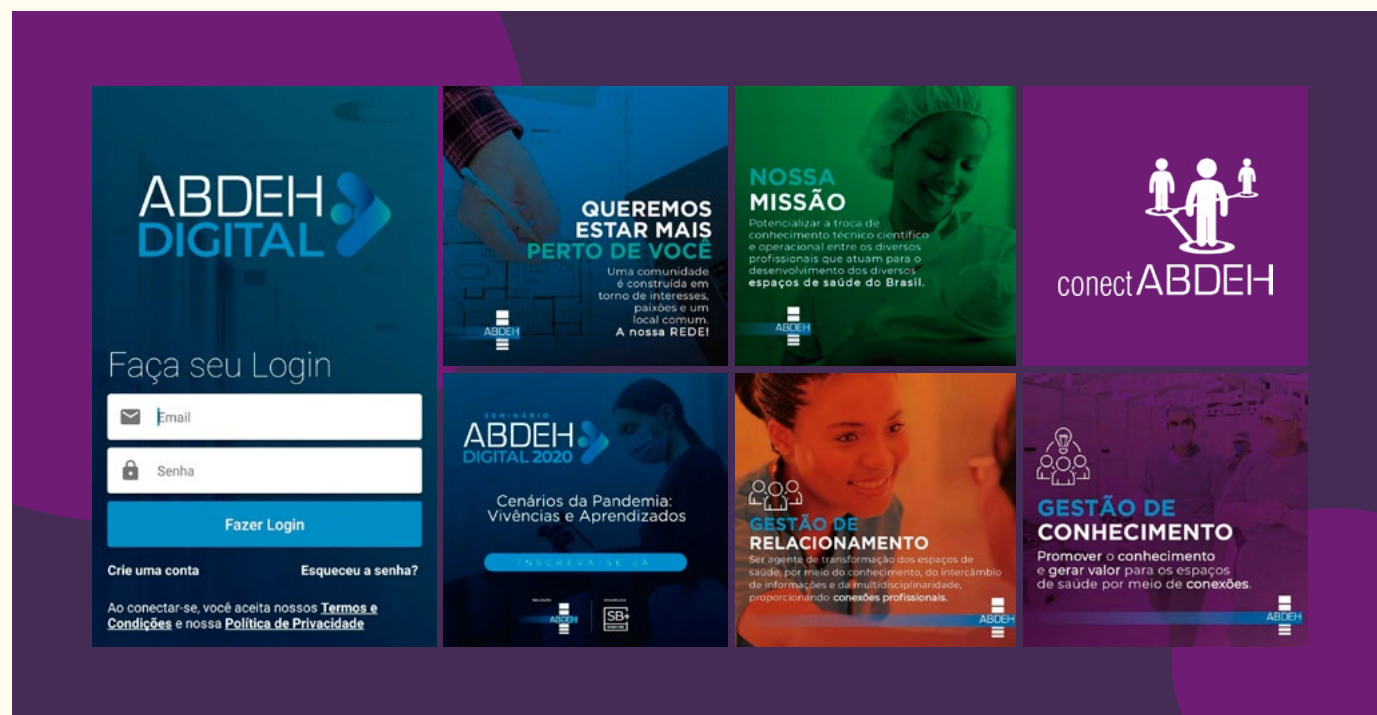
WHO. World Health Organization. UNICEF. **Revised 1990 estimates of Maternal Mortality**. A new approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO/UNICEF, 1996. 

ABDEH GANHA MOVIMENTO DIGITAL e lança nova plataforma digital e aplicativo

A ABDEH está passando por transformações. Mudanças que tornam a associação mais próxima, mais presente e mais conectada. Por isso, foi criado o movimento ABDEH DIGITAL – Tecnologia para promover relacionamentos que gerem conhecimento, englobando novas ferramentas tecnológicas, eventos online e uma cultura mais conectada.

No dia 22 de julho, quarta-feira, no nosso encontro marcado da ABDEH Digital, foram apresentadas pelo Presidente Emerson da Silva as estratégias para este novo momento da ABDEH visando a ampliação da relevância da Associação neste contexto global. Fizemos o lançamento oficial do Seminário ABDEH Digital 2020 – Cenários da Pandemia: Vivências e Aprendizados – e foi inaugurada nossa nova plataforma digital. A plataforma oferecerá possibilidades maiores para troca de informações, além de outras facilidades necessárias ao nosso crescimento na era digital.

