

Sinalização visível, nas portas, do símbolo internacional da radiação ionizante e inscrição com os dizeres: "Entrada Restrita"

Sinalização luminosa vermelha com aviso de advertência: "Quando a luz vermelha estiver acesa, a entrada é proibida".

Em lugar visível, dispor de um quadro de orientação de proteção radiológica.

Dentro da sala o aviso: "Nesta sala somente pode permanecer um paciente de cada vez".

Vestimentas de proteção individual para pacientes, equipe e acompanhantes (avental, saiote, luvas, protetor de tireóide). Prever suporte adequado para os aventais plumbíferos e uso obrigatório de dosímetros. A câmara escura é dispensável nos equipamentos mais modernos que usam revelação seca.

Prever local para guarda dos filmes radiológicos em posição vertical, afastados da fonte de radiação e com temperatura e umidade compatível com suas especificações.

Iluminação da sala de laudos não pode causar reflexos nos negatoscópios.

Dos Equipamentos

Todo equipamento de fluoroscopia deve possuir:

- Sistema de intensificação de imagem;
- Dispositivo para selecionar um tempo acumulado de fluoroscopia reajustado a cada 5min ou interromper após 10min.;

- Diafragma regulável para definir feixe útil;
- Cortina ou saioite plumbífero inferior/lateral para a proteção do operador;
- Sistema para impedir que a distância foco-pele seja inferior a 38cm para o equipamento fixo e 30cm para equipamento móvel;
- Sistema para garantir que o feixe de radiação seja restrito à área do receptor de imagem;
- Possuir sinal sonoro contínuo quando o controle de "alto nível" estiver acionado.

Dos Procedimentos de Trabalho

Padronizar valores para expor o mínimo possível o paciente;

Durante o procedimento, devem permanecer na sala somente as pessoas estritamente necessárias e devidamente protegidas;

Em fluoroscopia, as palpações devem ser realizadas com luvas plumbíferas; a duração do exame deve ser o mais breve possível, com a menor taxa doses e menor tamanho de campo; o tubo deve ser energizado somente quando o executor estiver olhando o monitor; o tempo de exposição deve ser anotado no prontuário do paciente;

As vestimentas plumbíferas não devem ser dobradas, devendo ser mantidas em superfície horizontal ou suporte adequado.



Controle de Qualidade e Manutenção

O equipamento deve ser mantido em condições adequadas de funcionamento e submetido regularmente à verificação de desempenho;

Deve existir um Programa de Garantia de Qualidade que inclua testes bianuais, anuais, semestrais e semanais conforme descritos na portaria e nas especificações do equipamento;

Deve ser verificado o padrão de desempenho do equipamento.

Portaria SAS/MS 210/2004 da Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2004b)

Esta portaria define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, suas aptidões e qualidades, servindo como parâmetro para o credenciamento das Unidades junto ao Sistema Único de Saúde.

Entre os serviços de uma Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular está o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista, ou seja, Hemodinâmica, e estabelece este serviço como pré-requisito.

A unidade deve dispor de estrutura física e funcional compatível, além de uma equipe capacitada e qualificada para prestar assistência aos portadores de doenças do sistema cardiovascular.

6 RECURSOS HUMANOS

Responsável Técnico – médico com certificado na área de atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, reconhecido pela SBHCI (Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista), e responsável por um único serviço.

Ter pelo menos mais um médico com certificado em área de atuação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, reconhecido pela SBHCI.

Equipe de Saúde Básica composta de: cardiologista clínico, anesthesiologista, enfermeiro coordenador com especialidade em cardiologia, um enfermeiro para cada 10 leitos e um para o serviço de hemodinâmica, por turno; um auxiliar ou técnico em enfermagem por leito, por turno e um técnico em radiologia ou tecnólogo com experiência em hemodinâmica.

Equipe de Saúde Complementar: contar com cirurgião vascular e Cirurgião geral em caráter permanente ou alcançável.

7 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

O hospital deve destinar leitos específicos para os pacientes de média e alta complexidade cardiovascular.

Serviço deve possuir:

Equipamento de hemodinâmica fixo com, no mínimo:



- capacidade de aquisição de imagem digital em tempo real;
- resolução: matriz 512x512x8 bites a 30 quadros/segundo; e
- armazenamento de longo prazo das imagens: CD ou filme 35mm.

Polígrafo de, no mínimo, três derivações de ECG e dois canais de pressão com possibilidade de registro simultâneo;

Hemoterapia disponível 24h, por Agência Transfusional ou outra estrutura mais complexa;

UTI classificada como Tipo II ou III (portaria GM/MS 3432/98)

8 PRODUÇÃO DO SERVIÇO

O Serviço de Cardiologia Intervencionista deve realizar, em média, 12 procedimentos terapêuticos em cardiologia intervencionista mensais, 144 procedimentos anuais de alta complexidade.

9 PROGRAMA DA UNIDADE

No quadro 02 vê-se o pré-dimensionamento da unidade de hemodinâmica. Através do estudo das fichas técnicas dos principais ambientes da unidade, estabeleceu-se áreas dos ambientes considerando toda a legislação apresentada acima.

Após elaborado o projeto chegou-se ao dimensionamento final da Unidade. O quadro 02 apresenta a comparação entre o dimensionamento da RDC-50, o pré-dimensionamento proposto e dimensionamento de projeto. Constatou-se a necessidade de se criar dois novos ambientes (vestiário para pacientes externos e arquivo de CDs) e, devido ao porte do equipamento de Hemodinâmica utilizado como exemplo, a sala de exame ficou maior do que o pré-dimensionado.

Quadro 02–QUADRO DE DIMENSIONAMENTO DA UNIDADE DE HEMODINÂMICA PROPOSTA

AMBIENTE	CONFORME RDC 50/02		PROPOSTO		Projeto
	Critério de dimensionamento	m ²	Critério de dimensionamento	m ²	
Registro	8,00m ²	8,00		8,00	8,00
Chefia	5,5m ² por pessoa/wc 1,6	7,10	WC = 1,82(1,35x1,35)	7,32	7,10
Secretaria	5,5m ² por pessoa	11,00		11,00	11,54
Sala de Exame e Terapia	ADE	36,00		36,00	49,70
Área de Escovação	1,1m ² por torneira	2,20		2,20	2,20
Área de Recuperação (4 boxes)	8,00m ²	32,00		32,00	36,83
Posto de Enfermagem	4,50m ²	4,40		4,50	
Hall de Espera p/ Pacientes em Macas	sem referência	24,00		24,00	28,23
Guarda de Macas	sem referência	3,62	1,05x3,45	3,62	
Área de Comando	8,00m ²	8,00		8,00	9,14
Sala de Laudos e Interpretação	4,50m ²	4,50		4,50	5,35
Sala de Componentes Técnicos	sem referência	4,00		4,00	5,19
Sala de Preparo de Componentes e Materiais	sem referência	4,00	4,00	6,41	
Vestiário de Barreira para Funcionários	vest. 3,00+wc 1,6m ² x2	9,20	vest. 3,64 +wc 1,82=5,42	10,92	12,52
DAL	2,00m ²	2,00	2,25x2,25	3,71	3,03
Utilidades	4,00m ²	4,00		5,06	6,00
Rouparia	2,20m ²	2,20		2,20	2,20
SUB-TOTAL		166,22		171,03	176,50
Novos Ambientes					
Vest. paciente externo					4,70
Arquivo					3,76
SUB-TOTAL		166,22		171,03	184,96
					(19%)
% de Circulações		20%		34,21	34,46
TOTAL				205,24	220,43

Fonte: autores



10 NORMAS E INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA

No caso da Unidade de Hemodinâmica deverá ser aplicada a Portaria/MS 453/98 quanto à proteção a radiação ionizante tanto para pacientes e para a equipe de saúde como para a estrutura física.

