



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal do Paraná**  
**Setor de Tecnologia**  
**Curso de Arquitetura e Urbanismo**



**LUCAS AGUILLERA E SHINYASHIKI**

# **UM CENTRO MAGGIE PARA CURITIBA/PR**

**UM ESPAÇO DE SUPORTE AO PACIENTE COM CÂNCER**

**CURITIBA**

**2017**

**LUCAS AGUILLERA E SHINYASHIKI**

# **UM CENTRO MAGGIE PARA CURITIBA/PR**

**UM ESPAÇO DE SUPORTE AO PACIENTE COM CÂNCER**

Monografia apresentada à disciplina Orientação de Pesquisa (TA059) como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo, Setor de Tecnologia, da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

**ORIENTADOR:**

Prof. Dr. Emerson José Vidigal

**CURITIBA**

**2017**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

*Orientador:*

---

*Examinador(a):*

---

*Examinador(a):*

---

*Monografia defendida e aprovada em:*

*Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.*

***Dedico este trabalho aos meus familiares e amigos.***

***Agradeço aos meus familiares que sempre me apoiaram durante toda minha vida.***

***Aos meus amigos de curso e da vida, que tornaram a caminhada mais leve ao longo dos anos de graduação.***

***E aos professores do curso de Arquitetura e Urbanismo, pelo amor e dedicação no ensino de arquitetura.***

***“People need more than medicine”***

Sinead Collins, diretora do *Maggie’s Centre*  
*Manchester.*

## RESUMO

Esta monografia trata de um estudo sobre os espaços de saúde na contemporaneidade, com atenção especial aos Centros Maggie, um recente programa de atenção aos pacientes com câncer, seus familiares e amigos, visando oferecer o apoio necessário ao autor para o desenvolvimento de um projeto arquitetônico. Para isso, foi traçado o desenvolvimento histórico do conceito de saúde e doença, assim como dos espaços de saúde, buscando melhor entender a relação entre ambos e suas relações com os pacientes. Através da análise de três obras de arquitetura correlatas – um exemplo nacional e dois internacionais – a interpretação da realidade do cenário dos espaços de saúde no Brasil, bem como do tratamento de câncer no país, estabeleceram-se diretrizes de implantação e de projeto, visando a criação de um Centro Maggie para Curitiba/PR, como resposta a falta de espaços de saúde humanizados, de arquitetura centrada no usuário, e destinados aos cuidados paliativos em Curitiba e no Brasil.

**Palavras-chave:** Arquitetura, Saúde, Qualidade de Vida, Cuidado Paliativo, Centro Maggie.

## **ABSTRACT**

*The present essay addresses a study over health spaces in contemporaneity, with especial focus on the Maggie's Centres, a recent program of care to cancer patients and their family and friends, aiming to offer support to the author for the development of an architecture project. To do so, it was necessary to draw the historical path of the health and ill concept, as well as of the health spaces, seeking to better understand the relationship between both of them and their relation with patients. Through the analysis of three similar architecture projects – one national and two international – the interpretation of the reality of the health spaces scenario in Brazil, as well as of the cancer treatment in the country, it was established guidelines for the implantation and the project, aiming the creation of a Maggie's Centre for Curitiba/PR, as an answer to the lack of humanized health spaces, with user-centered architecture, and for palliative care in Curitiba and in Brazil.*

**Key-words:** *Architecture, Health, Well-being, Palliative Care, Maggie's Centre.*

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – GRÁFICO DEMONSTRA A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CÂNCER APRESENTANDO OS NÚMEROS DE NOVOS CASOS E DE MORTES. TABELA ABAIXO APRESENTA E APONTA O AUMENTO DA TAXA DE SOBREVIVÊNCIA DE 5 ANOS .....	25
FIGURA 2 – FATORES DE RISCO DO CÂNCER NO BRASIL.....	26
FIGURA 3 – PÁTIO CENTRAL DO HOSPITAL SANTA CRUZ DE TOLEDO EM PORTUGAL.....	38
FIGURA 4 – REGISTRO HISTÓRICO DE UMA ENFERMARIA AO MODELO NIGHTINGALE.....	39
FIGURA 5 – HOSPITAL LARIBOISIÈRE EM PARIS – SÍMBOLO DO HOSPITAL EM PAVILHÃO .....	40
FIGURA 6 – HOSPITAL ALBERT EINSTEIN EM SÃO PAULO, UM DOS MAIS RENOMADOS HOSPITAIS BRASILEIROS E UM CLARO EXEMPLO DO HOSPITAL TECNOLÓGICO.....	41
FIGURA 7 – OS CENTROS SÃO, ACIMA DE TUDO, ESPAÇOS DE ENCONTRO PROJETADOS PARA ESTIMULAR A EMPATIA ENTRE OS USUÁRIOS. AQUI, A SALA DE REFEIÇÕES DO CENTRO EM GLASGOW, PROJETADO POR REM KOOLHAS	44
FIGURA 8 – O EDIFÍCIO DO PRIMEIRO CENTRO ANTES (A ESQUERDA) E DEPOIS (A DIREITA) DA REFORMA – A SIMPLICIDADE DA ESCALA DOMÉSTICA .....	45
FIGURA 9 – O EDIFÍCIO, APÓS AMPLIAÇÕES REALIZADAS EM 2001, MANTÉM A ESCALA DOMÉSTICA E SUSTENTA NOVOS USOS E MODALIDADES DE TRATAMENTO.....	45
FIGURA 10 – MAGGIE’S DUNDEE – ICÔNICO PELA SUA ARQUITETURA COM REFERÊNCIA A UM CHALÉ E SEU GRANDE JARDIM FRONTAL GEOMÉTRICO ...	46
FIGURA 11– A MULTIPLICIDADE DE USOS E A DOMESTICIDADE DO AMBIENTE INTERNO MARCAM OS PROJETOS DOS CENTROS – AQUI, O MAGGIE’S FIFE PROJETADO POR ZAHA HADDID .....	47
FIGURA 12 – VISÃO GERAL DO PROJETO .....	50
FIGURA 13 – IMPLANTAÇÃO .....	51

FIGURA 14 – SALA DE ESPERA COM JARDIM ADENTRANDO O ESPAÇO INTERNO .....	52
FIGURA 15 – PLANTA BAIXA DO CONJUNTO – ZONEAMENTO FEITO PELO AUTOR .....	53
FIGURA 16 – VARANDAS QUE CIRCUNDAM OS ESPAÇOS INTERNOS: MARCANTE TRANSIÇÃO ENTRE INTERIOR E EXTERIOR – JOGO DE CAMADAS .....	53
FIGURA 17 – JARDIM PARALELO AO CORREDOR DE CIRCULAÇÃO: PERMEABILIDADE ACOMPANHANDO O USUÁRIO DURANTE SEU TRAJETO .....	54
FIGURA 18 – JARDIM RODEANDO O REFEITÓRIO DO HOSPITAL: A NATUREZA COMO PANO DE FUNDO DOS ESPAÇOS INTERNOS .....	54
FIGURA 19 – CROQUIS DEMONSTRANDO A ESPACIALIDADE E O FUNCIONAMENTO DOS SHEDS QUANTO A VENTILAÇÃO .....	55
FIGURA 20 – ESPACIALIDADE INTERNA RESULTANTE DOS SHEDS: QUALIDADE TÉCNICA E CÊNICA.....	56
FIGURA 21 – MURO EXTERNO EM ARGAMASSA ARMADA TRABALHADO POR ATHOS BULÇÃO: A ARTE COMO PARTE DO PROJETO.....	57
FIGURA 22 – PAINEL EM MDF COLORIDO EM TRAMAS TOTALMENTE VAZADAS COMO DIVISOR DE AMBIENTES NA RECEPÇÃO DO AMBULATÓRIO .....	57
FIGURA 23 – CAMA MACA DESENHADA PELO ARQUITETO E PRODUZIDA NO CTRS .....	58
FIGURA 24 – ESPAÇOS INTERNOS EM CONEXÃO COM O EXTERNO, NATUREZA COMO PANO DE FUNDO E A ARTE COMO UM ABRAÇO .....	59
FIGURA 25 – VISÃO GERAL DO PROJETO .....	60
FIGURA 26 – IMPLANTAÇÃO .....	60
FIGURA 27 – DIAGRAMA DA CONCEPÇÃO DO PROJETO .....	61
FIGURA 28 – ENTORNO IMEDIATO – A ESQUERDA: A RESIDÊNCIA LOCALIZADA EM FRENTE AO EDIFÍCIO; A DIREITA: O HOSPITAL CHARING CROSS .....	61
FIGURA 29– VISTA SUPERIOR DO CONJUNTO EXPLÍCITA O PARTIDO E A COMPOSIÇÃO VOLUMÉTRICA DO EDIFÍCIO .....	62
FIGURA 30 – VISTA FRONTAL DO CENTRO – ACESSO ATRAVÉS DE UM JARDIM; CONTRASTE DE PLANOS E CORES; COBERTURA “POUSA” SOBRE O EDIFÍCIO	63

FIGURA 31 – ENQUADRAMENTO MARCADOS POR ABERTURAS ESTRATÉGICAS AO LONGO DA ENVOLTÓRIA .....	64
FIGURA 32 – CORREDOR DE ACESSO AO CENTRO É MARCADO PELA COR VERMELHA DAS PAREDES LATERAIS E OS JARDINS QUE SE ESTENDEM DESDE OS ESTACIONAMENTOS .....	64
FIGURA 33 – PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO TÉRREO .....	65
FIGURA 34 – ESPAÇOS INTERNOS DA UNIDADE – DESTAQUE PARA AS DIVISÓRIAS NA FORMA DE ESTANTES E A SOLTURA DAS MESMAS EM RELAÇÃO A LAJE .....	66
FIGURA 35 – ABERTURA E INTEGRAÇÃO COM A NATUREZA ATRAVÉS DA PRESENÇA DE PEQUENOS PÁTIOS DENTRO DO VOLUME PRINCIPAL .....	66
FIGURA 36 – LUZ, SOMBRA E INTEGRAÇÃO DOS ESPAÇOS NO PÁTIO PRINCIPAL .....	67
FIGURA 37 – CONEXÃO VISUAL ENTRE OS ESPAÇOS E A RELAÇÃO SÚTIL ENTRE OS AMBIENTES SEPARADOS POR ESTANTES .....	68
FIGURA 38 – MATERIALIDADE SIMPLES E TONS PASTÉIS NA SALA DE ESTAR .	68
FIGURA 39 – PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO SUPERIOR.....	69
FIGURA 40 – A INTEGRAÇÃO INDIRETA ENTRE OS PAVIMENTOS E SEUS AMBIENTES –.....	70
PÉ-DIREITO DUPLO AMPLIA O ESPAÇO E ARTICULA OS AMBIENTES .....	70
FIGURA 41 – VISÃO GERAL DO PROJETO .....	71
FIGURA 42 – IMPLANTAÇÃO DO PROJETO.....	72
FIGURA 43 – APESAR DA ESTRUTURA MARCANTE, A FACHADA DO CENTRO PERMANECE DOMICILIAR, EM ACORDO COM O ENTORNO RESIDENCIAL .....	72
FIGURA 44 – A ENTRADA, UMA CONTINUAÇÃO NATURAL DA CALÇADA, ATRAVESSA O JARDIM QUE CIRCUNDA O EDIFÍCIO: UMA RECEPÇÃO COM FLORES E ARBUSTOS .....	73
FIGURA 45 – CORTE TRANSVERSAL DO EDIFÍCIO: A ESTRUTURA COMO ARTICULADORA DOS ESPAÇOS .....	74
FIGURA 46 – DETALHE DA ESTRUTURA DE PÓRTICOS EM MADEIRA LAMINADA COLADA QUE CARACTERIZAM O PROJETO.....	74