Ainda trabalhando nas ações de transformação, no dia 23 de outubro, em nosso encontro marcado das quartas-feiras, apresentamos o novo aplicativo que aproximará ainda mais nossa comunidade e trará outras facilidades. Levaremos a ABDEH até você, ao alcance de suas mãos, e traremos informações sobre nós e para nós. Para tanto, iniciamos uma campanha para conhecimento de quem somos, qual nossa missão e quais nossos objetivos porque queremos estar mais perto de vocês. Uma comunidade é construída em torno de interesses, paixões e um local comum. A NOSSA REDE. É a ABDEH se atualizando e se profissionalizando para vocês!





VEM AÍ O SEMINÁRIO ABDEH Digital 2020

A ABDEH acredita que, em momentos de intensa mudança, o melhor que podemos fazer é nos mantermos unidos, em comunidade e bem informados. Seguindo essas diretrizes propomos a realização do Seminário ABDEH Digital 2020 – Cenários da Pandemia: Vivências e Aprendizados que será nos dias 08 e 09 de outubro por meio de nossa nova plataforma digital. O evento será ao vivo e terá palestrantes Nacionais e Internacionais. Serão apresentados temas como Gestão, Inovação, Projetos e Construção de hospitais de campanha, com palestrantes e entrevistados brasileiros e palestrantes e entrevistados de outros países representando a América Latina e Europa que comporão dois painéis para apresentar a experiência de cada país.

Este é o link do hotsite: <https://abdehdigital.com.br/>. Acessem para fazer a inscrição e conhecer a programação!



CANAL DO YOUTUBE ABDEH BRASIL oferece novos conteúdos

Nosso canal do YouTube continua oferecendo material para você se capacitar! Nesse semestre oferecemos a segunda vídeo aula da série “*Conhecendo mais o SUS – Parte 2*” – Humanização na Saúde – Humaniza SUS, com a professora Mirela Pessati que esclarece os objetivos, métodos e princípios da política de humanização aplicada no nosso Sistema Único de Saúde. Gradualmente nossas palestras estão sendo disponibilizadas e alguns vídeos como o da implantação do Hospital de Campanha do Rio Centro, no Rio de Janeiro, e o da Dr^a Clara Corrêa Fernandes, cujo tema é “*Espiritualidade e Pandemia*”, já podem ser acessados. Vale a pena conferir!



O IX CBDEH já tem nova data

O IX CBDEH já tem uma nova data! Será entre os dias 21 e 23 de abril de 2021, em Recife (PE). O evento aconteceria em outubro deste ano, mas precisou ser adiado devido a pandemia do novo coronavírus. As inscrições continuam abertas e já podem ser feitas por meio do site do evento (<https://www.cbdeh2021.com>). Lá também podem ser encontradas mais informações sobre o congresso e a cidade sede do evento.



capacit ABDEH

EVENTOS REGIONAIS no formato digital continuam!

Da forma digital, no segundo semestre do ano, nossos eventos continuaram acontecendo de forma brilhante toda semana, às quartas feiras, às 19hs. As Regionais responsáveis arrasaram nos meses de julho, agosto e setembro levando conhecimento a toda nossa comunidade. No total tivemos 19 (dezenove) encontros digitais, 8 (oito) deles pela plataforma Sympla e 11 (onze) encontros na nossa nova plataforma!! Eles acontecerão até o dia 07 de outubro sob o comando dessa gestão 2017-2020. Confiram as palestras que já estão em nosso canal do youtube.

Regional BA: Convida para palestra

ABDEH **ABDEH DIGITAL 2020**

ENCONTROS ABDEH DIGITAL

29 DE JULHO | 19h

Adaptações da infraestrutura de Estabelecimentos de saúde à COVID-19

Prof. Dr. Antônio Pedro Alves de Carvalho

Professor Titular da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia.

Coordenador do Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar, sendo pesquisador cadastrado do CNPQ, atuando como consultor e orientador de diversos projetos de pesquisa.

Editor Geral de Publicações e Editor da Revista Ambiente Hospitalar da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar (ABDEH).