Outro aspecto a ser observado são as instruções do fabricante, quanto ao isolamento da rede elétrica, à climatização do ambientes, ligação ao sistema de energia elétrica de emergência e ao reforço de contrapiso.

11 MANUTENÇÃO

Na execução de obra deverão ser consideradas todas as orientações do fabricante para a instalação do equipamento fazendo assim uma manutenção preditiva adequada do equipamento.

Na manutenção preditiva devem ser seguidas as recomendações do fabricante e as legislações vigentes, que deverão ser executadas por meio de protocolos devidamente registrados e assinados pelo responsável, garantindo, assim, o funcionamento do equipamento e a qualidade do serviço.

A corretiva acontecerá quando necessário e pelo fornecedor através de contrato de manutenção estabelecido no ato da aquisição do equipamento.

12 SISTEMA CONSTRUTIVO

Sistema construtivo usado será o tipo convencional tanto para os pilares, vigas e alvenaria. A laje será nervurada e pré-fabricada com blocos de polipropileno expandido para diminuir o peso próprio da estrutura.

A cobertura será em telha de aço galvanizado assentada sobre estrutura metálica.

13 INSTALAÇÕES PREDIAIS

Será usado andar técnico, sob a cobertura, para instalação das unidades de ar condicionado, sendo um equipamento para sala de exame, um para sala de componentes e outro para os demais ambientes da unidade. Na sala de exame o retorno do ar será efetuado por dutos instalados nos chanfros entre as paredes.

As instalações elétrica, telefônica, lógica, som, segurança, água e outras serão feitas por meio de uma bandeja sobre o forro rebaixado. A ligação entre o gerador de tensão, o equipamento de hemodinâmica e a estação de processamento de imagem será por meio de canaleta sob contrapiso.

A instalação elétrica deverá ser isolada e possuir um sistema de vigia de isolamento e quadro de distribuição próprio. Também deverá possuir aterramento em todas as tomadas da unidade. Haverá energia elétrica de emergência



no posto de enfermagem e sala de recuperação, classe 15 e classe 5 na sala de exame, comando e equipamento.

Devido ao peso do equipamento escolhido, será feito um reforço nas fundações, especificando-se o suporte de 410kg na base da mesa e do arco.

As paredes da sala de exame deverão receber proteção equivalente a 1,1mm pb, exceto a parede dos fundos que será de 1,0mm pb. O piso e o teto terão blindagem de 1,5mm pb ou 13 cm de laje de concreto vibrado, com resistência mínima de 235kgf/cm³. As portas e o visor usarão a blindagem correspondente à parede onde estão localizados. Estas especificações deverão ser calculadas por físico especializado para cada tipo de equipamento utilizado.

14 ESPECIFICAÇÃO DE MATERIAIS

Piso: Manta vinílica, exceto nas áreas molhadas (banheiros, utilidades, DML e preparo de materiais) onde será utilizada cerâmica tipo grês, 30x30 cm, com rejunte epóxi.

Parede Internas: Pintura látex acrílico sobre massa acrílica, nas áreas molhadas azulejo com rejunte epóxi.

Teto: Pinturá látex acrílico sobre massa acrílica nas áreas críticas e semi-críticas e nas demais látex PVA.

Esquadrias: Externas em alumínio natural e internas em madeira com pintura em esmalte sintético. As maçanetas das portas serão tipo alavanca.

Rodapé: Terá o mesmo material do piso, com altura de 8cm e seguir o alinhamento da parede, evitando ressaltos.

Outros: Bancadas de granito e cubas em louça ou inox, conforme o uso. Bate-maca e corrimão em PVC.

15 FLUXOGRAMA

A figura 1 apresenta o fluxograma da Unidade de Hemodinâmica, mostrando o fluxo de pacientes bem como da equipe de saúde. Os acessos de pacientes são distintos e com barreira técnica, sendo que o paciente externo deverá passar por um vestiário de barreira.

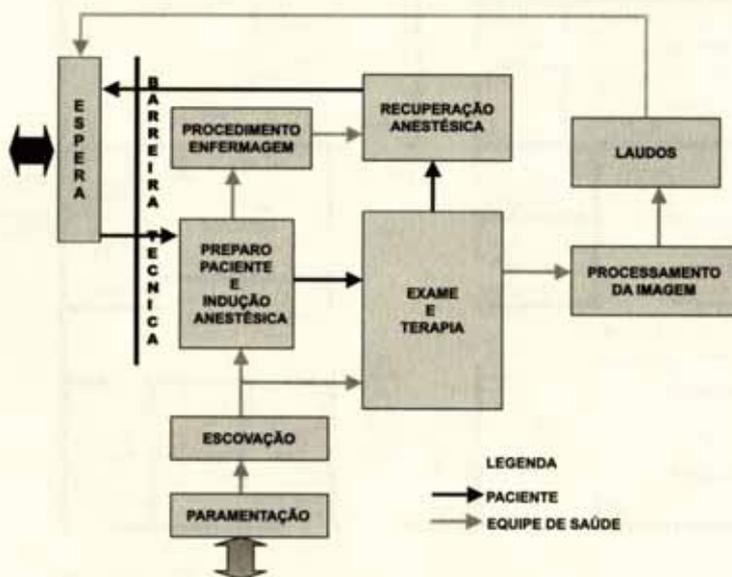


Figura 1 – Fluxograma de um serviço de hemodinâmica

Fonte: autores



16 ANTEPROJETO DA UNIDADE DE HEMODINÂMICA

A Unidade de Hemodinâmica apresentada na figura 2 faz parte do Projeto do Hospital de Emergência de Campo Grande, portanto o serviço de Hemodinâmica é um dos serviços da Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade oferecido pelo Hospital à população do Sistema Único de Saúde.

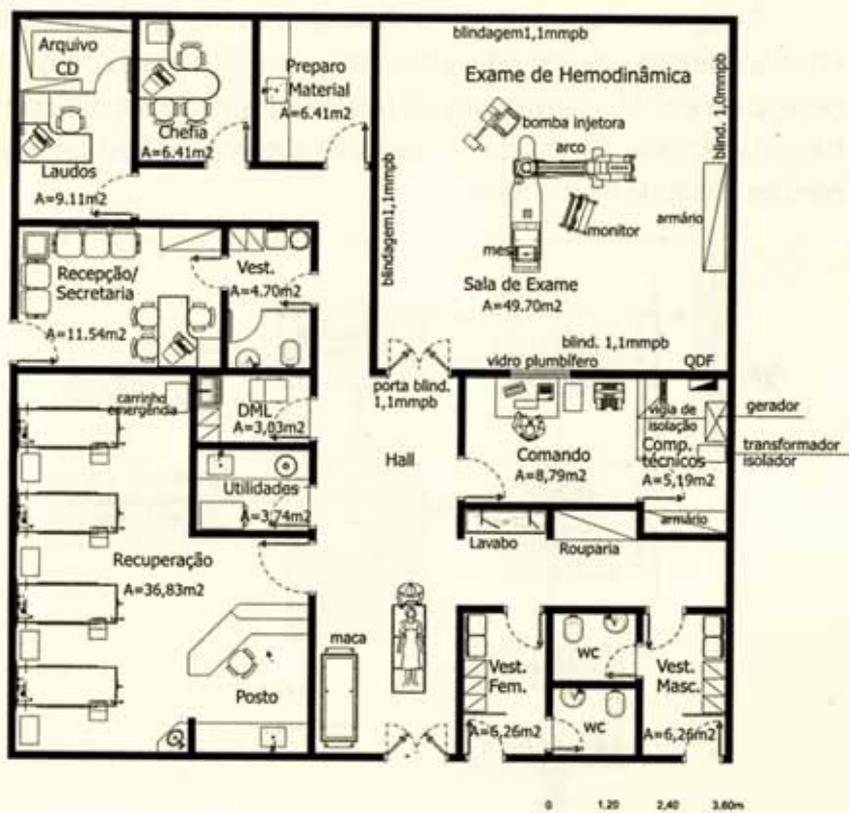


Figura 2 – Planta baixa da unidade de Hemodinâmica

Fonte: autores

A unidade, além de atender aos pacientes internos, oferecerá seus serviços a pacientes referenciados da Rede de Saúde da Macrorregião de Campo Grande, MS.