FIGURA 47 – PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO TÉRREO.....	75
FIGURA 48 – A ESQUERDA, O MEZANINO CRIADO A PARTIR DA ARTICULAÇÃO DA ESTRUTURA; A DIREITA, UM DOS PÁTIOS INTERNOS AO VOLUME DA EDIFICAÇÃO .....	76
FIGURA 49 – TRANSPARÊNCIAS, LUZ E TEXTURA – PRIVACIDADE E CONFORTO NOS AMBIENTES DE CONSULTA .....	76
FIGURA 50 – SALÃO PRINCIPAL DO EDIFÍCIO UNE TODOS OS ESPAÇOS SOCIAIS DA CASA, AO MESMO TEMPO QUE OS PÓRTICOS OS SEPARAM DE MODO SÚTIL .....	77
FIGURA 51 – A ESTUFA SE APRESENTA COMO UM ESPAÇO DE CELEBRAÇÃO DA LUZ E DA NATUREZA, UM ESPAÇO CÊNICO .....	78
FIGURA 52 – A ESTUFA É RODEADA POR UM JARDIM SENSORIAL E POR UMA PEQUENA HORTA UTILIZADA PELO CENTRO PARA AULAS PRÁTICAS E O CULTIVO TERAPÊUTICO .....	78
FIGURA 53 – HOSPITAL DO CÂNCER I, A SEDE DO INCA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/RJ.....	85
FIGURA 54 – LINHA DE CUIDADO NO CÂNCER PROPOSTA PELO INCA.....	86
FIGURA 55 – FUNDAMENTOS DO OLHAR INTEGRAL SOBRE O SUJEITO PROPOSTO PELO INCA.....	87
FIGURA 56 – EDIFÍCIO PRINCIPAL DO HC-UFPR LOCALIZADO NO ALTO NA GLÓRIA EM CURITIBA/PR .....	92
FIGURA 57 – PACIENTES REALIZAM YOGA SEMANALMENTE NO CHAMADO “ESPAÇO DO PACIENTE” LOCALIZADO NO 4 <sup>o</sup> ANDAR DO ANEXO H DO HC.....	93
FIGURA 58 – EVENTUALMENTE TAMBÉM SÃO OFERECIDOS SERVIÇOS ESTÉTICOS AOS PACIENTES, COMO O CORTE DE CABELO E O MANEJO DE PERUCAS .....	94
FIGURA 59 – SEDE DO AMBULATÓRIO MENINO JESUS DE PRAGA LOCALIZADO A 250 METROS DO HC.....	95
FIGURA 60 – LOCALIZAÇÃO DO TERRENO ESCOLHIDO .....	97
FIGURA 61 – CONTRASTE ENTRE AS PAISAGENS DO ENTORNO IMEDIATO DO HC (ACIMA) E O ENTORNO DO TERRENO ESCOLHIDO (ABAIXO).....	98

FIGURA 62 – RELAÇÃO DO TERRENO ESCOLHIDO COM O HC-UFPR .....	99
FIGURA 63 – RECORTE DO MAPA DE ZONEAMENTO URBANO DE CURITIBA COM O TERRENO ESCOLHIDO EM DESTAQUE.....	100
FIGURA 64 – SITUAÇÃO DO TERRENO ESCOLHIDO .....	100
FIGURA 65 – IMAGENS DO TERRENO ESCOLHIDO CONFORME INDICADO NA SITUAÇÃO .....	101
FIGURA 66 – ORGANOGRAMA ESQUEMÁTICO DOS ESPAÇOS PROPOSTOS ...	105

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – QUADRO COMPARATIVO GERAL .....	79
TABELA 2 – PROGRAMA ARQUITETÔNICO COM ÁREAS APROXIMADAS.....	102

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	17
1.2 OBJETIVO.....	18
1.3 JUSTIFICATIVAS .....	18
1.4 METODOLOGIA DA PESQUISA .....	18
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO .....	19
<b>2 CONCEITUAÇÃO TEMÁTICA.....</b>	<b>21</b>
2.1 SAÚDE E DOENÇA .....	21
2.2 CÂNCER, ESPERANÇA E MEDO .....	23
2.3 O TRATAMENTO E A RELAÇÃO TERAPÊUTICA.....	28
2.4 QUALIDADE DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE.....	32
2.6 OS SENTIDOS E A ARQUITETURA .....	34
2.7 A ARQUITETURA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE.....	36
2.8 OS <i>MAGGIE'S CANCER CARING CENTRES</i> .....	42
<b>3. ESTUDO DE CORRELATOS .....</b>	<b>49</b>
3.1 HOSPITAL SARAH KUBITSCHK SALVADOR / JOÃO FILGUEIRAS LIMA ....	49
3.2 MAGGIE'S CENTRE WEST LONDON / RSH + PARTNERS .....	59
3.3 MAGGIE'S CENTRE MANCHESTER / FOSTER + PARTNERS.....	70
3.4 ANÁLISE COMPARATIVA .....	79
<b>4 INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE .....</b>	<b>81</b>
4.1 BREVE RELATO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL .....	81
4.2 O TRATAMENTO DE CÂNCER NO BRASIL.....	84
4.3 OS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE NO BRASIL .....	88
4.4 O TRATAMENTO DE CÂNCER NO HC-UFPR / CURITIBA .....	91
<b>5 DIRETRIZES GERAIS DE PROJETO .....</b>	<b>96</b>
5.1 O TERRENO .....	96
5.2 O PROGRAMA.....	102
5.3 O PÚBLICO ALVO .....	105
5.4 A ATMOSFERA.....	106
5.5 A MATÉRIA .....	108

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>110</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>111</b>
<b>8 FONTES DAS FIGURAS .....</b>	<b>117</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho desenvolve-se através de uma lógica de fundamentação teórica que busca compreender os espaços de saúde atuais e assim, criar um embasamento teórico para a proposição de um Centro Maggie (*Maggie's Centre*) para Curitiba/PR.

A saúde é um elemento inato da existência humana que comumente só é valorizada quando é afetada por alguma circunstância. Paralelamente, os espaços de saúde são tratados de forma similar pela população: esquecidos até que lembrados por um motivo indesejado. Somado a isso, a arquitetura destes espaços foi dominada por critérios técnicos e funcionais que acabaram por afastar ainda mais os usuários.

Em tempos de evolução da expectativa de vida, doenças crônicas como o câncer estão cada vez mais presentes nas vidas das pessoas. A atenção aos pacientes, familiares e amigos que sofrem com a doença se faz cada vez mais necessária, felizmente, estão se desenvolvendo as mais variadas estratégias de enfrentamento deste difícil momento, com o objetivo comum de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida destas pessoas. A arquitetura pode e deve contribuir.

## 1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

O presente trabalho é parte integrante do Trabalho Final de Graduação – TFG e o tema proposto trata da relação entre a saúde, a arquitetura, e as pessoas. A pesquisa corresponde à fundamentação teórico-conceitual de uma solução espacial a ser apresentada em nível de anteprojeto em uma segunda etapa, como exigência parcial para a conclusão do curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo da UFPR.

## 1.2 OBJETIVO

De modo geral, objetiva-se desenvolver um projeto de arquitetura de um Centro Maggie, direcionado ao suporte prático, emocional e social a pacientes com câncer, familiares e amigos, e destinado ao atendimento majoritário dos pacientes em tratamento em Curitiba/PR.

Dentro do tema, buscou-se de maneira mais específica entender a relação existente e histórica entre saúde, arquitetura e usuário. Para isso, o trabalho busca conceituar, discutir e apresentar conceitos e conhecimentos necessários para a posterior elaboração de uma proposta arquitetônica.

## 1.3 JUSTIFICATIVAS

O tema para o TFG nasce primariamente da preocupação do autor quanto aos espaços de saúde contemporâneos e o desejo de contribuir com este importante programa. A escolha pela proposição de um Centro Maggie representa a união de diversos fatores: o interesse pela rede, sua proposta humanizada e seu crescimento a nível mundial; a constatação da ausência de espaços humanizados de tal caráter em Curitiba e em todo Brasil; o interesse pelos aspectos sensoriais da arquitetura e sua relação com o usuário.

## 1.4 METODOLOGIA DA PESQUISA

O trabalho desenvolve-se essencialmente por meio da revisão bibliográfica de livros e artigos científicos, bem como da revisão *web*, do tema proposto ao abranger a análise teórica sobre o conceito de saúde e doença, o câncer e seu tratamento, qualidade de vida, e por fim sobre os aspectos sensoriais da arquitetura. O desenvolvimento posterior se dá por meio do entendimento dos espaços de saúde existentes, bem como de sua evolução histórica, e as recentes vertentes de cuidados paliativos. Buscou-se

ainda, analisar exemplos de arquitetura contemporânea relativos ao tema através da análise de projetos correlatos, reconhecidos por seus aspectos sensoriais e suas propostas humanizadas.

## 1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho divide-se em cinco capítulos, sendo o primeiro deles de caráter introdutório, no qual se apresenta a delimitação temática desta pesquisa, os objetivos gerais e específicos, as justificativas, a metodologia utilizada para seu desenvolvimento e a estruturação da monografia.

O segundo capítulo corresponde à revisão teórica dos conceitos norteadores do projeto, abordando os conceitos de saúde e doença, a definição e o entendimento do que é o câncer e o que ele representa, o conhecimento do tratamento e da relação terapêutica, e os conceitos de qualidade de vida e estado de saúde. Mais além, aborda-se conceitos relativos aos aspectos sensoriais da arquitetura, fundamentais para a construção de espaços de saúde mais humanizados.

O terceiro capítulo, por sua vez, é constituído pelo estudo de três obras de arquitetura correlatas. Apesar da especificidade do programa, o primeiro projeto analisado, o Hospital Sarah Kubitschek em Salvador, possui um programa diferente em função e escala, mas que apresenta uma atmosfera semelhante a desejada no contexto nacional. Os dois projetos seguintes, o *Maggie's Centre West London* e o *Maggie's Centre Manchester*, foram escolhidos por apresentarem soluções arquitetônicas diferentes para o mesmo programa, permitindo assim uma análise mais rica do mesmo. As obras foram analisadas com foco em seus elementos sensoriais e suas estratégias de encontro e socialização dos usuários. Ao fim do capítulo, apresenta-se uma breve conclusão comparativa entre os projetos.

O quarto capítulo é constituído pela interpretação da realidade local, contextualizando o programa proposto em meio a realidade nacional, estadual e específica do Hospital de Clínicas da UFPR, hospital escolhido como entidade de apoio para o programa, no que tange ao tratamento do câncer e seus espaços ofertados.

Por fim, o quinto e último capítulo apresenta as diretrizes básicas de projeto, incluindo a escolha e leitura do terreno de implantação, os principais parâmetros construtivos a serem adotados durante a elaboração do projeto, o programa de necessidades e o pré-dimensionamento do mesmo, e considerações sobre a atmosfera desejada.

## 2 CONCEITUAÇÃO TEMÁTICA

### 2.1 SAÚDE E DOENÇA

A ideia de saúde e doença estão presentes desde os primórdios da humanidade, sendo assim, para melhor entendê-los, se faz necessário estabelecer um breve histórico dos mesmos. Estes conceitos são reflexo de uma conjuntura social, econômica, política e cultural, além de possuírem significações individuais, pautadas em concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007).

Nas civilizações antigas, como por exemplo no antigo Egito, estes conceitos eram pautados em uma interpretação mágico-religiosa, na qual a saúde era vista como uma dádiva, e a doença como uma penitência (ALBUQUERQUE & OLIVEIRA, 2002). Esse conceito foi predominante até 400 a.C. na Grécia Antiga, quando o dito “pai da medicina”, Hipócrates, desenvolveu uma nova teoria. Segundo ALBUQUERQUE & OLIVEIRA (2002), a teoria hipocrática seguia a linha racionalista e naturalista dos filósofos da época, e defendia que a saúde seria o perfeito equilíbrio entre as forças da natureza que se encontram dentro e fora do corpo, entre o ser humano e o ambiente. Esta concepção, que mais tarde ficou conhecida como concepção fisiológica, centra-se no paciente como um todo e no seu ambiente (MYERS & BENSON, 1992).

A concepção fisiológica permaneceu soberana até que surgem as primeiras teorias mecanicistas e reducionistas do Homem e da Natureza, no século XVII, quando Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros filósofos teorizaram a realidade do mundo como uma máquina (ALBUQUERQUE & OLIVEIRA, 2002). A principal contribuição para a discussão talvez tenha sido dada por Descartes que comparava um homem doente a um relógio avariado e um homem saudável a um relógio com bom funcionamento. Para ALBUQUERQUE & OLIVEIRA (2002), essa metáfora, expõe o pensamento do chamado conceito ontológico, uma visão cartesiana do mundo, no qual a natureza é vista como algo exterior ao Homem e com uma existência objetiva e independente dele.

O conceito ontológico, também conhecido como modelo biomédico, ganhou ainda mais força com as descobertas de Louis Pasteur e outros laboratórios médicos, que com a introdução da microscopia e outras técnicas, postularam a Teoria dos Germes, revolucionando a medicina da época com soros e vacinas (SCLIAR, 2007).

A partir deste momento, percebe-se que a atenção da medicina se concentra na doença e nas novas possibilidades de tratamento e prevenção. O foco estava cada vez mais direcionado para “componentes” específicos do corpo humano, e a medicina começava a se especializar. Neste contexto, a saúde passa a ser compreendida como a simples ausência de doenças (DALLARI, 2007).

O modelo biomédico foi de suma importância para o desenvolvimento da medicina moderna, não só pelos avanços científicos e tecnológicos, mas também por seu papel político e social. É a partir deste modelo que surgem as primeiras medidas de saúde pública, pautadas, principalmente, na prevenção e no controle de doenças endêmicas (BOLANDER, 1998; ALBUQUERQUE & OLIVEIRA, 2002).

Porém, mais recentemente, a história do conceito de saúde ganhou mais um capítulo, marcado pela Conferência da Alma-Ata de 1976 da Organização Mundial da Saúde (OMS) que redefiniu saúde como: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. De acordo com DALLARI (1988), esta conceituação se torna simbólica ao retomar o conceito hipocrático, reconhecendo a essencialidade do equilíbrio interno e do homem com o ambiente.