Apoio:

Inscrições: www.abdehdigital.com.br/inscricaoencontros

Regional RS: Convida para palestra

ABDEH **ABDEH DIGITAL 2020**

ENCONTROS ABDEH DIGITAL

12 DE AGOSTO | 19h

CENÁRIOS E TENDÊNCIAS PÓS-PANDEMIA

ALCEU ALVES DA SILVA

Alceu é pós-graduado em administração hospitalar pelo Instituto de Administração Hospitalar e Clínica da Saúde (IARCS), é vice-presidente da M&S, empresa líder no segmento de tecnologia de informação na área de saúde, com atuação em todo o território Nacional. Atuação profissional por 18 anos, Superintendente Executivo do Hospital M&S de Caxias, de Porto Alegre e do Sistema de Saúde M&S de São Paulo. Foi vice-presidente Administrativo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 1988 a 1996, atuando na área de gestão de recursos humanos e de saúde para ocupar o cargo de Diretor de Recursos Humanos do Estado da Bahia. Tem áreas de atuação, e Professor do Curso de Pós-graduação da Faculdade de Administração, da Universidade de São Paulo (USP) e do curso de Mestrado em Saúde da FGVSP de São Paulo. Atualmente é professor convidado da Fundação Dom Cabral para a área de saúde em Minas Gerais.

Inscrições: www.abdehdigital.com.br/inscricaoencontros

Regional PB: Convida para palestra

ABDEH **ABDEH DIGITAL 2020**

ENCONTROS ABDEH DIGITAL

05 DE AGOSTO | 19h

Os desafios do SUS frente a pandemia do COVID-19

Renata Pascoal

Enfermeira, doutora em Saúde Pública pela Fiocruz. Coordena o Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Professora de cursos de pós-graduação no campo da Arquitetura em Saúde e Gestão Hospitalar. Experiência de mais de 15 anos na área da gestão hospitalar, planejamento e gestão de serviços de saúde.

Inscrições: www.abdehdigital.com.br/inscricaoencontros

Regional SP: Convida para palestra

ABDEH **ABDEH DIGITAL 2020**

ENCONTROS ABDEH DIGITAL

19 DE AGOSTO | 19h

Conceitos de eficiência na obra de Jarbas Karman

Erick Vicente

Mostrou para a Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo - FEAUUSP (2008). Graduação em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Nove de Julho (2008). Foi estagiário e colaborador de Karman entre os anos de 2003 e 2008. Em 2003, colaborou com a empresa U&M (U&M e F&M) - Estúdio de Arquitetura Moderno. Atualmente atua no cargo de Coordenador Técnico do P&M - Instituto de Pesquisa Hospitalar, Arquitetura Jarbas Karman, onde é responsável pelos projetos arquitetônicos e responsável pela área de pesquisa em arquitetura dos edifícios assistenciais de saúde.

Inscrições: www.abdehdigital.com.br/inscricaoencontros

ABDEH LEMBRA EM SETEMBRO o dia mundial de Segurança do Paciente



Cristó Redentor com iluminação na cor laranja no dia
Internacional da Segurança do Paciente | Rio de Janeiro, RJ

No dia 17 de setembro de 2020 foi celebrado o Dia Mundial da Segurança do Paciente, e a ABDEH participou de campanha mundial da OMS com o tema “Segurança do trabalhador da saúde: uma prioridade para a segurança do paciente”. Liderada no Brasil pelo Dr. Victor Graboys, Presidente da SOBRASP, esta campanha produziu um Manifesto que pretende chamar a atenção dos gestores, lideranças e governos às medidas necessárias para promover a segurança dos trabalhadores da saúde como forma indispensável para assegurar o cuidado seguro em todos os níveis e serviços de atenção à saúde, principalmente nesse momento de emergência sanitária da pandemia da SARS-CoV-19.

“A segurança dos trabalhadores da saúde como tema do Dia Mundial da Segurança do Paciente 2020 ganha um significado que extrapola o cenário atual da pandemia, pois direciona a atenção para os desafios que esses trabalhadores enfrentam no dia a dia, como sobrecarga de trabalho, violência, discriminação, estresse mental e doenças ocupacionais.”

O manifesto também sugeria o uso da cor laranja como apoio a causa em monumentos, pontos turísticos, fotos e roupas.

A ABDEH apoiou e assinou junto a outras Associações o Manifesto se solidarizando e desejando que todos compreendam, apoiem e invistam na melhoria da qualidade da segurança do paciente e dos trabalhadores de saúde.



DIRETORIA NACIONAL GESTÃO 2017-2020

se despede na AGO que será
realizada no Seminário ABDEH
Digital

Na Assembleia Geral Ordinária – AGO da ABDEH prevista para o dia 08 de outubro de 2020 durante a realização do Seminário ABDEH Digital será feita a passagem da gestão da atual Diretoria da ABDEH após 3 anos de trabalho intenso.