A Hemodinâmica deverá ser implantada próxima ao Bloco de Diagnóstico e ligada pela circulação central ao Centro Cirúrgico, à Emergência, à UTI e à UCO.

A planta baixa e o *layout* foi resultado de todo o estudo descrito acima, tais como: os acessos distintos, vestiário de barreiras, sala específica para componentes, cuidados com a radiação, a atenção pós-procedimento e outros.

O acesso de paciente interno e da equipe de saúde é feito pela circulação central, sendo que o da equipe de saúde é feito por vestiário de barreira. O acesso do paciente externo é pela recepção geral do Setor de Diagnóstico, que será encaminhado até a secretaria da Unidade de Hemodinâmica, onde o acompanhante poderá esperar e o paciente será encaminhado ao vestiário para paramentação, onde receberá instruções da enfermagem sobre uso do avental e para onde se encaminhar a seguir.

Após realizar o exame, o paciente é levado à sala de recuperação. Dependendo do tipo de exame os pacientes poderão evoluir para UCO, UTI, CC e alta, se for paciente externo.

A unidade é composta de duas áreas:

Assistência ao paciente: secretaria, vestiário de paciente, sala de recuperação, posto de enfermagem, sala de exame.



Áreas de apoio a Hemodinâmica: Sala de laudos, chefia, arquivo, preparo de materiais, DML, sala utilidades, sala de comando e equipamentos, vestiário de barreira, lavatório cirúrgico e rouparia.

O projeto da Unidade de Hemodinâmica é resultado de vários fatores condicionantes do projeto, como modulação, legislação vigente, equipamento escolhido e pré-dimensionamento.

Considerou-se, também, a qualidade dos procedimentos, os fluxos e a segurança dos pacientes e equipe de saúde na elaboração do projeto e definição das instalações.

17 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A unidade de Hemodinâmica reúne os cuidados dos serviços existentes em locais como radiologia, UTI e centro cirúrgico, atendendo-se pacientes graves e que exigem os mais restritos procedimentos. Sua arquitetura deve, portanto, refletir estas exigências, possuindo riqueza de detalhes, uma esmerada adequação de fluxos e funcionalidade geral.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 453 de 01 de junho**

de 1998. Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2616 de 12 de maio de 1998.** Brasília, 1998a.

_____. **Portaria SAS/MS nº 227 de 05 de abril de 2002.** Brasília, 2002a.

_____. **Portaria 1.101/GM de 12 de junho de 2002.** Brasília, 2002b.

_____. **Portaria 2.048/GM de 5 de novembro de 2002.** Brasília, 2002c.

_____. **Portaria 210/2004.** Brasília, 2004b.

FRANCO, B. M. **e-Cath: Um Sistema de Telemedicina para Hemodinâmica Utilizando Redes de Baixa Velocidade.** Belo Horizonte, MG: Instituto de Ciências Exatas, UFMG, 2003.

HOSPITAL SANTA LUCIA, **Clínica de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista; Infra-estrutura.** Brasília. Disponível em: <https://www.hemodinamica.com.br>. Acessado em 9/10/2005.

LOPES, Alberto Costa (Coord.). **Manual para elaboração de projetos de edifícios de saúde na cidade do Rio de Janeiro: posto de saúde, centro de saúde, unidade mista.** Rio de Janeiro: IBAM/CPU, PCRJ/SMU, 1996.

SOUSA, J. E. M. R.: **Cinecoronariografia no Brasil: os primórdios históricos no Brasil.** Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista – SBHCI. Disponível em: <https://www.sbhci.org.br>. Acessado em 10/10/2005

SBHCI. **Dicionário de termos de hemodinâmica.** Disponível em: <https://www.sbhci.org.br>. Acessado em 10/10/2005.



HOSPITAL-DIA



Tânia Mara Valadares Chagas

Marlise Góes de Carvalho Macêdo

Octávio Gomes de Andrade Neto

RESUMO

As cirurgias ambulatoriais estão a cada dia avançando sobre diversas especialidades com o avanço da tecnologia. Procedimentos que, antes, exigiam grandes preparos e riscos, hoje são efetuadas em ambientes relativamente simples. A arquitetura dos Hospitais-dia, portanto, tem aplicação em praticamente todas as unidades que já atendem casos cirúrgicos e outras construídas apenas para este fim. Outro desafio que se apresenta é o incremento das cirurgias minimamente invasivas em hospitais públicos. O presente artigo busca sugerir uma solução para estes casos.

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia ambulatorial é hoje considerada um dos segmentos de mercado mais promissores na área de saúde e vem crescendo a cada dia, traduzindo-se como um novo modelo de assistência médico hospitalar – o Hospital-dia –, que vem contribuindo para o movimento de desospitalização e trazendo muitos benefícios para todos os participantes, sejam eles médicos, seguradoras, instituições e pacientes, otimizando recursos, reduzindo custos e minimizando riscos de infecção hospitalar, além de permitir maior segurança e assistência mais humanizada.

A realização de procedimentos cirúrgicos de médio e grande porte pelo sistema ambulatorial, sem a internação do paciente, não é uma conduta recente ou inovadora. Este tipo de atendimento é descrito desde a antiguidade, época em que os pacientes eram liberados para recuperação pós-operatória nos seus próprios domicílios (SOUZA; SILVA, 1999). Assim, a cirurgia ambulatorial não se apresenta como algo novo, mas como uma redescoberta de um procedimento que foi, por bastante tempo, esquecido e está retornando velozmente devido ao avanço das técnicas cirúrgicas e anestésicas e possibilitado pelas novas descobertas tecnológicas.

A idéia de desenvolver este estudo surgiu da percepção dos autores da insignificante utilização pelo setor públi-



co de saúde de unidades de cirurgia ambulatorial, não se valendo dos grandes benefícios que uma implantação deste tipo poderia trazer para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo SANTOS (2005), com base nos dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (CNES), no Brasil, de um total de 145.467 leitos cirúrgicos, apenas 1,6% (2.355) são leitos de hospital-dia isolados, percentual inexpressivo quando se constata que esse tipo de internação reduz significativamente os custos hospitalares com as despesas em internações. Esses números seriam mais expressivos se fossem somados aos serviços integrados a hospitais. Há, em todo Brasil, 171 unidades hospitalares operando em regime de hospita-dia, dos quais 19 se encontram no estado da Bahia, sendo 10 em Salvador. Em Salvador, quando se confronta o setor público com o setor privado neste tipo de assistência, constata-se uma forte discrepância: 24 leitos públicos para 77 leitos privados, sendo que os 24 leitos públicos pertencem a quatro instituições.

Os dados do CNES comprovam a escassez de leitos de cirurgia ambulatorial pública, justificando a necessidade de sua expansão com a implantação de novas unidades, sejam elas integradas ao hospital, autônomas, satélites ou independentes.