Este novo momento da medicina retoma a atenção a saúde, focando principalmente na sua promoção, valorizando a autonomia individual e as significações pessoais como base do bem-estar psicológico e na facilitação do processo de promoção da saúde e de reabilitação (ALBUQUERQUE & OLIVEIRA, 2002).

Mais além, para VIANNA (2011) a saúde deve ser entendida em um sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida: não se trata um bem de troca, mas um bem comum, um bem e um direito social; componente e exercício da cidadania. O fato é que saúde e doença são conceitos subjetivos e individuais, geralmente definidos por experiências próprias, de modo intuitivo, raramente descritivo ou quantitativo (VIANNA, 2011). Portanto, talvez, o modo mais correto de tentar se definir saúde em âmbito geral,

seja o menos assertivo, quase filosófico; segundo BRÊTAS & GAMBÁ (2006), saúde é a capacidade que o ser humano tem de consumir a própria vida.

## 2.2 CÂNCER, ESPERANÇA E MEDO

Segundo a definição médica tradicional, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que se caracterizam pelo crescimento desordenado de células que possuem a capacidade de disseminar-se entre os tecidos e órgãos adjacentes à estrutura afetada inicialmente no ser humano (INCA, 2017; BATISTA, MATTOS & SILVA, 2015; SILVA *et al.*, 2013). Ao contrário do que se imagina, o câncer não é uma doença nova, já tendo sido detectada em múmias egípcias, comprovando sua presença há mais de três mil anos antes de Cristo (INCA, 2011).

De acordo com WEBER (2011), é possível definir ainda cinco diferentes tipos de câncer de acordo com o tecido afetado: os blastomas, que atingem o tecido nervoso; os sarcomas, que atingem tecidos musculares ou conjuntivos; os carcinomas, que afetam o tecido epitelial; os linfomas, que atingem os linfonodos; e por fim, um outro tipo de carcinoma, geralmente descrito por um nome específico, que afetam as células embrionárias.

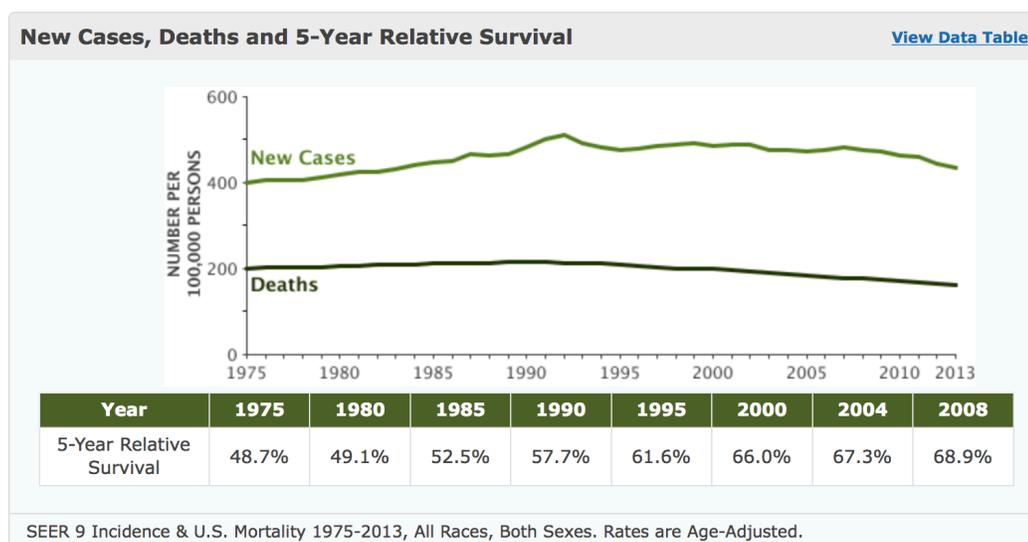
Porém, mais do que as definições médicas e técnicas, muito tem se discutido sobre as significações pessoais que pacientes, familiares, e demais pessoas envolvidas, tem sobre a doença. SILVA *et al.* (2013) apresentam a definição de câncer mais recorrente segundo a visão dos pacientes, obtida através de um estudo qualitativo realizado em Montes Claros-MG: “câncer é uma doença terrível, desprovida de cura e com difícil explicação”.

Esta percepção, exposta pelos autores, demonstra a falta de informação que ainda existe sobre a doença e toda a mistificação que a envolve. Segundo a OMS (2017) os tipos de câncer mais comuns, como o câncer de mama e próstata, possuem altas taxas de cura quando detectados em seu estágio inicial e submetidos a tratamentos adequados.

O estudo e a discussão acerca da doença estão cada vez mais em evidência no Brasil e no mundo. De acordo com dados da OMS (2017) o câncer é hoje a segunda principal causa de morte no mundo, sendo responsável pela morte de mais de 8.8 milhões de pessoas apenas no ano de 2015; aproximadamente 1 em cada 6 pessoas no mundo morrem em decorrência do câncer. Esses números se tornam ainda mais impactantes quando somados as projeções feitas pela entidade, que estimam que o número de novos casos da doença deve crescer aproximadamente 70% nos próximos 20 anos, atingindo a marca de 21,4 milhões de novos casos, acompanhados de 13,2 milhões de mortes e ainda 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. No Brasil, o número de novos casos no biênio de 2014/2015 foi de 576 mil (INCA, 2011).

Apesar disso, existem também dados animadores. Segundo o *National Cancer Institute* – NIH (2013) dos EUA, cerca de 67% dos casos de câncer no país alcançam uma sobrevida de 5 anos ou mais. Já no Reino Unido, o *Cancer Research UK* (2011) apresentou dados de sobrevida por 10 anos ou mais em mais de 50% dos casos, observando ainda que este número dobrou nos últimos 40 anos. Estes dados são fundamentais para a valorização do acompanhamento e do cuidado para com o paciente com câncer, seus familiares e amigos; a sobrevida alcançada pelo paciente só será satisfatória se acompanhada da qualidade de vida.

FIGURA 1 – GRÁFICO DEMONSTRA A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CÂNCER APRESENTANDO OS NÚMEROS DE NOVOS CASOS E DE MORTES. TABELA ABAIXO APRESENTA E APONTA O AUMENTO DA TAXA DE SOBREVIVÊNCIA DE 5 ANOS



FONTE: NATIONAL CANCER INSTITUTE – NIH (2013)

Para enfrentar este cenário que se desenha, duas situações são fundamentais: o entendimento das causas e dos fatores de risco da doença, e o cuidado com o paciente diagnosticado.

Para a primeira situação, a OMS, juntamente com outras entidades de saúde como o Instituto Nacional do Câncer (INCA) no Brasil, tem focado na chamada medicina preventiva. Hoje, ainda que não conclusivo, já existe um conhecimento aprofundado no que diz respeito às causas e os fatores de risco da doença, o que torna possível trabalhar medidas de prevenção e controle. De acordo com a OMS (2017) cerca de 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas a partir de medidas preventivas.

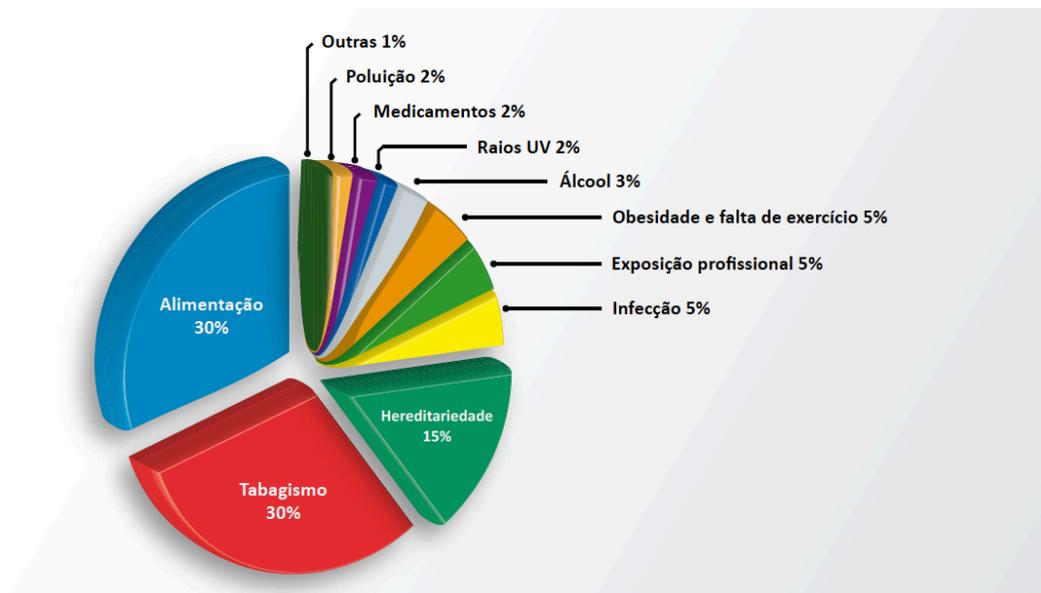
Segundo o INCA (2011) o risco do câncer em determinada população depende de condições sociais, ambientais, políticas e econômicas, e ainda de características biológicas dos indivíduos que a compõem. As causas da doença podem ser divididas entre causas internas e externas ao organismo, e podem ser ou não inter-relacionadas.

As causas externas, como substâncias químicas, irradiação, vírus e fatores comportamentais, estão relacionadas ao meio ambiente. Ao todo, representam cerca de 80-90% dos casos de câncer diagnosticados (INCA, 2011). Alguns fatores comuns exemplificam:

- A exposição excessiva ao sol está relacionada ao câncer de pele;
- A ingestão de bebidas alcoólicas está relacionada ao câncer de boca, orofaringe, laringe, esôfago e fígado;
- O cigarro está relacionado ao câncer de pulmão e outros tipos de câncer.

Já as causas internas, como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (INCA, 2011). O instituto destaca ainda, que são raros os casos de câncer nos quais fatores hereditários, familiares e/ou étnicos, são causa exclusiva da doença.

FIGURA 2 – FATORES DE RISCO DO CÂNCER NO BRASIL



FONTE: INCA (2011)

Mais além, talvez um dos mais relevantes fatores de risco a ser considerado pelo presente estudo, seja o envelhecimento do indivíduo. Conforme o organismo envelhece

suas células se tornam mais suscetíveis a transformações malignas, além de terem sido expostas por mais tempo a diferentes fatores de risco (INCA, 2011). Esta informação, juntamente com o constatado envelhecimento da população brasileira e mundial (MENDES & VASCONCELLOS, 2015), corrobora os dados apresentados anteriormente e ressaltam a importância da discussão sobre a doença.

Já para a segunda situação, antes de se discutir o tratamento da doença, é importante entender a relação do paciente para com câncer. Ser diagnosticado com a doença é, para muitos, um dos momentos mais emblemáticos de suas vidas, podendo provocar, no paciente e em seus familiares, os mais diversos sentimentos, inquietações e fragilidades em virtude da realidade imposta, principalmente devido aos altos índices de mortalidade relacionados a patologia em comparação a outras doenças (BATISTA, MATTOS & SILVA, 2015; SILVA *et al.*, 2013). Aqui, destaca-se a relevância dos aspectos psicológicos relacionados ao diagnóstico e a doença, que despertam nos envolvidos os mais variados sentimentos, com diferentes intensidades, como por exemplo: medo, dúvida, angústia, ansiedade, raiva, frustração, vergonha, pesar, entre outros (VICENT, 2007; SILVA *et al.*, 2013).

De modo complementar, DÓRO *et al.* (2004, p.121) citam as três principais ideias associadas ao câncer na população geral, são elas:

“a) o câncer é sinônimo de morte; b) o câncer é algo que ataca do exterior e não há como controlá-lo; c) o tratamento – quer seja por radioterapia, quimioterapia ou cirurgia – é drástico e negativo, e quase sempre, tem efeitos colaterais desagradáveis”.

A partir do diagnóstico, todos os envolvidos passam a conviver com esta grave doença e com as mudanças de planos pessoais e profissionais que são consequência do adoecimento e do tratamento oncológico. Desta forma, os sintomas da doença, somados as consequências e aos efeitos colaterais do tratamento acabam por afetar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (BATISTA, MATTOS & SILVA, 2015).

Neste ponto, ressalta-se a importância constatada por BATISTA, MATTOS & SILVA (2015) do apoio da família e de amigos, que segundo os pacientes, trazem uma sensação de segurança e de força ao longo do tratamento, que acabam consolidando estes importantes laços e minimizam o estado de sofrimento do paciente oncológico. De acordo com SILVA *et al.* (2013), receber o diagnóstico de câncer, para muitas pessoas, estabelece uma linha limítrofe entre a vida e a morte, a cura e a condenação. Para DÓRO *et al.* (2004) trata-se de uma “profecia auto elaborada” com a qual é preciso uma atenção humanizada e multidisciplinar a fim de se superá-la.