O grupo irá se despedir e resumir tudo o que foi realizado nesses três anos para crescimento da ABDEH. Foi uma gestão de muitas realizações e desafios e gostaríamos que você, nosso associado, participasse e prestigiasse aqueles que se despedem e aqueles que estarão a frente de nossa querida Instituição a partir de outubro. Contamos com a presença de todos vocês. Participem!

LEGENDA DAS FOTOS

Foto 1: Feira Hospitalar | mai 2019 | São Paulo-SP

Foto 2: Hub ABDEH | mai 2019 | São Paulo-SP

Foto 3: Feira Hospitalar | mai 2019 | São Paulo-SP

Foto 4: CBDEH 2018 | out 2018 | Curitiba-PR

Foto 5: Reunião Planejamento Estratégico ABDEH | fev 2019 | São Paulo-SP

Foto 6: Reunião Diretoria Nacional | mai 2018 | São Paulo-SP

Foto 7: Feira South America Health Exhibition – SAHE | mar 2019 | São Paulo-SP

Foto 8: CBDEH 2018 | out 2018 | Curitiba-PR

Foto 9: Assembleia Geral Ordinária – AGO da ABDEH | mai 2019 | São Paulo-SP





*Agradecer é a arte de atrair coisas boas. A todos,
o nosso muito obrigado!*

SOLUÇÕES CORTA-FOGO
SEGURAS EM HOSPITAIS,
É COM A METALIKA



PRODUTO
CERTIFICADO
ABNT

5 ANOS
GARANTIA

INSTALAÇÃO
E ASSISTÊNCIA
TÉCNICA

METALIKA
ASSA ABLOY

LA FONTE
ASSA ABLOY

Yale

PAPAIZ
ASSA ABLOY

 **Silvana**
ASSA ABLOY

UDINESE
ASSA ABLOY

Vault
ASSA ABLOY

Uma percepção sobre a fabulosa história dos hospitais

Por: Fábio Bitencourt e Maria Tereza Costa

O *Hôpital Necker-Enfants Malades* está localizado no 15º arrondissement em Paris, e é uma das mais importantes referências em arquitetura hospitalar e da história da medicina francesa, situado bem próximo ao importante *Institute Pasteur*. Com 600 leitos em funcionamento e, destes, aproximadamente 400 dedicados à assistência pediátrica, segundo as informações atuais da própria instituição, ainda é a mais importante referência na atenção aos cuidados da criança em Paris. Um hospital que se orgulha de ser o primeiro hospital pediátrico do mundo, identificado com essa finalidade a partir do século XIX.

É no Hospital Necker que o médico Jean-Nöel Fabiani começa sua vida acadêmica, como estudante de medicina, atuando no departamento de transplantes de rins do Sistema de Assistência à Saúde Pública parisiense, Le Assistance Publique de Paris. Exatamente nesta sua chegada ao Hospital Necker, o médico autor do livro tem o seu primeiro contato com o ambiente hospitalar, nos anos de 1960.

O livro nos apresenta relatos diversos que transcendem a história do hospital, foco principal de seu interesse, percorrendo com a desenvoltura do professor de história da medicina que é, os caminhos que caracteri-

zam os marcos de desenvolvimento tecnológico da prática médica e da própria saúde pública. Entretanto, há particularidades muito interessantes sobre o ambiente do hospital, como os cuidados com os procedimentos de higienização dos revestimentos do piso, relatada numa curiosa história que tem por título “Tire os pés do meu ladrilho”, referência à forma como os responsáveis pela limpeza do hospital cuidavam do “seu sacrossanto ladrilho molhado”.

O livro está dividido em 28 capítulos, que traduzem momentos distintos da vida e da história do autor, o qual busca mostrar a conexão de fatos vividos com a história dos hospitais, particularmente os hospitais da Assistance Publique. Mas Fabiani apresenta também informações mais abrangentes e de interesse histórico, relacionadas à existência das edificações hospitalares na França, em especial.

No início do século XVII o vigário da Igreja do Santo Suplício (*Église Saint-Sulpice*) transformou uma velha edificação, que funcionava como internato, num pequeno hospital paroquial que, durante a Revolução Francesa, iria se tornar a Casa Nacional de Órfãos. Um pouco depois, em 1778, Suzanne Necker, esposa do Ministro das Finanças do Rei Luís XVI, criou um hospital dedicado à medicina e cirurgia “onde cada paciente tivesse um



leito individual” e, em 1802, o próprio Conselho do Hospital decidiu torná-lo um local de atendimento para todas as crianças doentes com menos de 15 anos de idade, que, antes, eram internadas em hospitais parisienses para adultos, como o *Hôtel Dieu* e outros. Logo, passaria a ser denominado *Hôpital des Enfants Malades* (Hospital das Crianças Doentes) e, posteriormente, incorporaria o nome da sua benfeitora, Suzanne Necker.