2 DESENVOLVIMENTO DA CIRURGIA AMBULATORIAL

Segundo Andrade, Melo e Gomes (1999) a primeira casuística mais extensa sobre cirurgia ambulatorial foi

publicada 1900, relatando uma experiência de 10 anos, onde se descreveu 8988 cirurgias realizadas em regime ambulatorial no Royal Glasgow Hospital for Children, na Grã-Bretanha, com resultados bastante satisfatórios. O Dr. James H. Nicoll, já nessa época, chamava a atenção para as desvantagens da hospitalização de pacientes pediátricos, enfatizando os benefícios advindos de uma convalescença no lar.

A redescoberta, o aprimoramento e a ampliação da cirurgia ambulatorial só veio a se verificar em 1960, quando foi criado o primeiro programa moderno de cirurgia ambulatorial, no Butterworth Hospital, em Michigan. No ano seguinte, foi criado um serviço semelhante pelos anesthesiologistas David Cohen e John Dillon na Universidade da Califórnia, Los Angeles.

Cohen e Dillon (*apud* DAVIS, 1987, p. 692) acreditavam que:

[...] a segurança do paciente não é um assunto de pacientes internados versus paciente externo. Segurança é uma atitude e quando se adota uma boa prática na escolha dos pacientes pelo cirurgião, com avaliação pré-anestésica minuciosa e técnica anestésica cuidadosa, não há razão para ocorrerem complicações a mais que sob a circunstância da hospitalização.

Este conceito foi se fortificando, tendo, a partir da década de 60, suscitado um maior interesse da comunidade médica, devido, como já citado, aos avanços das técnicas cirúrgicas e anestésicas, permitindo uma recuperação ágil e com menor número de complicações (WATSON; SANGERMANO, 1997)



O grande estímulo para o progresso da cirurgia ambulatorial, porém, ocorreu na década de 70, com a instalação do Surgical Center, em Phoenix, EUA, como uma unidade independente, totalmente auto-suficiente, administrada pelos anestesiólogos Wallace Reed e John Ford, que apresentou resultados bastante animadores, mostrando que uma instituição operada independentemente poderia funcionar com o mesmo sucesso e a mesma segurança de um hospital, sem perder os bons padrões de assistência (DAVIS, 1987).

A cirurgia ambulatorial foi crescendo em vários países do mundo, principalmente nos EUA, onde, em 1980, se registrou que, do total dos procedimentos cirúrgicos hospitalares, aproximadamente 16% eram realizados em regime ambulatorial. Este número cresceu para 35% em 1985, alcançando cerca de 50% em 1991 e 60% em 1995 (SOUZA; PEREIRA e CRUZ, 2001). Segundo Tancreti e Neto (2000), com base na referência publicada por O'Donovan (1998), esta transição continuou, estimando-se que até o final do ano 2000 havia aproximadamente 80% de todos os procedimentos cirúrgicos conduzidos em ambulatórios.

No Brasil, não há estatística suficientemente abrangente a este respeito, mas estima-se que hoje as cirurgias ambulatoriais já representem de 40 a 50% dos casos cirúrgicos realizados (ANDRADE; MELO e GOMES, 1999).

Atualmente, nenhuma instituição hospitalar, seja ela pública ou privada, pode ignorar os grandes benefícios da cirurgia ambulatorial. São várias as vantagens desta modalidade de assistência, das quais se pode citar: a redução do impacto emocional, retorno mais rápido às atividades habi-

tuais, atendimento individualizado e ágil, curta permanência em ambiente hospitalar, redução dos índices de infecção e a redução dos custos hospitalares.

Segundo Ferreira (apud RAMOS; MARQUES, 1990), as unidades de cirurgia ambulatorial em geral auferem uma receita menor, com vantagens para os pacientes, a um custo de investimento e operacional mais baixo, proporcionando, para as instituições, uma lucratividade comparável à das unidades de internação.

A Legislação Brasileira sobre hospital-dia, apresentada na Portaria nº 44/ GM, de 10 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), padroniza o atendimento, estabelecendo critérios para a realização de procedimentos cirúrgicos, terapêuticos e diagnósticos em todo território nacional. Esta portaria define o regime de hospital-dia como a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período máximo de 12 horas.

3 CLASSIFICAÇÃO

De acordo com David (1987), a cirurgia ambulatorial é aquela realizada em unidades que se classificam conforme sua vinculação ou direção, podendo estar sob controle de um hospital ou ser independente, e se apresenta de quatro formas:



- **Integrada:** consiste em uma área designada dentro do hospital, no qual os pacientes são admitidos e do qual recebe alta. As salas de recuperação e cirurgias do hospital são usadas tanto para os pacientes internados quanto para os ambulatoriais.
- **Autônoma:** é uma unidade auto-suficiente que ministra a assistência pré, intra, de recuperação e pós-operatória. Fica localizada dentro dos limites do hospital ou na área do mesmo, porém opera de forma totalmente independente dos outros setores do hospital.
- **Satélite do Hospital:** é uma unidade autônoma, subvencionada e operada pelo hospital, porém localiza-se fora do campus do mesmo.
- **Independente:** é uma unidade autônoma que não faz parte, nem geograficamente, nem administrativamente, de outra instituição para assistência à saúde.

Para o desenvolvimento do presente trabalho foi escolhida uma unidade de cirurgia ambulatorial autônoma, em função da vantagem que esta apresenta quando se dispõe de um hospital geral como retaguarda, pois, embora separada fisicamente e operacionalmente deste por estar anexa, se utiliza de sua estrutura de apoio e dos seus equipamentos de infra-estrutura.

Como estrutura de apoio existente, considera-se os serviços de: nutrição e dietética, diagnóstico e terapia, laboratório de patologia clínica e anátomo-patológico, agência transfusional, central de material esterilizado (CME), supri-

mento/armazenamento de materiais; processamento de roupas, limpeza e zeladoria, bem como equipamentos de infraestrutura, centrais de gases medicinais e vácuo, o sistema de climatização, sistema gerador de energia e o sistema de coleta de lixo, dentre outros.

4 ESTRUTURA FÍSICA/SOLUÇÃO ARQUITETÔNICA

O crescimento desordenado de unidades ambulatoriais para atender uma demanda de mercado emergente e a falta de regulamentação para esse tipo de assistência motivaram em 1993, o surgimento da Resolução 1.363 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabelece os critérios mínimos de segurança para a prática da anestesia ambulatorial, definindo a monitoração básica na assistência ao paciente e a obrigatoriedade dos equipamentos para procedimentos de manobras de recuperação cárdio-respiratória.

Um ano após a primeira resolução, o CFM regulamenta, através da Resolução 1.409/94, a prática da cirurgia ambulatorial, dos procedimentos endoscópicos e de outros procedimentos invasivos fora de unidade hospitalar, determinando as condições estruturais, higiênicas e sanitárias, esterilização e desinfecção de instrumentos que o ambiente deve contemplar, além da necessidade do registro de todos procedimentos realizados, condições para a prática anestésica, critérios de seleção e alta hospitalar, como também garantir suporte hospitalar em eventuais casos de internação e assistência no pós-alta, em decorrência de complicações durante 24 horas.



O projeto do hospital-dia anexo foi elaborado em conformidade com a Resolução RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2004) e de outras normas gerais e específicas de edificações previstas nas legislações, federal, estadual e municipal vigentes, e das resoluções do CFM .