### 2.3 O TRATAMENTO E A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Hoje, existem basicamente quatro tipos de tratamentos na medicina convencional: a cirurgia, a radioterapia, a terapia citostática (quimioterapia) e a terapia hormonal (WEBER, 2011). Sendo assim, o correto diagnóstico da doença se torna de suma importância para que se possa decidir a melhor forma de tratamento para cada caso específico (OMS, 2017). Em muitos casos, se faz necessária a combinação de mais uma modalidade de tratamento (INCA, 2017).

De acordo com a OMS (2017) o objetivo principal do tratamento é a cura do câncer ou ainda a prolongação da vida do paciente, sempre aliada ao cuidado com a qualidade de vida dos envolvidos. WEBER (2011) destaca também, que o tratamento médico atual do câncer não é orientado para as causas da doença, e sim, para cura dos sintomas provocados pela doença, ainda que, muitas vezes, o tratamento não poupe os pacientes de seus efeitos colaterais.

O tratamento cirúrgico é a modalidade de tratamento mais antiga e também a mais comum, e consiste basicamente na retirada definitiva do tecido afetado; fato possível quando a doença se encontra localizada e em estado inicial. Além disso, a intervenção cirúrgica também pode ser utilizada ao longo do processo na forma de biópsias, cirurgias reconstrutoras e outras técnicas (HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, 2017).

Já a radioterapia é um método de tratamento local ou locorregional do câncer que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas (INCA, 2011).

Por sua vez, a quimioterapia, segundo o INCA (2011) é uma forma de tratamento sistêmico da doença que utiliza medicamentos denominados “quimioterápicos” administrados em intervalos regulares, definidos de acordo com as condições do paciente.

O tratamento hormonal, também referido como hormonoterapia, é a manipulação do sistema endócrino, seja através de cirurgia, seja através do uso de medicamentos. O tratamento visa, em geral, o bloqueio das ações hormonais de estímulo ao crescimento e avanço das células cancerosas (HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, 2017).

Por fim, surgiu recentemente a terapia-alvo, um novo tipo de tratamento, embasado nos avanços do entendimento das ações dos genes, proteínas e outras moléculas presentes nas células cancerosas, que permitem uma terapia personalizada para cada indivíduo (HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, 2017).

Todos os tratamentos citados acima, são tratamentos médicos, altamente especializados, e com foco direcionado para a doença. Infelizmente, durante esse período, outros aspectos relativos a saúde do paciente acabam negligenciados pela equipe médica (BRAGA, 2013). Neste contexto, apresenta-se a existência de outras formas de tratamento, menos especializadas e de caráter multidisciplinar, os chamados tratamentos paliativos.

Historicamente, o tratamento paliativo sempre esteve associado a pacientes em estados terminais, nos quais o tratamento médico já havia descartado a possibilidade de cura (DARONCO *et al.*, 2014). Porém, de acordo com HERMES & LAMARCA (2013) essa visão passou a ser superada a partir da década de 1990, com um novo olhar sobre a modalidade publicado pela OMS em 1997 e revisado em 2002, definindo-a como:

“Uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual” (HERMES & LAMARCA, 2013, p. 2578)

Mais além, de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP (2012, p.26):

“O cuidado paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto”.

Segundo a OMS (2002) os princípios do cuidado paliativo são:

1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
2. Afirmer a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
3. Não acelerar nem adiar a morte;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
6. Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Por fim, entre todas as modalidades de tratamento existentes, deve-se destacar que talvez um dos aspectos mais importantes do processo saúde-doença, e que deve ser comum a todos, é a relação terapêutica (BRAGA, 2013). Para BRAGA (2013) a relação terapêutica nada mais é do que a relação humana existente entre os profissionais da saúde, o paciente e seus familiares. A relação se constrói sobre inúmeros fatores,

sendo os mais importantes a empatia – entendido como a capacidade de compreender os sentimentos, os pensamentos e as atitudes do outro e dar a entender ao outro que o compreendemos – e a confiança – a consideração e a atenção pela individualidade e singularidade de cada um.

Há uma frase popularmente disseminada como a definição de medicina, que retrata esta relação do ponto de vista do profissional: “Curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre”. Esta frase é comumente atribuída a Hipócrates, muito embora não haja qualquer registro da mesma em sua obra (REZENDE, 2009). De fato, a definição de Hipócrates para a medicina é:

“Quanto à medicina, tal como eu a concebo, penso que o seu objetivo, em termos gerais, é o de afastar os sofrimentos do doente e diminuir a violência das suas doenças, abstendo-se de tratar os doentes graves para os quais a medicina não dispõe de recursos” (REZENDE, 2009, p. 56).

Para REZENDE (2009), o ato de consolar – sentimento piedoso de solidariedade humana – como missão do médico talvez seja uma influência do cristianismo na medicina.

Esta hipótese, se torna ainda mais plausível, após o entendimento do processo histórico de conceituação da saúde e sua origem mística-religiosa. Percebe-se também, que essa conexão entre saúde e espiritualidade ainda se faz muito presente no enfrentamento da doença pelos pacientes conforme os estudos de DÓRO *et al.* (2004) e SILVA *et al.* (2013). A relação espiritual e religiosa no trato da doença, se torna uma fonte de suporte, conforto e equilíbrio (LINARD, SILVA & SILVA, 2002). Mais além, MUCCIOLI *et al.* (2007) citam ainda uma crescente valorização da religião e da espiritualidade nos profissionais da saúde, reconhecendo que o respeito a essas necessidades faz com que os pacientes e familiares se sintam mais protegidos e amparados, contribuindo de forma positiva para sua recuperação.

## 2.4 QUALIDADE DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE

O interesse pelo conceito de qualidade de vida (QV) é relativamente recente no mundo da medicina, e decorre dos novos paradigmas do processo saúde-doença que têm norteado as práticas e políticas do setor (SEIDL & ZANNON, 2004), já mencionados anteriormente. Assim, a QV passou a ser um importante aspecto de políticas e práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O primeiro passo para se entender o conceito de QV é reconhecer a sua subjetividade e multidimensionalidade (SEIDL & ZANNON, 2004; FREIRE *et al.*, 2014). A subjetividade trata de aceitar a própria percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida (SEIDL & ZANNON, 2004). Sobre a multidimensionalidade, SEIDL & ZANNON (2004) refere-se ao reconhecimento de que conceito é construído a partir de diferentes dimensões. Segundo o WHOQOL (*The World Health Organization Quality of Life*), um instrumento criado pela OMS para avaliação da qualidade de vida, as dimensões envolvidas para a fundamentação do conceito são:

1. Física – percepção do individuo sobre sua condição física;
2. Psicológica – percepção do individuo sobre sua condição afetiva e cognitiva;
3. Relacionamento Social – percepção do individuo sobre os relacionamentos sociais e os papeis sociais adotados na vida;
4. Ambiental – percepção do individuo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

Cabe mencionar também, a definição da entidade mundial para QV, que de forma generalista, afirma:

“A percepção do individuo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (SEIDL & ZANNON, 2004, p.583).

Paralelamente, alguns autores apresentam definições de QV relacionadas a saúde que levam em conta o impacto da enfermidade na QV do paciente. Por exemplo,

GUI TERAS & BAYÉS (1993, p.179) apresentam a seguinte definição: “É a valorização subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde”.

Neste ponto, SEIDL & ZANNON (2004) alertam para a dualidade existente entre o conceito de QV e o conceito de estado de saúde, muitas vezes usados como sinônimos no âmbito da saúde. Segundo os mesmos, a distinção se faz a partir da análise da importância de três dimensões para a percepção dos conceitos: saúde mental, funcionamento físico e funcionamento social. Para o conceito de QV, a pesquisa mostrou que a saúde mental foi a dimensão fundamental para a percepção dos pacientes, seguida pelo funcionamento social e o funcionamento físico, nesta ordem. No entanto, para a percepção de estado de saúde, a ordem foi oposta, tendo o funcionamento físico como principal condicionante.

No câncer, a percepção da QV se torna de especial interesse à medida que ocorre um aumento da sobrevida e/ou a vida longa dos pacientes. De modo complementar, FLECK *et al.* (1999, p.20) afirmam que:

“A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca por acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos”.

Mais além, FREIRE *et al.* (2014) destacam ainda que em casos nos quais a doença atinge um certo grau de terminalidade, o cuidado com o paciente deixa de ter como premissa a preservação da vida, e assume uma postura que visa a maximização do conforto em seu sentido mais amplo, e também da preservação da dignidade do ser. Estabelecer essa atenção humanizada, focada na QV do paciente e seus familiares, oferecendo conforto físico, apoio psico-afetivo, social e espiritual, proporciona ao paciente a oportunidade de viver em plenitude seu último momento (DARONCO *et al.*, 2014). Para BARROS *et al.* (2012) esta seria a última oportunidade de trabalho sobre a identidade pessoal do paciente.

## 2.6 OS SENTIDOS E A ARQUITETURA

Entender as várias dimensões da QV é também reconhecer sua construção eminentemente interdisciplinar (SEIDL & ZANNON, 2004). A contribuição da arquitetura para a promoção da saúde, talvez esteja no entendimento de como o nosso corpo se relaciona com o espaço, e da relação dos sentidos com a arquitetura.

Uma das grandes vozes nessa discussão, é o arquiteto finlandês Juhani Pallasmaa. Para ele, a arquitetura contemporânea, assim como outros campos do saber, vem sendo cada vez mais dominada pela visão, em detrimento dos demais sentidos: audição, tato, olfato e paladar (PALLASMAA, 2011). O arquiteto ressalta ainda que “a arquitetura não é experimentada como uma série de imagens isoladas na retina, e sim em sua essência material, corpórea e espiritual totalmente integrada” (PALLASMAA, 2011, p.42). Essa predileção pela visão tende a alienação, ao isolamento, e à exterioridade, fato que acaba por dificultar a conexão do homem com o mundo. PALLASMAA (2011) defende então, a atenção a todos os sentidos, afirmando que uma obra de arquitetura é composta por um todo indivisível de impressões, físicas e mentais.

Sobre a visão, PALLASMAA (2011) afirma que se trata do único sentido suficientemente rápido para acompanhar a velocidade do mundo tecnológico atual. Para ele, a visão hoje, isolada dos outros sentidos, focada e controlada, se torna um sentido superficial, destituído de lógica tectônica, senso de materialidade e empatia. Concluindo: “A visão nos separa do mundo, enquanto os outros sentidos nos unem a ele” (PALLASMAA, 2011, p.24).

Sobre os outros sentidos, PALLASMAA (2011) os descreve por meio de experiências sensoriais. O tato se trata do sentido da proximidade, intimidade, veracidade, identificação e afeição. Seu órgão, a pele, é capaz de ler a textura, o peso, a densidade e a temperatura da matéria. A audição é o sentido da coletividade: por sua característica onidirecional, a audição cria uma experiência de interioridade, estabelecendo um sentido de conexão e solidariedade. O olfato constitui parte importante de nossa memória sensorial, possuindo um grande poder emocional e associativo; não

raras vezes, a principal memória de espaços marcantes da vida de uma pessoa é seu cheiro. Por último, o paladar talvez seja o sentido mais associativo dos cinco, possuindo interessantes e sutis relações de troca com os demais sentidos: muitas vezes recebemos estímulos visuais, táteis, olfativos ou sonoros que simultaneamente nos ativam o paladar. Os sentidos, portanto, fazem da arquitetura um contato extremamente íntimo com o corpo.

Outro importante personagem, é o arquiteto suíço, Peter Zumthor, talvez, um dos maiores expoentes da arquitetura sensorial nos dias de hoje. ZUMTHOR (2009) define essa relação entre os sentidos e arquitetura como a “atmosfera”: a percepção instintiva em comunicação com a percepção emocional. Para melhor explicar o conceito, o arquiteto exemplifica e descreve uma experiência arquitetônica, concluindo:

“O que é que me tocou? Tudo. Tudo, as coisas, as pessoas, o ar, ruídos, sons, cores, presenças materiais, texturas e também formas. Formas que consigo compreender. Formas que posso tentar ler. Formas que acho belas. E o que é que me tocou além disso? A minha disposição, os meus sentimentos, a minha expectativa(...)” (ZUMTHOR, 2009, p.17)

Em um exercício pessoal, ZUMTHOR (2009) cita oito fatores fundamentais para a criação destas “atmosferas”; é possível observar uma relação direta dos pontos citados com os sentidos do corpo humano explorados por PALLASMAA (2011) de forma mais direta. São eles:

1. O corpo da arquitetura;
2. A consonância dos materiais;
3. O som do espaço;
4. A temperatura do espaço;
5. As coisas que me rodeiam;
6. A serenidade e a sedução;
7. A tensão entre interior e exterior;
8. Os degraus da intimidade.