O capítulo “A Cruz e o Estandarte” faz uma conexão direta entre a história do atual Hospital Dieu e a busca pelas referências da sua ancestralidade no *Domus Dei*, funda-

do no ano de 651 pelo Bispo de Paris, na margem esquerda da *Ile de La Cité*. Destaca, ainda, que é durante a Idade Média que este processo de transformação da vocação de acolhimento vai se esboçar nos hospícios religiosos e que é fruto das “grandes epidemias que assolaram o país do século XII ao XV, como a peste negra e o cólera, que provocaram uma afluência de doentes em situação crítica, dos quais, foi preciso tomar conta”.

Ao mesmo tempo em que vagueia pela sua história pessoal, assim como dos hospitais com os quais teve algum vínculo profissional, Jean-Nöel Fabiani também destaca a

presença dos grandes personagens que mudaram o curso da história da medicina e da saúde no mundo. De René Hyacinthe Laennec e a invenção do estetoscópio, marcada numa das muitas placas comemorativas existentes onde se lê: “Neste Hospital, Laennec descobriu a auscultação”; a Louis Pasteur, um químico que “sabia que a maioria dos acadêmicos era hostil a ele e não suportava suas teorias”, a Ambroise Paré, cirurgião de quatro reis da França e que “deu um xeque-mate na universidade ao escrever suas obras diretamente no francês, já que ignorava o latim”. Importante lembrar que, neste período, o valor dos livros es-

tava justamente na produção intelectual ser escrita em latim.

Fabiani também “viaja pelos países vizinhos para um encontro” com o cirurgião escocês Joseph Lister, em Glasgow, para conhecer os seus trabalhos pela antisepsia, “na verdade a assepsia, isto é a ausência total de germes em tudo o que devia encostar no paciente”. Ele visita também o Dr. Alexander Fleming, bacteriologista inglês do St. Mary's Hospital de Londres, que, em conjunto com Howard Florey e Ernest Chain, em dezembro de 1945, foram merecedores do Prêmio Nobel pela descoberta da penicilina. E não se esquece do naturalista médico britânico Edward Jenner, que somente em 1798 teve o seu trabalho da descoberta da vacina contra a varíola reconhecido e publicado, mas que havia tido sua pesquisa não aceita e até ridicularizada pela comunidade científica da época, sendo denunciado como repulsivo o processo de infectar pessoas com material colhido de animais doentes.

O autor, que também é professor de Cirurgia Cardiovascular no Hospital Europeu Georges Pompidou, nos relata uma passagem quando foi convocado para uma reunião onde se deveria aprovar as plantas do projeto do futuro hospital. Um arquiteto, que já vivenciou reuniões comparáveis a esta, reconhece bem os problemas e as discussões que se estabelecem, não necessariamente

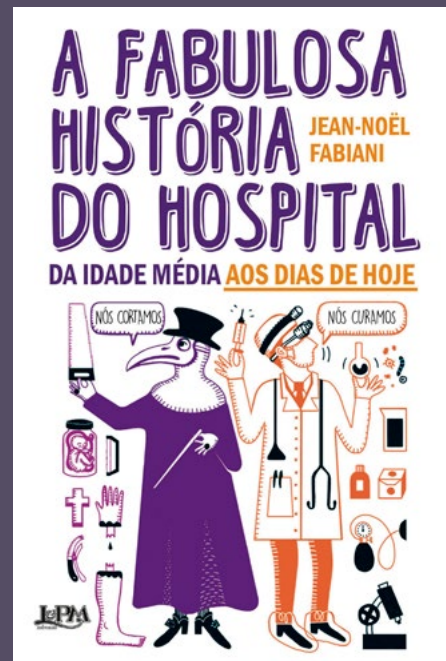
em tom cordial, como narra o autor, quando confrontadas as opiniões dos especialistas médicos com as dos arquitetos e dos responsáveis pela administração do hospital. Os problemas não terminam na reunião, passam pela disputa de poder administrativo e de conhecimento técnico, chegando ao frustrante relato da opinião negativa do professor autor do livro sobre o resultado do projeto, experiência amarga para a leitura de todo arquiteto mais sensível.