A solução projetada busca organizar claramente os diferentes ambientes, como se pode observar na planta (figura 1). A unidade funcionará em uma estrutura compostas pelos seguintes ambientes:

- 03 Salas de cirurgias
- 01 Sala de pequenos procedimentos
- 01 Sala de recuperação pós-anestésica
- 01 Vestiário masculino
- 01 Vestiário feminino
- 02 Postos de enfermagem/Serviço
- 01 Sala de equipamentos
- 02 Salas de utilidades
- 01 Sala de material esterilizado
- 01 Conforto médico
- 01 Vestiário paciente
- 06 Quartos com 2 leitos
- 01 Copa

01 Sala de preparo e repouso de oftalmologia

01 Consultório médico

01 Consultório de enfermagem

01 Sala de endoscopia

01 Sala de colonoscopia

01 Sala de desinfecção de endoscópios

01 Farmácia satélite

5 ESPECIALIDADES ATENDIDAS

O programa básico do hospital-dia foi elaborado em função do atendimento nas seguintes especialidades: Angiologia, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia da Mão, Cirurgia da Mama, Dermatologia, Ginecologia, Gastroenterologia, Endoscopia e Colonoscopia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Proctologia e Urologia.

6 FLUXO OPERACIONAL

O Hospital-dia funcionará, preferencialmente, de segunda a sexta-feira, excluindo-se os feriados, das sete às dezenove horas, com a presença do anestesiológico e da equipe de enfermagem durante todo o período de atendimento.

O fluxo básico de atendimento consiste no recebimento do paciente, encaminhado pela rede referenciada. Este, depois de avaliado pelo médico cirurgião e pelos aneste-



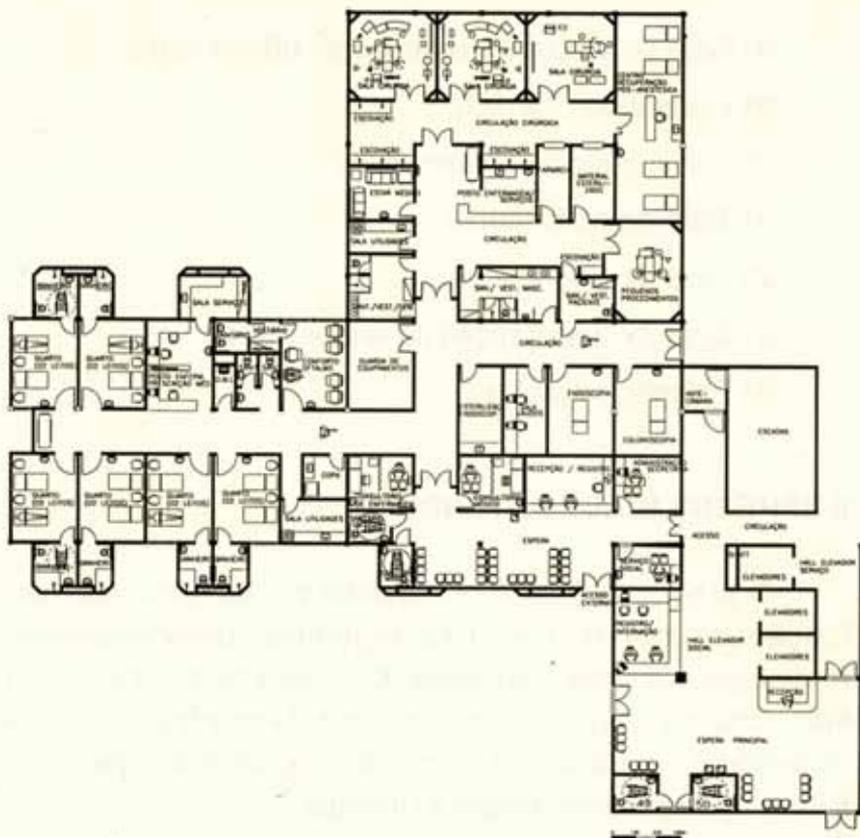


Figura 1: Solução arquitetônica de Hospital-Dia
Fonte: autores

siologistas para diagnóstico de suas condições clínicas e conseqüente redução do risco anestésico-cirúrgico, será atendido por uma enfermeira onde receberá, juntamente com seu acompanhante, orientações quanto ao procedimento e os cuidados necessários durante o pré e pós-operatório. O atendimento será realizado conforme fluxograma (figura 2).

A garantia de suporte pós-alta será realizada pelo hospital geral.

ACESSO EXTERNO

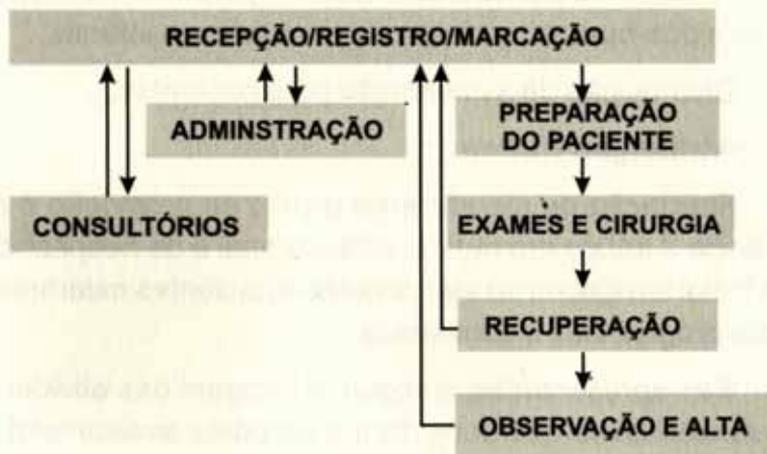


Figura 2: Fluxograma de pacientes do Hospital-Dia

Fonte: autores

7 ATIVIDADES E SUAS INTERRELAÇÕES

O Programa de Atribuições e Atividades de Assistência ao Paciente a serem desenvolvidas no hospital-dia está em acordo com a classificação de atividades da Portaria nº 44 (BRASIL, 2001) e da RDC-50 (ANVISA, 2004), relativas aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. A partir dessas atividades tem-se o desdobramento em sub-atividades, as quais determinaram a composição do Programa Básico, gerando os ambientes nos quais serão realizados os procedimentos destinados a pacientes externos e programados.



Atividades gerais que serão desenvolvidas:

Procedimentos cirúrgicos e exames endoscópicos;

Procedimentos de enfermagem;

Assistência pré-operatória, intra-operatória, de recuperação e pós-operatória de pacientes adultos e infantis;

Distribuição de alimentação para pacientes.

Atribuição Básica:

Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia, que inclui atividades de atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada.

São apresentadas, a seguir, a listagem das atividades e sub-atividades que compõem a proposta assistencial do hospital-dia do hospital geral:

Prestação de Atendimento Eletivo de Assistência à Saúde

- Recepcionar, registrar e fazer marcação de exames e cirurgias;
- Prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;
- Proceder a consulta médica, pré-anestésica e de enfermagem;
- Realizar procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, sob anestesia local;
- Proceder à lavagem cirúrgica e anti-sepsia das mãos;

- Fazer higienização e preparo do paciente;
- Assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e executar procedimentos anestésicos no paciente;
- Realizar relatórios médicos e de enfermagem e registro das cirurgias realizadas;
- Realizar procedimentos médicos e de enfermagem;
- Manter em observação o paciente, por período de até 12 horas;
- Proporcionar condições de repouso e recuperação pós-cirúrgicos a pacientes, em ambientes coletivos, conforme faixa etária e sexo;
- Executar e registrar a assistência médica durante o repouso e/ou recuperação;
- Executar e registrar a assistência de enfermagem, por período de até 12 horas;
- Prestar assistência nutricional e distribuir alimentação a pacientes (em locais específicos ou no leito) e a acompanhantes (quando for o caso);
- Zelar pela limpeza e higiene da unidade, instalações, materiais, instrumentais e equipamentos assistenciais, bem como pelo gerenciamento de resíduos sólidos;
- Realizar procedimentos diagnósticos que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por um período de até 12 horas; e



- Realizar treinamento especializado para aplicação de procedimentos terapêuticos e/ou manutenção ou uso de equipamentos especiais.