Não satisfeito, ZUMTHOR (2009) adiciona ainda mais três itens a lista:

1. A arquitetura como espaço envolvente;
2. Harmonia;
3. A forma bonita.

Desta forma, fica claro que mesmo com diferentes abordagens, Zumthor e Pallasmaa expressam a mesma atenção pela relação da arquitetura com os sentidos, e a capacidade da mesma em influenciar a vida das pessoas. Para além dos cinco sentidos, é possível observar que ambos consideram elementos subjetivos a experiência da arquitetura, como a memória e os sentimentos. ZUMTHOR (2009) sugere que existe uma relação íntima entre nossas emoções e as coisas que nos rodeiam. De forma mais direta, BOTTON (2007) afirma que a arquitetura pode, com certeza, influenciar o estado mental de uma pessoa.

Como conclusão, PALLASMAA (2011) defende que uma arquitetura que “intensifique a vida” deva estimular todos os sentidos simultaneamente de modo que a imagem do indivíduo se funda a sua experiência de mundo, enaltecendo a sensação de realidade e a identidade pessoal. A arquitetura multissensorial reforça a capacidade de empatia, compaixão e participação do homem.

“O significado final de qualquer edificação ultrapassa a arquitetura; ele redireciona nossa consciência para o mundo e nossa própria sensação de termos uma identidade e estarmos vivos” (PALLASMAA, 2011, p. 11).

## 2.7 A ARQUITETURA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

O estudo da arquitetura dos estabelecimentos de saúde não pode ser desvinculado dos conceitos e práticas médicas adotadas durante a idealização de seus espaços (CARVALHO, 2014). Por sua construção cultural histórica, entende-se que o hospital é um edifício cercado de simbologia e significado (BADALOTTI & BARBISAN, 2015).

Na Antiguidade (4.000 a.C. até o fim séc. V) o entendimento de saúde era cercado de conotações místicas e religiosas, de forma que os espaços de saúde eram tidos como espaços de assistência espiritual, além de um espaço de acolhimento para viajantes, doentes e necessitados (BADALOTTI & BARBISAN, 2015). Segundo CARVALHO (2014), os hospitais nascem, portanto, com funções de hospedagem e caridade, gerenciados e estimulados por diferentes segmentos religiosos. Somente durante o Império Romano se estabeleceram espaços destinados exclusivamente a esse uso, com o surgimento das valetudinárias – destinada ao atendimento de legionários e escravos de grandes propriedades agrícolas – e das termas – propostas para o cuidado do corpo e da alma dos indivíduos, possuindo espaços de banho, meditação, prece e acolhimento (BADALOTTI & BARBISAN, 2015).

Já na Idade Média (do fim do séc. V ao fim do séc. XV) nasce o conceito de hospital como um lugar de atenção ao enfermo em regime de internação (BADALOTTI & BARBISAN, 2015). Agora, o objetivo principal do hospital, além de abrigar viajantes – muitas vezes enfermos em decorrência das longas viagens – era o isolamento social das pessoas doentes (BADALOTTI & BARBISAN, 2015; CARVALHO, 2014). Em decorrência do viés religioso da atenção a saúde, esses espaços acabaram herdando tipologias arquitetônicas próprias de mosteiros, igrejas e conventos, como a claustal, a basilical e a radial. Em todas as tipologias, era notável a valorização de aspectos de iluminação e ventilação, bem como a presença de generosos jardins (BADALOTTI & BARBISAN, 2015; CARVALHO, 2014).

FIGURA 3 – PÁTIO CENTRAL DO HOSPITAL SANTA CRUZ DE TOLEDO EM PORTUGAL



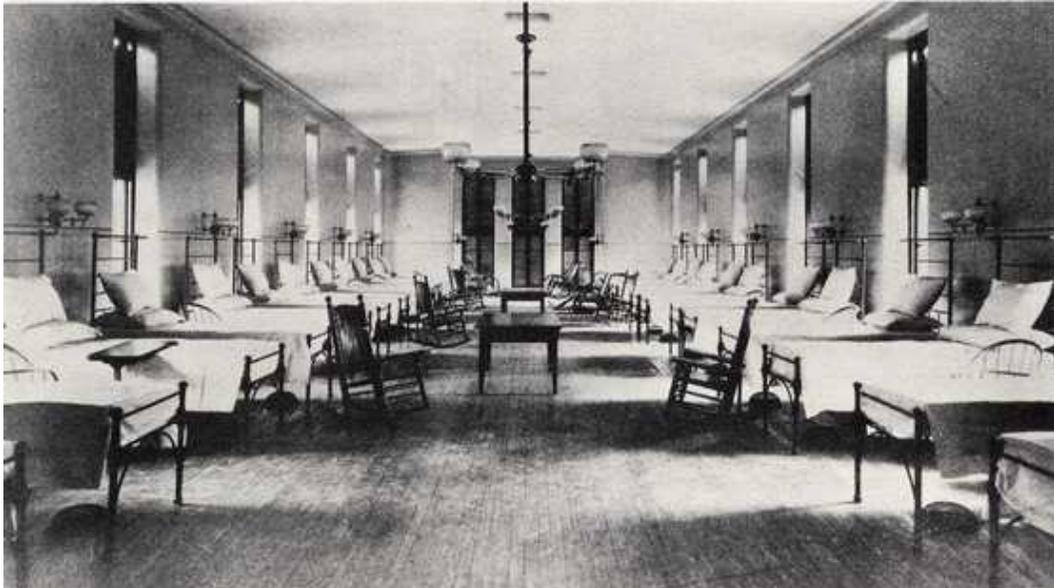
FONTE: WIKIMEDIA (2017)

Porém, é na Idade Moderna (fim do séc. XV ao fim do séc. XVIII) que se iniciam as bases da arquitetura hospitalar contemporânea, a partir dos estudos do médico Jacques-René Tenon, em parceria com o arquiteto Bernard Poyet, encomendados após o incêndio do Hospital Dieu de Paris (BADALOTTI & BARBISAN, 2015). Neste trabalho, Tenon estabeleceu uma série de normas para a organização interna dos hospitais, como por exemplo: a separação de doentes por categoria de doença e por sexo, a limitação do uso de leitos coletivos e ainda a determinação de um volume mínimo de ar por paciente; estas novas orientações estavam de acordo com as recentes descobertas de Pasteur e apresentada na Teoria dos Germes (BADALOTTI & BARBISAN, 2015; CARVALHO, 2014).

Outro trabalho de destaque da época foi a obra de Florence Nightingale, que estabeleceu o padrão de enfermaria usado até hoje, conhecido como enfermaria Nightingale. A enfermaria proposta era composta basicamente por um longo e estreito salão, com leitos dispostos de forma perpendicular em relação as paredes, dotado de um pé-direito generoso e amplas janelas entre leitos para iluminação, garantido também uma ventilação adequada e cruzada (BADALOTTI & BARBISAN, 2015). CARVALHO (2014)

cita também, uma famosa frase de Nightingale, escrita no prefácio de seu livro de 1863: “(...) pode parecer um princípio estranho declarar como o primeiro requisito num hospital que não deve fazer ao doente nenhum dano(...)”.

FIGURA 4 – REGISTRO HISTÓRICO DE UMA ENFERMARIA AO MODELO NIGHTINGALE



FONTE: HEALTH ARCHITECTURE (2017)

A partir disso, surge a tipologia do hospital em pavilhão como a solução arquitetônica ideal em seus aspectos formais e funcionais. Esta tipologia representou de forma objetiva uma modificação organizacional no ambiente de saúde, com uma maior institucionalização e especialização dos espaços. Ainda que mantivessem certo grau de isolamento dos pacientes, o hospital assumiu um claro papel de tratamento e cura. Trata-se de uma tipologia utilizada até os dias de hoje em hospitais de pequeno e médio porte com ampla oferta de espaço para sua implantação (CARVALHO, 2014; COSTEIRA, 2014).

FIGURA 5 – HOSPITAL LARIBOISIÈRE EM PARIS – SÍMBOLO DO HOSPITAL EM PAVILHÃO

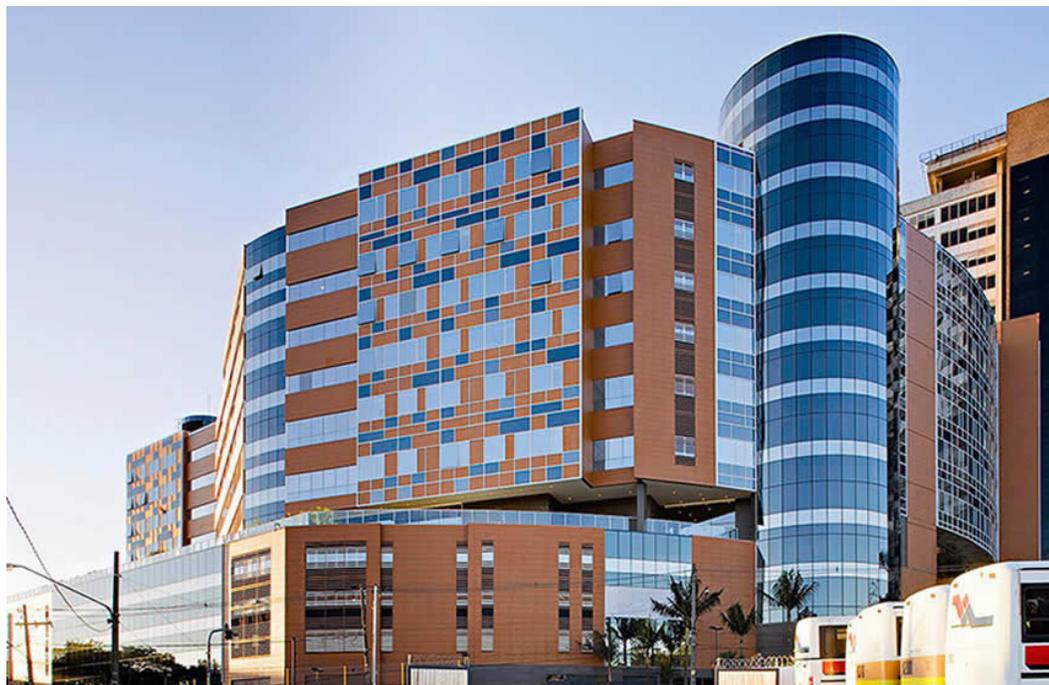


FONTE: WIKIPEDIA (2017)

Desde então, as instituições hospitalares vêm incorporando um nível cada vez maior de especialização profissional, tecnologia e complexidade, adotando estratégias de controle e organização de fluxos cada vez mais rigorosas. É a partir da segunda metade do séc. XIX, que surge a tendência da verticalização dos edifícios hospitalares em decorrência do entusiasmo da construção civil com os arranha-céus, do aumento dos custos dos terrenos urbanos, da escassez da mão-de-obra de enfermagem e do desejo de se reduzir os extensos percursos dos crescentes complexos em pavilhão (COSTEIRA, 2014). Ainda segundo COSTEIRA (2014), surge então a tipologia característica do séc. XX e dominante até hoje, o monobloco vertical – o dito “hospital tecnológico”.

O hospital tecnológico se caracteriza por seu caráter asséptico e hermético, totalmente voltado para a atenção clínica do paciente e sua doença, evitando ao máximo possíveis infecções hospitalares, e deixando de lado o lado humano do paciente acolhido. A arquitetura destes hospitais geralmente busca criar uma associação entre a sua imagem tecnológica e hermética a qualidade do serviço oferecido.

FIGURA 6 – HOSPITAL ALBERT EINSTEIN EM SÃO PAULO, UM DOS MAIS RENOMADOS HOSPITAIS BRASILEIROS E UM CLARO EXEMPLO DO HOSPITAL TECNOLÓGICO



FONTE: HOSPITAL ALBERT EINSTEIN (2017)

Felizmente, porém, a humanização dos procedimentos médicos, bem como dos espaços de saúde vem ganhando destaque nas mais atuais discussões sobre o ambiente hospitalar. SANTOS & BURSZTYN (2004) citam o conceito de humanização segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH – (Brasil, 2001):

“Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde. Humanizar é aceitar essa necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento a saúde. Humanizar refere-se, portanto, a possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites” (SANTOS & BURSZTYN, 2004, p.59)

Mais além, BADALOTTI & BARBISAN (2015) citam uma frase proferida por Rita de Cássia, administradora do Hospital Albert Einstein em uma palestra durante um

Congresso em São Paulo em 2012: “Humanizar às vezes é quebrar paradigmas”. Talvez, uma destas quebras de paradigmas esteja no surgimento das estratégias e espaços destinados aos tratamentos paliativos.

Os tratamentos paliativos tiveram seu marco histórico na década de 1960, a partir da fundação do *Saint Christopher's Hospice* em Londres. A unidade marca o início do movimento *hospice*, que defende o cuidar de um ser humano que está morrendo e de sua família, com compaixão e escuta empática (MENDES & VASCONCELLOS, 2015). Comumente, é feita uma relação entre os *hospices* e as hospedarias da antiguidade. Embora ambas preguem o cuidar, as hospedarias tinham viajantes como principais usuários, enquanto os *hospices* são voltados exclusivamente a doentes em estado terminal. Foi a partir da década de 1990 que o movimento passou a ganhar mais visibilidade com a retomada de um conceito de saúde mais abrangente (FLORIANI E SCHRAMM, 2010).