O livro e Fabiani não deixam passar em branco a agenda social ao recordar de “Os Esquecidos da Medicina Humanitária” –, e são muitos. Dentre eles, três vencedores de Prêmios Nobel da Paz: Henry Dunant e a Cruz Vermelha Internacional, em 1901; Albert Schweitzer, em 1952; os Médicos Sem Fronteiras, em 1999.

A leitura é recomendada pela aprazível conexão entre o espaço para a saúde e a saúde em toda a sua amplitude de experiências e aprendizados. Um livro que mostra os diversos caminhos para quem deseja conhecer melhor o hospital e fronteiras da fragilidade humana.

Fábio Bitencourt é arquiteto DSc. e professor.

Maria Tereza Costa é médica pediatra, sanitaria DSc. e professora. 



Livro: A Fabulosa História do Hospital da idade média aos dias de hoje

Autor: FABIANI, Jean-Noël

Tradução: Lavínia Favero, 2019

Editora: L&PM, Porto Alegre

1ª Edição: publicado em 15/05/2019

Ano: 2019

Páginas: 208

Capa: Daniel Casanave



Jean-Noël Fabiani é médico, chefe do departamento de cirurgia cardiovascular do Hospital Europeu Georges Pompidou, em Paris, e professor de História da Medicina na Universidade de Paris-Descartes. Foi um dos primeiros cirurgiões do programa Médicos Sem Fronteiras



ASSOCIADOS

DIAMANTE

Santé
Mobiliário hospitalar



RC
RCERVELLINI PISOS E REVESTIMENTOS
Pisos Vinílicos em Mantas e Placas
Carpetes em Mantas e Placas
Fornos Minerais | Acústicos
Pisos Laminados

OURO



AIRO



Tarkett | THE ULTIMATE FLOORING EXPERIENCE

Interface®

ENGEFORM

Forbo
FLOORING SYSTEMS

SAINT-GOBAIN

VESCOM

WHITE MARTINS
PRAXAIR INC



PRATA

AIR LIQUIDE

borelli & merig
arquitetura
urbanismo

COSENTINO
imagine & anticipate

DOCOL
METAIS SANITÁRIOS

Fleximedical

Formas & Efeito

BRONZE

A. SALLES & CIA. LTDA
ARKHITEKTON ASSOCIADOS LTDA
ASSA ABLOY BRASIL SISTEMAS DE
SEGURANÇA LTDA
ATHIE WOHN RATH URBANISMO, PAISAGISMO
E ARQUITETURA LTDA
BETTY BIRGER ARQUITETURA E DESIGN LTDA
BRUNO YUDI ARAKI WATANABE-ME
C+A ARQUITETURA E INTERIORES SC LTDA
CONSTRUTORA CLARK LTDA
DÁVILA ARQUITETURA E ENGENHARIA S/A
DRACO ELETRÔNICA INDÚSTRIA E COMÉRCIO
EIRELI
EATON POWER SOLUTION LTDA

EDLEI TECNOLOGIA E SOLUÇÕES EM PORTAS LTDA
EDRA EQUIPAMENTOS ESPECIAIS, IND,
COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA
EMED ARQUITETURA HOSPITALAR E
PLANEJAMENTO LTDA
FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLAVIO RIBEIRO
COUTINHO
GRAU ENGENHARIA DE INSTALAÇÕES LTDA
HERMAN MILLER DO BRASIL LTDA
IPH INSTITUTO DE PESQUISAS HOSPITALARES
ARQ JARBAS KARMAN
LEVISKY ARQUITETOS ASSOCIADOS LTDA
MODO CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO
IMOBILIÁRIO S/A

PERKINS + WILL ARQUITETURA LTDA
PGMAK PROJETOS E GERENCIAMENTO LTDA
RAC ENGENHARIA S/A
RAF ARQUITETURA
RF REPRESENTAÇÕES EIRELE
SENZI CONSULTORIA LUMINOTECNICA SC
LTDA
SERRA SOUZA & MARQUES GIL LTDA
SIMMETRIA ARQUITETURA LTDA ME
TECHNOCARE ENGENHEIROS CLÍNICOS
ASSOCIADOS LTDA
TECNO PERFIL PLÁSTICOS LTDA
ZANETTINI ARQ PLANEJ E CONSULTORIA
LTDA