8 ENCAMINHAMENTOS DE INSTALAÇÕES

O edifício onde se localiza o Hospital-dia será dotado de *shaft's* para passagem das prumadas de instalações Elétricas, Hidrosanitárias, Cabeamento Estruturado, Gases Medicinais, Drenagem, Rede de Hidrantes, Sonorização e outros.

Nas circulações será usado rebaixo de forro para encaminhamento das instalações, utilizando eletrocalhas, eletrodutos em PVC e calhas e fixadores apropriados para as instalações.

No Centro Cirúrgico e no bloco cirúrgico do Hospital-dia foram previstos pavimentos técnicos para as máquinas e tubulações de ar condicionado e demais instalações, sendo desnecessário o uso de forro.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho, procurou-se enfatizar a cirurgia ambulatorial como uma realidade já implantada no sistema privado de saúde em todo o mundo, como as vantagens que esta modalidade de assistência vem trazendo para os pacientes, médicos e instituições. Como se viu, no setor

público de saúde este movimento ainda é incipiente, sendo necessário um maior esforço de convencimento que venha a sensibilizar os órgãos públicos de saúde para a sua importância, de modo a que, em futuro bem próximo, se possa contar com um quantitativo substancial de unidades de cirurgia ambulatorial destinadas a atender os usuários do SUS. Neste intuito é que foi desenvolvido o anteprojeto que integra o presente trabalho, contendo a sugestão de uma estrutura física e operacional onde se buscou traçar os requisitos mínimos necessários para se proceder a um atendimento seguro, ágil e humanizado.

Como afirmam Silva e Souza (1999), o futuro da cirurgia ambulatorial é óbvio e fará com que o sistema de saúde se torne mais eficaz e eficiente, propiciando melhor atendimento com menor custo, estendendo-se, pois, a maior número de pacientes.

Conforme os vários estudos já realizados no setor privado, não só no Brasil como em vários outros países, fica patente a redução de custos propiciada por esta modalidade assistencial. Embora a expectativa seja constatar não só a economia financeira como também o impacto humanitário, ou seja, o aumento do número de atendimentos e a consequente liberação de mais leitos para pacientes em condição de maior gravidade, não significa, entretanto, que se deva prescindir da realização de um estudo de viabilidade aplicado a cada caso.



REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Otavio, F.; MELO, Marcio Chaves C.; GOMES, Renato, S. **Anestesia para cirurgia ambulatorial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Cap. III, p. 14

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Anais eletrônicos... Brasília: **Portaria nº 44/2001** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias/port2001/gm/gm-044htm>>. Acesso em: 27 jan. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM. Nº 1363/93**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em 2/8/2004.

_____. **Resolução CFM. Nº 1409/94**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em 2/08/2004.

DAVIS, James, E. Clínica Cirúrgica na América do Norte. In: DAVIS, James, E. **O grande centro cirúrgico ambulatorial: como é elaborado**. Vol. IV. Rio de Janeiro: Interlivros, 1987. p. 691-692

FLEURY. Disponível em <http://www.fleury.com.br>. Acesso em 12/04/2006.

ITAIGARA DAY HOSPITAL, Disponível em <http://www.itaigaramemorial.com.br>. Acesso em 12/4/2006.

RAMOS, Maria L. T; MARQUES, Marcia R. Gerenciamento da unidade de cirurgia ambulatorial. ENFTEC. **Anais...** 2º Ciclo de Debate sobre Assistência de Enfermagem, 31 de março a 3 de abril de 1990, São Paulo.

SANTOS, Cristina N. V. **A satisfação profissional de enfermeiros assistenciais em hospital-dia**. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. Salvador: Universidade Estadual da Bahia: 2005.

SOUZA, Jose A. G.; SILVA, Armando O. Cirurgia ambulatorial. In: SILVA, Alcino L. **O futuro da cirurgia ambulatorial**. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 1999. Cap.19, p. 256.

SOUZA, Ana Carolina B.R; PEREIRA, Ana Emília A.; CRUZ, Fabiana P. **Day hospital** – Um segmento promissor na área de saúde. Monografia do Curso em Administração com Habilitação em Administração Hospitalar. Salvador: Faculdade São Camilo, 2001.

TANCREDI, Matiza V.; NETO, Antonio T. **Unidade ambulatorial, atendimento domiciliar e transporte de pacientes**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 41, p. 848.

WATSON, Dona S.; SANGERMANO, Cheryl A. **Cirurgia ambulatorial**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koorgan. 1997. Cap. 27, p. 1059-1077



A UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: A QUALIDADE DO PLANEJAMENTO E A CONCEPÇÃO DE ESPAÇOS FUNCIONAIS

Jamile Nunes Sarmiento Bahia Sapucaia
Johilda Andrade de Lemos

A busca constante de tecnologia para um atendimento de excelência a todas as crianças requer a melhoria das instalações da instituição. O estudo de um projeto bem planejado ou as adaptações espaciais são necessários a cada novo avanço, seja de quantidade de público atendido, seja pelo novo serviço prestado ou a identificação de algum detalhe que pode ser modificado para atender melhor alguém muito especial: o paciente pediátrico. No presente trabalho, destaca-se o planejamento e desenvolvimento de uma unidade hospitalar de Internação Pediátrica, resultado de uma extensa pesquisa dos dados relativos às atividades a serem desenvolvidas, revelando os espaços necessários a essas atividades. Suas instalações foram planejadas para auxiliar na recuperação e permanência da saúde das crianças e dos adolescentes, com faixa etária de 30 dias até 18 anos de idade, com as mais diversas patologias.

1 INTRODUÇÃO

Entende-se por internação a unidade destinada à recuperação de pacientes através de atenção médica e de enfermagem integral, utilizando o recurso leito. Esta unidade estudada será parte de um Hospital Geral de 120 leitos, com ênfase em pediatria, voltada para o atendimento de pacientes provenientes de convênios e SUS.

Neste trabalho, tomou-se como base, primeiramente, o parâmetro recomendado pela RDC 50/2002 (ANVISA, 2004) onde se estima um percentual de 15% a 20% do total de leitos para pediatria e algumas pesquisas em relação ao número mínimo de leitos em uma Internação Pediátrica. Também foi de grande relevância as visitas realizadas a outras instituições, tanto públicas quanto privadas, para o conhecimento dos problemas que lhe são pertinentes, compreendendo todo seu funcionamento e interação de seus espaços.

Diante disso, foi adotada a proposta de 35 leitos no total, distribuídos conforme quadro 1.

Neste documento apresentam-se os passos realizados e os elementos utilizados no desenvolvimento do projeto de uma unidade hospitalar.



QUADRO 1

DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS

Unidade	Número de Leitos	Faixa Etária
Enfermaria lactente	11	30 dias a 1 ano e 11 meses
Enfermaria Infante	08	2 a 6 anos
Enfermaria Pré-escolar	04	7 a 9 anos
Enfermaria Escolar	04	acima de 10 anos
Isolamento (x 02)	01	
Apartamento (x 03)	02	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Segundo a RDC 50/2002 (ANVISA, 2004), a unidade de Internação de pacientes adultos e infantis promove as seguintes atividades: a) proporcionar condições de internar pacientes, em ambientes individuais ou coletivos, conforme faixa etária, patologia, sexo e intensividade de cuidados; b) executar e registrar a assistência médica diária; c) executar e registrar a assistência de enfermagem, administrando as diferentes intervenções sobre o paciente; d) prestar assistência nutricional e distribuir alimentação a pacientes (em locais específicos ou no leito) e a acompanhantes (quando for o caso); e) prestar assistência psicológica e social; f) realizar atividades de recreação infantil e de terapia ocupacional; g) prestar assistência pedagógica infantil (de 1º grau) quando o período de internação for superior a 30 dias.