Paralelamente a este movimento, surge a principal referência para o presente trabalho: uma instituição de atenção a pacientes com câncer e seus familiares originária no Reino Unido, o *Maggie's Cancer Caring Centre*, aqui tratado como Centro Maggie. A instituição é destinada a proporcionar o mesmo tipo de acolhimento dos *hospices*, porém com uma perspectiva mais esperançosa sobre o estado de saúde dos usuários, pregando a autonomia do paciente em reassumir controle sobre sua própria vida.

## 2.8 OS MAGGIE'S CANCER CARING CENTRES

A instituição nasce da experiência de Maggie Keswick da sua luta contra o câncer – doença que a acometeu por três vezes: 1988, 1993 e 1995. Durante o tratamento, Maggie, que era arquiteta paisagista e seu marido Charles Jencks, arquiteto e designer, se depararam com um tratamento limitado a questão clínica, com profissionais despreparados para discutir novas visões sobre o tratamento, e também com espaços incapazes de acolher pacientes, familiares e amigos que enfrentam a doença. Durante seus últimos meses de vida, a convite de um de seus médicos, Maggie escreveu sobre a perspectiva de um paciente como era enfrentar a doença, o texto foi publicado ainda em

1995 sob o título “*A view from the frontline*” (Uma visão da linha de frente, em tradução livre). Neste relato, Maggie confia diversos pontos críticos que enfrentou e que poderiam se beneficiar de uma maior atenção, especialmente dos arquitetos, tornando a experiência dos pacientes mais amena. Um trecho muito emblemático trata da sala de espera de seu hospital:

“O ato de esperar não é tão ruim – são as circunstâncias sob as quais você tem que esperar que contam. Luzes artificiais, espaços internos sem vistas para o exterior e péssimas cadeiras contra as paredes, tudo contribui para um completo estresse físico e mental. Pacientes que chegam com esperança, logo começam a definhar” (KESWICK, 1995, p.21).

Maggie, porém, acreditava na reconciliação entre a arquitetura e a saúde – talvez influenciada por suas experiências profissionais paisagísticas em *hospices* que seu pai contribuía – e decidiu assumir um papel ativo ante a situação, buscando informações e novos conhecimentos sobre a doença, os tratamentos e tudo que pudesse ajudar pessoas como ela a enfrentarem aquela situação. Assim se iniciou o planejamento de um espaço de acolhimento a pessoas com câncer, seus amigos e familiares, um espaço que fosse mais acolhedor e convidativo, e que oferecesse suporte prático, emocional e social a todos. Maggie tinha tanta convicção de sua visão, que convenceu o hospital onde se tratava de que a instituição precisava de um espaço como aquele que idealizara. Para isso, contou com a ajuda de seu médico Robert Leonard e de sua enfermeira Laura Lee – que mais tarde se tornaria a coordenadora da rede.

FIGURA 7 – OS CENTROS SÃO, ACIMA DE TUDO, ESPAÇOS DE ENCONTRO PROJETADOS PARA ESTIMULAR A EMPATIA ENTRE OS USUÁRIOS. AQUI, A SALA DE REFEIÇÕES DO CENTRO EM GLASGOW, PROJETADO POR REM KOOLHAS



FONTE: MAGGIE'S CENTRE (2017)

Infelizmente, porém, Maggie não pode ver a inauguração do primeiro centro, inaugurado poucos meses após sua morte – Maggie faleceu no dia 8 de julho de 1995. O centro, inaugurado em 1996 em Edinburgh, foi implantando anexo ao *Western General Hospital* – local onde Maggie realizava periodicamente seu tratamento – em um pequeno estábulo de pedra, reformado para o novo uso. O projeto ficou a cargo do escritório Richard Murphy Architects, na época um pequeno escritório de arquitetura local, acostumado a lidar com reformas residenciais. O maior desafio inicial, segundo o próprio arquiteto, foi entender o programa e a função do edifício, porém, ficou claro que mais do que projetar funções, seu trabalho era projetar uma atmosfera, uma atmosfera doméstica e acolhedora (RICHARD MURPHY ARCHITECTS, 2017). Ainda sem saber a dimensão que a iniciativa alcançaria, o projeto – o único com participação direta de Maggie durante a concepção – estabeleceu um norte para os centros construídos posteriormente, uma referência para o programa e sua atmosfera (JENCKS, 2015).

FIGURA 8 – O EDIFÍCIO DO PRIMEIRO CENTRO ANTES (A ESQUERDA) E DEPOIS (A DIREITA) DA REFORMA – A SIMPLICIDADE DA ESCALA DOMÉSTICA



FONTE: RICHARD MURPHY ASSOCIATES (2017) – EDITADA PELO AUTOR

FIGURA 9 – O EDIFÍCIO, APÓS AMPLIAÇÕES REALIZADAS EM 2001, MANTÉM A ESCALA DOMÉSTICA E SUSTENTA NOVOS USOS E MODALIDADES DE TRATAMENTO



FONTE: RICHARD MURPHY ASSOCIATES (2017)

O programa foi tão bem recebido e abraçado pelos pacientes do hospital que apenas cinco anos após sua inauguração o centro teve que passar por uma reforma para

ampliação do espaço (JENCKS, 2015). Desde então, seu marido Charles Jencks e sua enfermeira Laura Lee deram continuidade ao sonho de Maggie, que começou a se espalhar já em 2002 com a construção de um novo centro em Glasgow na Escócia, mas o grande passo ainda estava por vir. O terceiro centro, construído em Dundee, foi projetado pelo renomado arquiteto, e amigo pessoal do casal, Frank Gehry. A autoria de um renomado arquiteto, sobre um programa de escala tão singela, atraiu a atenção de todos: imprensa, hospitais, pacientes e demais interessados. A partir de então, o programa passou a atrair mais investidores, hospitais passaram a solicitar centros em suas unidades, e assim a rede encontrou terreno fértil para se expandir e levar a proposta de Maggie para mais pacientes.

FIGURA 10 – MAGGIE'S DUNDEE – ICÔNICO PELA SUA ARQUITETURA COM REFERÊNCIA A UM CHALÉ E SEU GRANDE JARDIM FRONTAL GEOMÉTRICO



FONTE: MAGGIE'S CENTRE (2017)

Para JENCKS (2015) a principal proposta da instituição é criar um espaço seguro e acolhedor, em contraste com o ambiente hospitalar asséptico – característico dos grandes hospitais que oferecem tratamento para o câncer – e em contraste de escala. Para BORRETT (2013), pode se afirmar que essa proposta é construída sobre três princípios: domesticidade, privacidade e conexão com a natureza. A instituição oferece uma linha de tratamento paliativo baseada em três áreas: suporte prático, emocional e social. Com o apoio de enfermeiros e voluntários, os centros oferecem, por exemplo: informações sobre diversas modalidades de tratamentos e alimentação, apoio psicológico, workshops de controle de ansiedade, e ainda, eventos sociais como encontros semanais, aulas de jardinagem, e aulas de yoga (JENCKS, 2015). Para isso, JENCKS (2015) afirma que a boa arquitetura é fundamental: mais do que organizar diferentes usos, a arquitetura deve expressar certa empatia pelo seu usuário de modo a fomentar nele o mesmo sentimento por si e pelo próximo.

FIGURA 11– A MULTIPLICIDADE DE USOS E A DOMESTICIDADE DO AMBIENTE INTERNO MARCAM OS PROJETOS DOS CENTROS – AQUI, O MAGGIE’S FIFE PROJETADO POR ZAHA HADDID



FONTE: MAGGIE'S CENTRE (2017)

Existem diversos trabalhos voltados a comprovação do efeito da arquitetura sobre os resultados clínicos de pacientes em tratamento médico, como por exemplo, o difundido conceito de *Evidence Based Design (EBD)* – em tradução livre, o design baseado em evidências – publicado em 1981 por Roger Ulrich (JANELA, 2015). Porém, fato é que não se pode afirmar cientificamente que a arquitetura pode curar doenças devido a multiplicidade de fatores envolvidos para tal constatação; apesar disso, não há dúvidas sobre a capacidade da arquitetura de influenciar a vida das pessoas. O próprio título do livro de Charles Jencks sobre os centros reflete esse pensamento: *Arquitetura da Esperança*. Mais do que acreditar que a arquitetura pode ter algum efeito curativo, ele acredita que a arquitetura é capaz de criar um ambiente favorável para que a esperança se espalhe, cresça e contagie as pessoas – uma arquitetura empática (JENCKS, 2015). Retomando PALLASMA (2010, p.67):

“A função atemporal da arquitetura é criar metáforas existenciais para o corpo e para a vida que concretizem e estruturam nossa existência no mundo. A arquitetura permite-nos perceber e entender a dialética da permanência e da mudança, nos inserir no mundo e nos colocar no *continuum* da cultura e do tempo”.

Hoje, a instituição já possui 17 centros espalhados pelo Reino Unido, Japão e China, contando ainda com novos projetos em fase de desenvolvimento. A meta principal é atender todos os hospitais oncológicos do Reino Unido. Embora a entidade tenha crescido, e se espalhado pelo mundo, a mensagem difundida continua a mesma:

“Nossos centros oferecem suporte prático, emocional e social para pessoas com câncer e seus amigos e familiares. O apoio é oferecido de forma gratuita a qualquer um com qualquer tipo de câncer. Venha quando quiser – você é sempre bem-vindo” (MAGGIE’S CENTRE, 2017, s.n).

### 3. ESTUDO DE CORRELATOS

Este capítulo visa traçar uma análise de três obras correlatas ao projeto de um Centro Maggie para o Hospital de Clínicas da UFPR. Para isso, foram selecionados três correlatos, sendo uma obra nacional e duas internacionais.

O primeiro estudo é o Hospital Sarah Kubitschek de Salvador, projeto que apesar da diferença de programa e de escala – trata-se de um grande hospital com 168 leitos – destaca-se por suas estratégias de humanização e sua atmosfera agradável, demonstrando a relevância da abordagem para os espaços de saúde, e principalmente, expondo uma abordagem relevante sobre a temática na arquitetura brasileira.

O segundo e terceiro estudos apresentam duas abordagens diferentes sobre o programa dos Centros Maggie. As diferenças de escala, situação, entorno e partido evidenciam a pluralidade de soluções possíveis para o programa, sem que se delimite, porém, uma abordagem mais correta a ser seguida. A escolha por dois projetos ligados a mesma instituição evidencia por si só o déficit de programas similares em todo o mundo, e reforçam a sua necessidade.

Esses correlatos foram selecionados, abordados e avaliados qualitativamente, buscando melhor compreender quais estratégias adotadas caracterizam suas atmosferas. Todos os projetos são reconhecidos pela comunidade arquitetônica como obras de grande qualidade projetual, e são também reconhecidos pelos usuários como importantes espaços de atenção ao usuário.

#### 3.1 HOSPITAL SARAH KUBITSCHEK SALVADOR / JOÃO FILGUEIRAS LIMA

O Hospital Sarah Kubitschek de Salvador é uma das principais referências quando se trata de espaços de saúde humanizados no Brasil. O projeto, concebido pelo arquiteto João Filgueiras Lima (1932-2014) – o Lelé – foi um dos primeiros hospitais projetados da rede fora de Brasília, estabelecendo e materializando princípios de humanização, conforto e industrialização para os projetos posteriores.

FIGURA 12 – VISÃO GERAL DO PROJETO



FONTE: ARCHDAILY (2012)

Os hospitais da Rede Sarah são as obras de maior destaque da carreira do arquiteto carioca, fruto dos seus 30 anos de trabalho para a instituição, na qual foi responsável pelo projeto, execução e manutenção dos nove hospitais espalhados por todo o Brasil que formam a rede. Lelé foi pioneiro em abordar questões de conforto térmico pouco difundidas até então, mas que para ele, eram simples consequências de seu ideal de humanização dos espaços (ARCOWEB, 2017).

A Rede Sarah nasceu de uma antiga sociedade civil de utilidade pública, a “Pioneiras Sociais” com o objetivo de oferecer na recém construída Brasília, um moderno centro de reabilitação inaugurado em 1960 pelo então presidente Juscelino Kubitschek. Desde então, o centro inaugurado passou por diversas ampliações e reestruturações de ordem física e também organizacional, até que em 1980 foi concluída a construção do primeiro hospital Sarah Kubitschek em Brasília, momento que marca o início do movimento de expansão e formalização da rede (REDE SARA, 2017).

O projeto do hospital em Salvador, concluído em 1994, por sua vez, marca o início do próprio processo de desenvolvimento e aprendizado da proposta de Lelé para

os hospitais da rede. O projeto se destaca pela marcante relação entre interior e exterior, ampla iluminação natural, estratégias de ventilação natural, e ainda pela sua parceria com o trabalho artístico de Athos Bulcão.