EXPEDIENTE

DIRETORIA NACIONAL

Presidente Atual

Emerson da Silva (SC)

Presidente Anterior

Marcio Nascimento de Oliveira (DF)

Presidente Futura

Elisabeth Hirth (RJ)

Vice-Presidente Administrativo Financeiro

Eng. Marcos Kahn (SP)

Vice-Presidente de Marketing

Arq. Doris Vilas-Boas (BA)

Vice-Presidente de Relações Institucionais

Arq. Thalita Lellice (DF)

Vice-Presidente Executiva

Arq. Inara Rodrigues (SC)

Vice-Presidente Técnico Científico

Arq. Claudia Miguez (RJ)

DIRETORIAS ESPECIAIS

Diretor Especial de Inovação

Walmor Brambilla (SP)

Diretoria Especial de Integração Nacional

Bia Gadia (SP)

Diretoria Especial de Relações Institucionais América Latina

Jonas Badermann (RS)

GT – Certificação Profissional

Cynthia Fonseca Kalichshtein (SP)

GT – Radar ABDEH

Ana Paula Naffah Peres (SP)

Gerente Administrativo

Vanessa Almeida (SP)

CONSELHO EDITORIAL

Diretora

Profª. DSc Claudia Miguez

Coordenação

Prof. DSc Antonio Pedro de Carvalho

Membros

Profª. DSc Claudia Miguez, Prof. DSc Fabio Bittencourt, Profª. DSc Elza Costeira, Prof. MSc Marcio Nascimento de Oliveira, Profª. Esp. Doris Vilas-Boas, Prof. Esp. João Carlos Bross

CONSELHO CONSULTIVO

Arq. João Carlos Bross, Arq. Jayme Spínola Castro, Arq. Mariluz Gomes, Arq. Irineu Breitman, Eng. Salim Lamha Neto, Arq. Flávio Kelner, Arq. Flávio Bicalho, Arq. Fabio Bittencourt, Arq. Marcio Oliveira