A unidade de internação encontra-se interligada a outras unidades funcionais se relacionando fundamentalmente com a unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia, especialmente os setores de: Centro Cirúrgico, Imagenologia, Métodos Gráficos, Medicina Nuclear, Patologia Clínica; e o Apoio Técnico e Logístico, destacando os serviços de: Nutrição e Dietética nas subunidades lactário e refeitório; Processamento de roupa, através de áreas de apoio e Farmácia.

3 PROGRAMA E PRÉ-DIMENSIONAMENTO

Após definição das atividades que serão desenvolvidas e conhecendo-se as necessidades que se pretende atender na unidade hospitalar, foi proposto o programa para a Unidade de Internação Pediátrica, conforme quadro 2 e desenvolvido o pré-dimensionamento, de acordo com a caracterização física de cada ambiente (figura 1). No pré-dimensionamento deve-se lembrar que o mobiliário é fator importante no momento de estudo das áreas, visto que abrange também as áreas destinadas à circulação.

Foi definida uma modulação básica de 60x60 cm, o que resultou em boas condições quanto às divisões do espaço, dando flexibilidade e adaptabilidade à unidade no que diz respeito a possíveis intervenções e futuras expansões, critérios essenciais em qualquer unidade hospitalar.



QUADRO 2

PROGRAMA PARA INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

Unidades	Áreas	Instalações
Enfermaria 10 anos	31,32m ²	Água Fria, Água Quente, Oxigênio Medicinal, Ar Comprimido Medicinal, Elétrica Emergência, Elétrica Diferenciada.
Enfermaria 2 a 6 anos	25,92m ²	
Enfermaria 7 a 9 anos	25,92m ²	
Enfermaria Lactente	54,72m ²	
Apartamento	23,40m ²	
Isolamento e Antecâmara	16,20m ² + 10,80m ²	
Banheiro Enfermaria	12,96m ²	Água Quente, Água Fria, a depender dos equipamentos.
Posto de Enfermagem e Prescrição	16,80m ² + 5,95m ²	Lógica, Água Fria, Elétrica Emergência.
Serviços de Enfermagem	9,18m ²	Água Fria, Elétrica Emergência.
Posto de Enfermagem-Lactentes	8,64m ²	Água Fria, Elétrica Emergência.
Serviços de Enfermagem	9,76m ²	Água Fria, Elétrica Emergência.
Higienização	7,20m ²	Água Fria, Água Quente, Vácuo Clínico, Ar Comprimido Medicinal, Elétrica de Emergência.
Sanitário Funcionário	2,88m ²	Água Fria
DML	4,32m ²	Água Fria
Sala Curativos/Exames	8,64m ²	Água Fria, Ar Comprimido Medicinal, Elétrica Emergência.
Utilidades	8,64m ²	Água Fria, a depender do equipamento.
Resíduos Sólidos	2,88m ²	Água Fria
Sanitários Visitantes	2,88m ²	Água Fria
Rouparia	9,36m ²	
Copa	6,60m ²	Água Fria
Estar Acompanhante	43,20m ²	
Banheiro Acompanhante masculino	5,76m ²	Água Fria, Água Quente.
Banheiro Acompanhante feminino	17,28m ²	Água Fria, Água Quente.
Refeitório 1,20m ² /leito	40,32m ²	Água Fria
Brinquedoteca	20,52m ²	
Solário	37,44m ²	
Guarda Macas/cadeiras	2,88m ²	

Fonte: Elaborado pelas autoras com base na RDC 50/2002 (ANVISA, 2004)

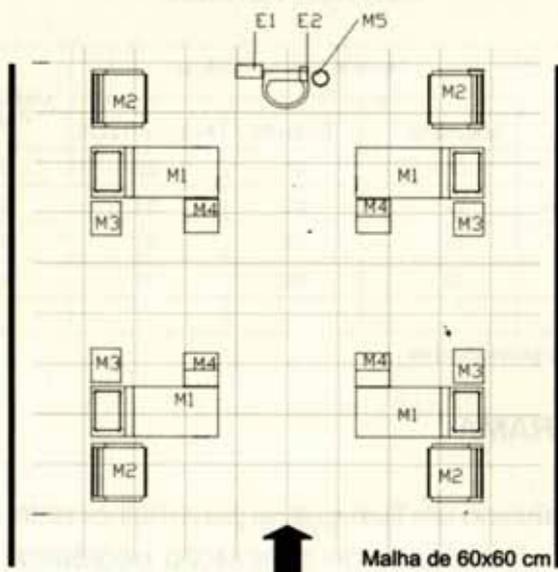


Figura 1 – Pré-dimensionamento da Enfermaria de Infante elaborado pelas autoras.

4 RECURSOS HUMANOS

O cálculo do quadro de recursos humanos é orientado pelo número de leitos da unidade. As enfermarias de lactentes devem prever um funcionário para cada cinco leitos e as demais enfermarias um funcionário para cada dez leitos. Considera-se, também, duas equipes de apoio com funções de higienização e copa, como mostra a quadro 3.



QUADRO 3 RECURSOS HUMANOS

Recursos Humanos	Horário / Carga Horária			Descanso/ Férias	Total
	Manhã/6h	Tarde/6h	Noturno 12/36		
Enfermeira	01	01	02	02	06
Téc.Enfermagem	02	02	04	02	10
Higienização	02	02	01	02	07
Copeira	02	02	01	02	07
Total Geral					30

Fonte: Elaborado pelas autoras.

5 FLUXOGRAMA

Foi realizado um fluxograma para melhor entender o funcionamento da unidade de internação pediátrica, considerando o fluxo do paciente e funcionário. O acesso do paciente se processa através da recepção/registo, dirigindo-se à internação. O paciente poderá vir da emergência, do ambulatório ou ser referenciado.

Já o paciente internado poderá dirigir-se para as salas de imagenologia ou centro cirúrgico.

Pode-se observar o fluxograma proposto para a unidade, conforme figura 2.

6 PARTIDO ARQUITETÔNICO

O posto de enfermagem é o núcleo de uma internação. Na proposta foram criados dois postos para atender diferentes

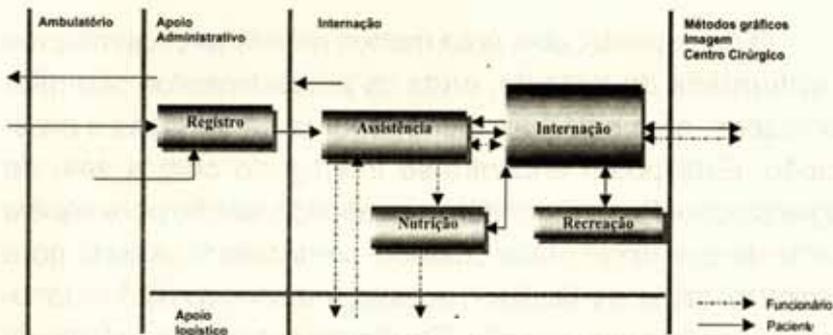


Figura 2 – Fluxograma elaborado pelas autoras

faixas etárias. Um posto, com área maior, é provido de espaço para prescrição médica e sala de serviços. Este recebe medicamentos diariamente e atende às enfermarias, quartos e isolamentos de crianças acima de 2 anos (figuras 3 e 4).