A implantação do projeto, em um terreno isolado de aproximadamente 128 mil m<sup>2</sup> de área livre, cercado por áreas verdes, que propiciaram ao arquiteto trabalhar de forma expressiva a importante relação arquitetônica entre interior e exterior. O projeto, marcadamente horizontal, é rodeado por expressivas áreas verdes que criam um segundo plano aos espaços internos, e que os adentram em momentos específicos criando uma ambientação mais leve e agradável. Ressalta-se também, a preservação de uma extensa área de bosque que hoje oferece aos usuários do hospital uma interessante área de lazer e caminhada.

FIGURA 13 – IMPLANTAÇÃO



FONTE: GOOGLE EARTH (2011) – EDITADA PELO AUTOR (2017)

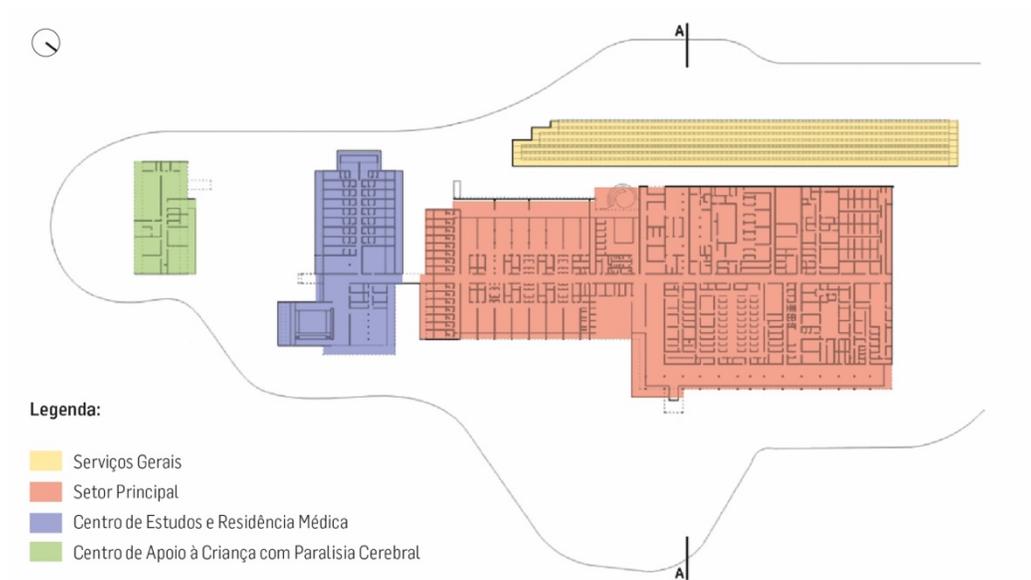
FIGURA 14 – SALA DE ESPERA COM JARDIM ADENTRANDO O ESPAÇO INTERNO



FONTE: GRUPO GRAVIA (2017)

O conjunto arquitetônico do hospital é composto por quatro blocos principais: serviços gerais; setor principal; centro de estudos e residência médica; e centro de apoio à criança com paralisia cerebral. Embora grande em área construída – aproximadamente 28 mil m<sup>2</sup> – o partido horizontal, e a articulação isolada dos blocos conseguem manter o edifício em uma escala agradável para os usuários. A adoção deste partido, permite que todos os espaços internos tenham alguma conexão com o exterior, seja através da vista para agradáveis jardins, seja por um contato mais direto através das varandas para passeio e exposição ao sol. Os espaços internos, foram pensados também de forma flexível, de modo que pudessem absorver novos equipamentos para a recuperação dos pacientes ao longo do tempo, e de modo que aberto, que favorecesse o encontro e o relacionamento humano entre pacientes, enfermeiros e médicos.

FIGURA 15 – PLANTA BAIXA DO CONJUNTO – ZONEAMENTO FEITO PELO AUTOR



FONTE: ARCHDAILY (2012) – EDITADA PELO AUTOR (2017)

FIGURA 16 – VARANDAS QUE CIRCUNDAM OS ESPAÇOS INTERNOS: MARCANTE TRANSIÇÃO ENTRE INTERIOR E EXTERIOR – JOGO DE CAMADAS



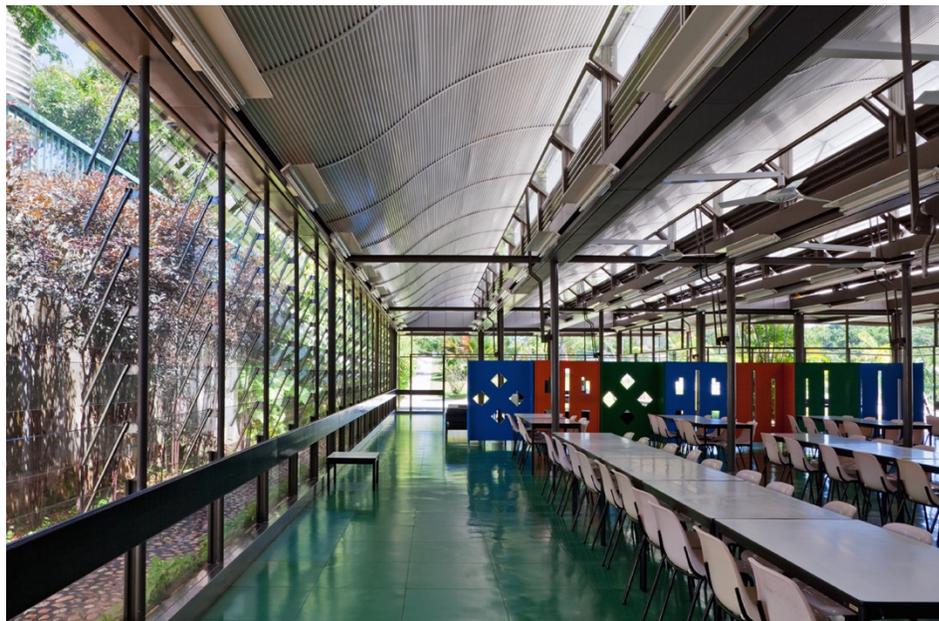
FONTE: ARCHDAILY (2012)

FIGURA 17 – JARDIM PARALELO AO CORREDOR DE CIRCULAÇÃO: PERMEABILIDADE ACOMPANHANDO O USUÁRIO DURANTE SEU TRAJETO



FONTE: ARCHDAILY (2012)

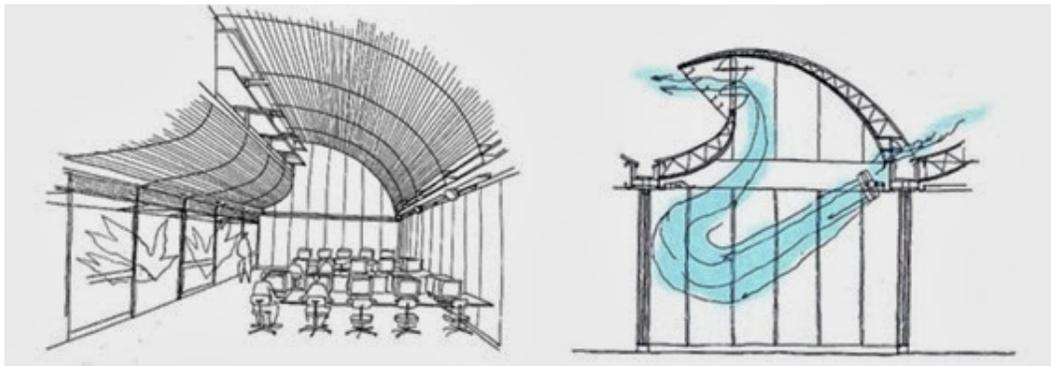
FIGURA 18 – JARDIM RODEANDO O REFEITÓRIO DO HOSPITAL: A NATUREZA COMO PANO DE FUNDO DOS ESPAÇOS INTERNOS



FONTE: ARCHDAILY (2012)

Um dos principais elementos do projeto são, sem dúvidas, os *sheds*. Os *sheds* são elementos que caracterizam a arquitetura do edifício tanto internamente, quanto externamente. O sistema foi adotado com a missão de favorecer a iluminação difusa e a ventilação natural dos espaços. Neste projeto, os *sheds* são voltados para o sudoeste (sotavento), favorecendo o efeito de sucção do ar e o efeito chaminé, visando o conforto térmico dos espaços, e também, um menor gasto com o uso de ar condicionado. O uso de tais equipamentos, se faz presente apenas em setores controlados, como o centro cirúrgico e os setores de imagem. Além disso, esses elementos criam uma espacialidade cênica no interior do edifício, com curvas agradáveis que parecem se movimentar junto com os pacientes em recuperação motora. Os *sheds* tornaram-se uma das “marcas” da Rede Sarah.

FIGURA 19 – CROQUIS DEMONSTRANDO A ESPACIALIDADE E O FUNCIONAMENTO DOS SHEDS QUANTO A VENTILAÇÃO



FONTE: ARCOWEB (2017)

FIGURA 20 – ESPACIALIDADE INTERNA RESULTANTE DOS SHEDS: QUALIDADE TÉCNICA E CÊNICA



FONTE: CAU/BR (2017)

Destaca-se também, a já mencionada parceria do arquiteto com o artista plástico Athos Bulcão (1918-2008) que participou da maioria dos projetos da rede. Ambos trabalhavam de forma conjunta, entendendo que além do conforto térmico, o edifício deveria proporcionar conforto visual e bem-estar aos pacientes; meta que poderia se favorecer da arte e das cores.

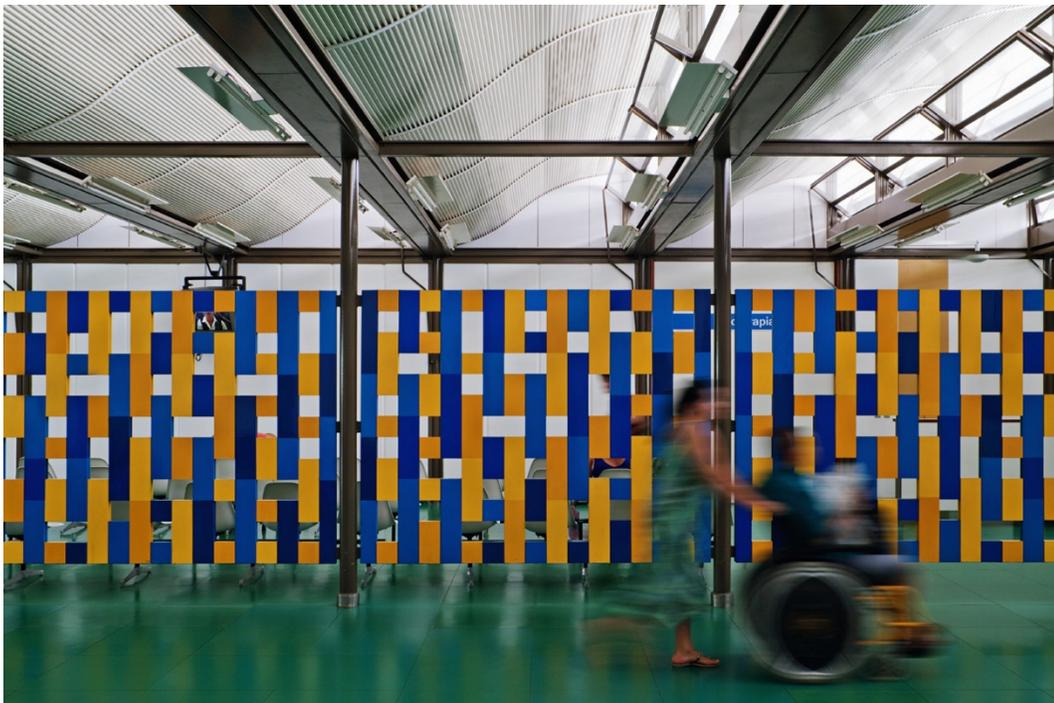
O trabalho do artista aparece em dois momentos. Primeiramente, nos espaços externos, na composição artística dos muros de argamassa armada que protegem os jardins do edifício de forma semipermeável, com aberturas geométricas e cores marcantes. E depois, nos espaços internos, onde o artista trabalhou com o mobiliário e algumas divisórias de ambientes, seguindo a linguagem dos muros externos e sua linha autoral: cores marcantes e composições geométricas.