DIRETORES REGIONAIS

Elida Noemi – AL

Amélia Záu – BA

Clarissa Garcia Gruska – CE

Talissa Patelli – DF

Natalia Lima – GO

Daniela Fenelon – MG

Denize Demirdjian S.Jorge – MS

José Freire da Silva Ferreira – PA

Helber Emanuel A. e Sousa – PB

Fernanda Ventura – PE

Adriana Sarnelli – PR

Kátia Fugazza – RJ

Ramon Nascimento Sousa – RO

Fernanda Guimarães Pamplona – RS

Patricia Paiva – SC

Simone Prado de Menezes – SE

Antônio Carlos Rodrigues – SP

Projeto gráfico e diagramação

Sandra Martins

Foto da capa

Maquete Eletrônica do Araxá Center | Araxá-MG
Projeto e foto de Mariluz Gomes

Edição e organização

Claudia Q. Miguez | Antonio Pedro A. de Carvalho

Apoio jornalístico

Patrícia Bonelli

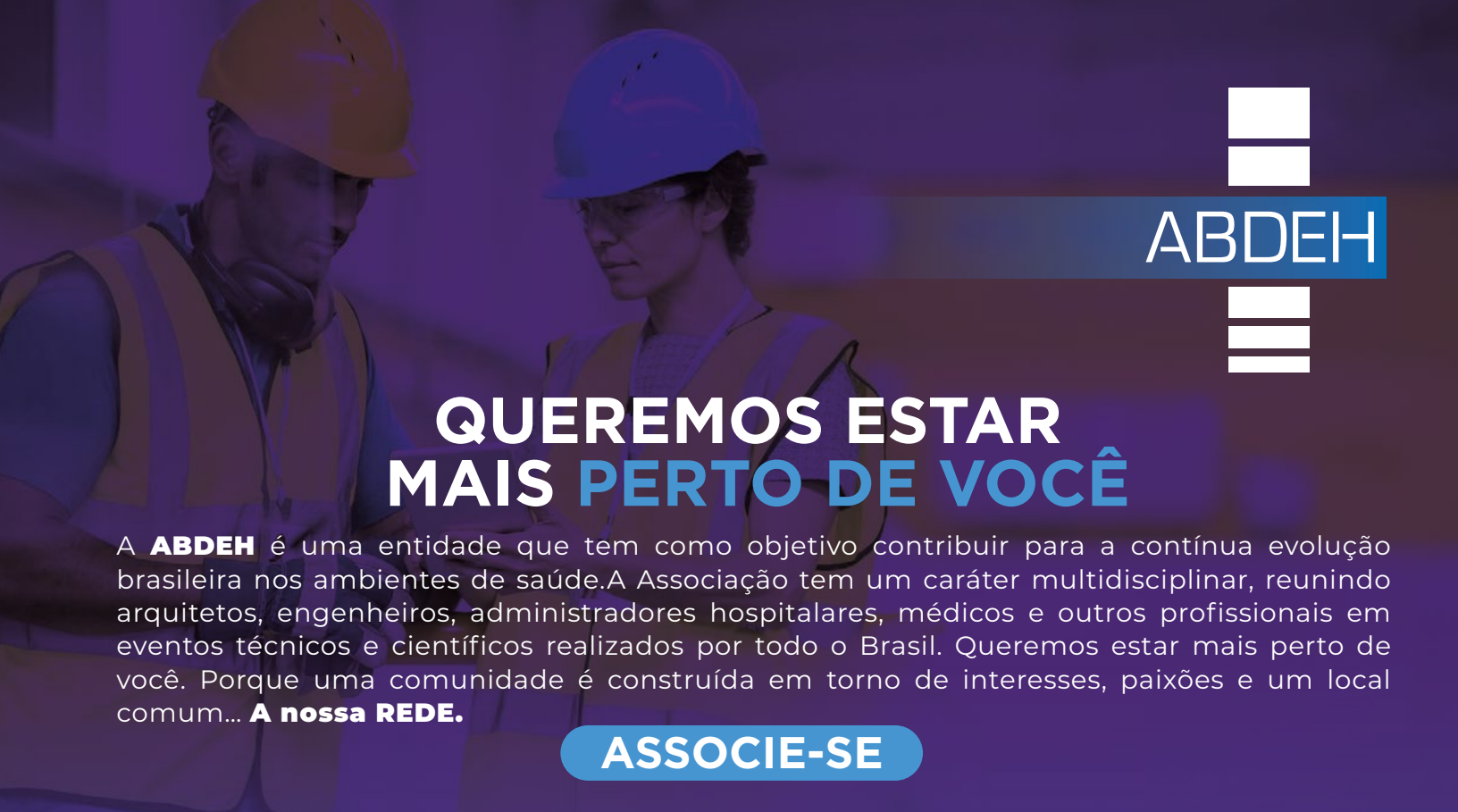
É proibida a reprodução dos textos, fotos, gráficos e desenhos, exceto mediante a autorização expressa do autor.

ABDEH – Associação Brasileira para o desenvolvimento do Edifício Hospitalar
End: Av. Marquês de São Vicente, 446, Sala 301
01139-000 – Barra Funda, São Paulo - SP

www.abdeh.org.br

Associação
Brasileira para o
Desenvolvimento do
Edifício
Hospitalar





ABDEH

QUEREMOS ESTAR MAIS PERTO DE VOCÊ

A **ABDEH** é uma entidade que tem como objetivo contribuir para a contínua evolução brasileira nos ambientes de saúde. A Associação tem um caráter multidisciplinar, reunindo arquitetos, engenheiros, administradores hospitalares, médicos e outros profissionais em eventos técnicos e científicos realizados por todo o Brasil. Queremos estar mais perto de você. Porque uma comunidade é construída em torno de interesses, paixões e um local comum... **A nossa REDE.**

ASSOCIE-SE



QUEM SOMOS

Algumas centenas de profissionais e empresas com foco no planejamento, na programação, na construção e na gestão dos espaços de saúde no Brasil.



NOSSA MISSÃO

Potencializar a troca de conhecimento técnico científico e operacional entre os diversos profissionais que atuam para o desenvolvimento dos diversos espaços de saúde do Brasil.



GESTÃO DE CONHECIMENTO

Promover o conhecimento e gerar valor para os espaços de saúde através de conexões.



GESTÃO DE RELACIONAMENTO

Ser agente de transformação dos espaços de saúde, através do conhecimento, do intercâmbio de informações e da multidisciplinaridade, proporcionando conexões profissionais.



Conectamos
**pessoas,
empresas
e propósitos.**



NOSSOS VALORES

Conhecimento técnico-científico e operacional, convívio social, visão sistêmica da saúde, multidisciplinaridade, engajamento e conexão.

Av. Marquês de São Vicente, 446, Sala 301 - Barra Funda, São Paulo - SP •
(11) 5056-1434 - abdeh@abdeh.org.br

www.abdehdigital.com.br