O outro posto, com área menor, atende exclusivamente à enfermagem de lactente, onde os procedimentos são diferenciados, com estrutura independente de serviços e prescrição. Este posto encontra-se interligado com a sala de higienização. Possui, também, um espaço restrito para aquele paciente que exige maior cuidado, contribuindo, assim, para minimizar trajetos e facilitar o acesso, trazendo maior funcionalidade e melhor atendimento. Em alguns hospitais o sistema de prontuário médico está sendo substituído por prontuário informatizado, interligando todos setores do hospital e permitindo a troca de informações rapidamente.

Na circulação existe área para guarda de macas e cadeiras de rodas, sem reduzir a largura mínima exigida de 2,0m.

No núcleo de serviços consta a sala de utilidades, que recebe material contaminado da unidade, abriga roupa suja antes de encaminhar ao destino e despeja resíduos líquidos contaminados. Existe uma sala específica para guarda temporária de lixo. Pode-se, no entanto, utilizar apenas a sala de utilidades tanto para recebimento de material contaminado quanto para guarda de lixo. Também constam sanitários para funcionários, seguindo parâmetros de uma bacia sanitária e um lavatório a cada 10 funcionários, e sanitários de visitantes.

A rouparia foi planejada com área disponível para guarda e distribuição de roupas limpas, tanto para os pacientes, como acompanhantes, evitando a lavagem de roupas em locais inadequados.

Os quartos para atenderem pacientes conveniados são localizados em seqüência, com dois leitos cada, visando pro-

porcionar flexibilidade conforme a demanda. É provido de ar condicionado e lavatório para uso da equipe profissional.

Os quartos de isolamento, com banheiro individual, possuem ante-sala com bancada inox de apoio com cuba acoplada, recipiente estanque para roupa suja e local para paramentação. Possuem visores nas paredes e nas portas que dão para circulação.

As enfermarias são separadas por faixa etária, possuindo camas de diferentes tamanhos e lavatório para a equipe profissional. São providas de banheiro coletivo a cada duas enfermarias, com bacia e pia adequada à faixa etária, excetuando a enfermaria de lactente (figura 5) que possui sala de higienização.



Figura 5 – Enfermaria de lactentes

Em todas as enfermarias existem visores nas paredes divisórias com a circulação, facilitando o acompanhamento



por parte da equipe de enfermagem. Todas foram contempladas, ainda, com poltronas, proporcionando aos pais acompanhar a criança 24 horas por dia, dando carinho e tranquilidade e auxiliando no sucesso do tratamento.

Quanto ao conforto ambiental as enfermarias são bem iluminadas e possuem ventilação natural, proporcionando maior integração do paciente com a área externa.

Com relação aos acompanhantes, existe Sala de Estar com espaço para área de lazer e banheiros com local destinado a lavagem e secagem de roupas íntimas, para que não se utilize os banheiros das enfermarias.

Por necessidade de construir uma proposta humanizada, foi priorizada a criação de espaços estimulantes em toda a unidade. Destinou-se duas áreas para recreação – brinquedoteca (figura 6) e solário –, onde a criança internada e os acompanhantes possam amenizar o sofrimento frente à situação de hospitalização e doença, buscando incentivar a



Figura 06 – Brinquedoteca

interação afetiva entre pais e crianças. Pensando ainda na proposta de humanização foi projetado jardim interno, criando um ambiente agradável e bem iluminado.

O refeitório é destinado a oferecer alimentação a pacientes que possam se locomover.

Mesmo não sendo um ambiente de apoio obrigatório a copa de distribuição é importante para realizar procedimentos simples, como fazer chá para o paciente, servindo, também, como suporte para a enfermagem.

Nos espaços acessados pelas crianças, as paredes são pintadas com cenas familiares e infantis.

A proposta arquitetônica busca promover uma articulação na comunicação entre as crianças, os acompanhantes e a equipe multidisciplinar, no sentido de interligar todos que cercam o paciente pediátrico, gerando humanização do tratamento e preservação da qualidade de vida (figura 7).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se, a todo tempo, inserir alguns conceitos que pudessem dar condições de bom funcionamento à unidade hospitalar proposta, tendo em vista a preocupação de se elaborar um trabalho de concepção de espaços funcionais, em consonância com a análise de suas atividades, fluxos, atendimento às normas, conforto e flexibilidade, sem esquecer que o atendimento às crianças segue a tradição da Pediatria no sentido de humanização do tratamento e preservação da qualidade de vida.



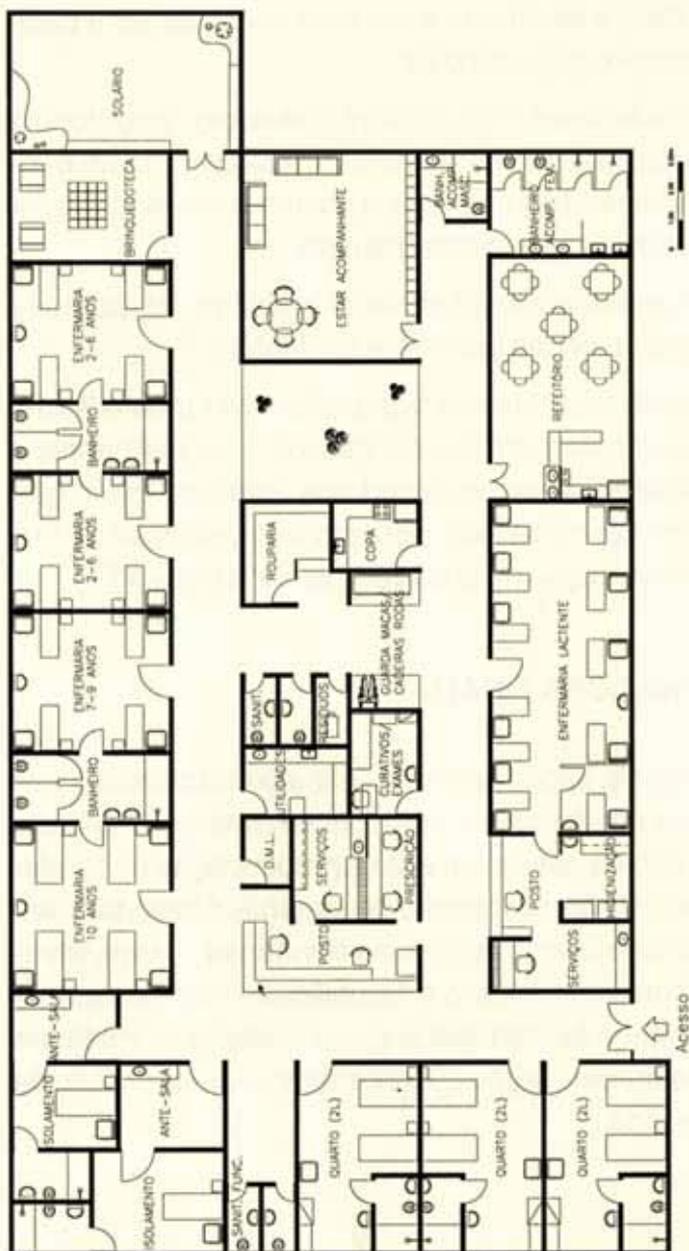


Figura 07 – Proposta para Unidade de Internação Pediátrica, elaborada pelas autoras.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2004.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de (org). **Arquitetura de unidades hospitalares**. Salvador: UFBA/FAU/ISC, 2004.

PINTO, Sylvia C. F. **Hospitais: planejamento físico de unidades de nível secundário – manual de orientação**. Brasília: Thesaurus, 1996. 384p.