FIGURA 21 – MURO EXTERNO EM ARGAMASSA ARMADA TRABALHADO POR ATHOS BULCÃO: A ARTE COMO PARTE DO PROJETO



FONTE: GRUPO GRAVIA (2017)

FIGURA 22 – PAINEL EM MDF COLORIDO EM TRAMAS TOTALMENTE VAZADAS COMO DIVISOR DE AMBIENTES NA RECEPÇÃO DO AMBULATÓRIO



FONTE: ARCHDAILY (2012)

O conjunto conta ainda com a presença do Centro de Tecnologia da Rede Sarah (CTRS) um centro de produção e desenvolvimento de produtos e tecnologias a serem

utilizados na construção e manutenção dos hospitais. Seguindo a linha da construção de Brasília, oportunidade na qual Lelé teve a oportunidade de conhecer métodos de industrialização e de pré-fabricação europeus durante viagem patrocinada pela UnB (Universidade de Brasília), tanto o hospital de Salvador, quanto os demais hospitais da rede, foram construídos com peças pré-fabricadas e de forma modulada. Tais peças são desenvolvidas e produzidas de forma exclusiva para a Rede Sarah (REVISTA AU, 2017). Mais além, o arquiteto teve atenção inclusive ao mobiliário hospitalar, dando novas linhas aos equipamentos hospitalares tradicionais. A arquitetura dos hospitais da rede representa o ideal de arquitetura completo de Lelé, um processo contínuo e indissociável de concepção, programa, construção e manutenção.

FIGURA 23 – CAMA MACA DESENHADA PELO ARQUITETO E PRODUZIDA NO CTRS



FONTE: REVISTA AU (2008)

Em resumo, o edifício se consolida através da sua escala agradável, da sua espacialidade marcadamente aberta e em relação com o exterior e seus jardins, de sua atenção a iluminação e a ventilação natural, e ainda de sua relação com a arte.

FIGURA 24 – ESPAÇOS INTERNOS EM CONEXÃO COM O EXTERNO, NATUREZA COMO PANO DE FUNDO E A ARTE COMO UM ABRAÇO



FONTE: ARCHDAILY (2012)

### 3.2 MAGGIE'S CENTRE WEST LONDON / RSH + PARTNERS

O projeto do *Maggie's Centre West London*, a sexta unidade da rede, localiza-se anexa ao hospital *Charing Cross* no distrito de *Hammersmith* na capital inglesa de Londres. O projeto, concluído em 2008, é considerado a unidade mais urbana da rede, devido a sua implantação em uma movimentada esquina da cidade, e ao fato de estar posicionado entre dois estacionamentos do hospital, com pouquíssimo espaço para a articulação do programa. O centro, projetado pelo escritório inglês Rogers Stirk Harbour + Partners, possui aproximadamente 370m<sup>2</sup>, distribuídos em dois pavimentos.

FIGURA 25 – VISÃO GERAL DO PROJETO



FONTE: RSH+P (2017)

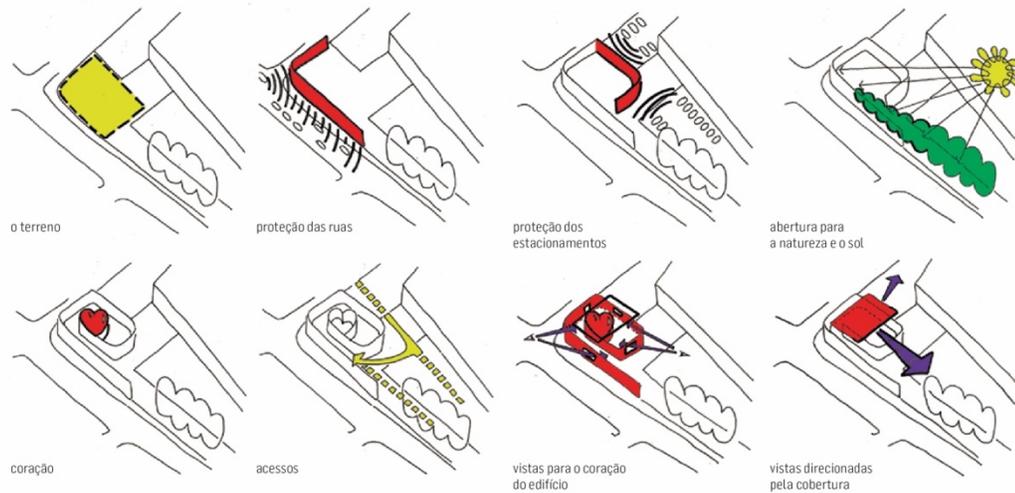
FIGURA 26 – IMPLANTAÇÃO



FONTE: GOOGLE EARTH (2011) – EDITADA PELO AUTOR (2017)

O entorno apresenta um contraste marcante entre a tipologia residencial inglesa – materializada essencialmente pelo uso do tijolo aparente – e o moderno edifício do hospital, com suas linhas retas e fachadas envidraçadas. Apesar da localização, inicialmente desfavorável ao programa, o projeto tira partido do entorno para a construção de sua volumetria como exposto na figura a seguir.

FIGURA 27 – DIAGRAMA DA CONCEPÇÃO DO PROJETO



FONTE: RSH+P (2017) – EDITADA PELO AUTOR (2017)

FIGURA 28 – ENTORNO IMEDIATO – A ESQUERDA: A RESIDÊNCIA LOCALIZADA EM FRENTE AO EDIFÍCIO; A DIREITA: O HOSPITAL CHARING CROSS



FONTE: GOOGLE STREET VIEW (2017) – EDITADO PELO AUTOR (2017).

Segundo os arquitetos, o edifício é constituído por quatro elementos principais: a parede envoltória, que protege o edifício de seu entorno urbano; a cozinha, o “coração” do edifício, localizada no centro do projeto; os espaços anexos localizados ao redor deste “coração”; e a cobertura “flutuante” que confere unidade ao programa ao mesmo tempo que provê iluminação natural aos ambientes (RSH+P, 2017).

FIGURA 29– VISTA SUPERIOR DO CONJUNTO EXPLÍCITA O PARTIDO E A COMPOSIÇÃO VOLUMÉTRICA DO EDIFÍCIO



FONTE: RSH+P (2017).

A envoltória é, sem dúvidas, o principal componente do partido arquitetônico adotado. Sua forma protege e isola os espaços internos de visuais externas e também de distúrbios sonoros provenientes das movimentadas ruas circundantes. Este elemento cria também uma segunda pele ao edifício, possibilitando a existência de pequenos jardins ao redor dos espaços, criando uma camada transitória entre o interior e o exterior. Sua principal característica, a cor avermelhada, é talvez uma das principais decisões quanto a materialidade do projeto, e permanece sem uma justificativa exata – existem

algumas teorias a respeito, todas relevantes para a análise. Uma delas cita uma possível referência ao entorno imediato, extraindo a cor avermelhada do tijolo aparente da residência em frente ao terreno. Outra teoria, sugere a opção pelo tom como uma referência a cultura asiática, especialmente os jardins chineses, que Maggie adorava. Outros citam o aspecto sensorial da cor, energizante e otimista. E por fim, menciona-se também, um desejo de colocar o edifício em evidência, de não o esconder perante a cidade, materializando uma sutil mensagem de coragem aos pacientes com câncer.

FIGURA 30 – VISTA FRONTAL DO CENTRO – ACESSO ATRAVÉS DE UM JARDIM; CONTRASTE DE PLANOS E CORES; COBERTURA “POUSA” SOBRE O EDIFÍCIO



FONTE: RSH+P (2017)

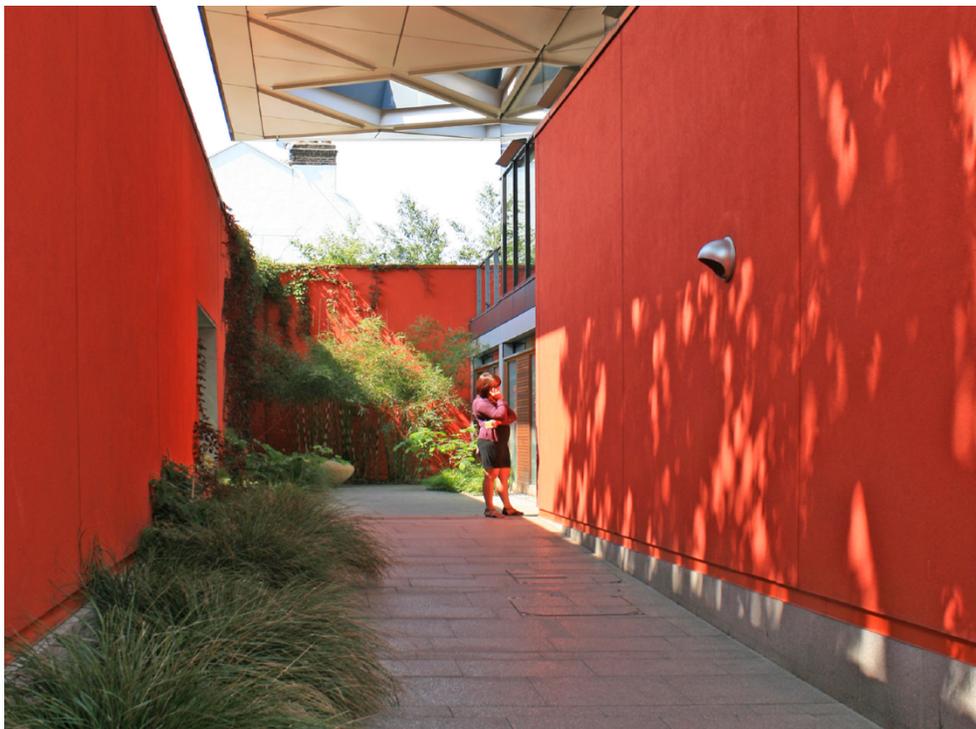
A chegada ao edifício se dá por meio de um jardim, criado em meio aos estacionamentos, que adentra o edifício ao mesmo tempo que direciona o usuário para a entrada do centro protegida pela grande envoltória avermelhada.

FIGURA 31 – ENQUADRAMENTO MARCADOS POR ABERTURAS ESTRATÉGICAS AO LONGO DA ENVOLTÓRIA



FONTE: RSH+P (2017)

FIGURA 32 – CORREDOR DE ACESSO AO CENTRO É MARCADO PELA COR VERMELHA DAS PAREDES LATERAIS E OS JARDINS QUE SE ESTENDEM DESDE OS ESTACIONAMENTOS



FONTE: RSH+P (2017)

O interior possui um caráter essencialmente doméstico, organizando os espaços ao redor da cozinha. A divisão dos espaços se dá, em grande parte, através do próprio mobiliário, transformando paredes em estantes, dando uma maior profundidade aos espaços. Importante notar também, que as divisórias entre diferentes ambientes são sempre ligeiramente rebaixadas em relação a laje, de modo que nunca um ambiente encontre-se completamente isolado dentro do edifício – a relação visual direta é controlada, mas a relação espacial é mantida.

FIGURA 33 – PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO TÉRREO



FONTE: RSH+P (2017) – EDITADA PELO AUTOR (2017)

FIGURA 34 – ESPAÇOS INTERNOS DA UNIDADE – DESTAQUE PARA AS DIVISÓRIAS NA FORMA DE ESTANTES E A SOLTURA DAS MESMAS EM RELAÇÃO A LAJE



FONTE: MAGGIE'S CENTRE (2017)

FIGURA 35 – ABERTURA E INTEGRAÇÃO COM A NATUREZA ATRAVÉS DA PRESENÇA DE PEQUENOS PÁTIOS DENTRO DO VOLUME PRINCIPAL



FONTE: RSH+P (2017)

Outro ponto de destaque do partido é a presença de pátios internos ajardinados espalhados pelo edifício, criando pequenos recantos de natureza e espaços abertos ao ar livre dentro do próprio volume da edificação.

FIGURA 36 – LUZ, SOMBRA E INTEGRAÇÃO DOS ESPAÇOS NO PÁTIO PRINCIPAL



FONTE: MAGGIE'S CENTRE (2017)

Os arquitetos afirmam que os materiais escolhidos para o interior, concreto e madeira, ainda que pareçam materiais industriais, foram trabalhados de forma primorosa, com alto grau de acabamento e de atenção aos detalhes. A ideia: materiais “duros”, em oposição a ideia de conforto através da maciez, porém ricos em textura, densidade e personalidade (RSH+P, 2017).

FIGURA 37 – CONEXÃO VISUAL ENTRE OS ESPAÇOS E A RELAÇÃO SÚTIL ENTRE OS AMBIENTES SEPARADOS POR ESTANTES



FONTE: MAGGIE'S CENTRE (2017)

FIGURA 38 – MATERIALIDADE SIMPLES E TONS PASTÉIS NA SALA DE ESTAR



FONTE: MAGGIE'S CENTRE (2017)

No pavimento superior, caracterizado como um mezanino, localizam-se os escritórios e uma segunda sala de estar de caráter mais privativo. Esses ambientes são separados por divisórias baixas, permitindo a conexão visual entre eles, e também a conexão visual com o pavimento térreo. A cobertura, marcada por suas aberturas zenitais triangulares, proporciona iluminação natural a todos os ambientes.

FIGURA 39 – PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO SUPERIOR



FONTE: RSH+P (2017) – EDITADA PELO AUTOR (2017)

FIGURA 40 – A INTEGRAÇÃO INDIRETA ENTRE OS PAVIMENTOS E SEUS AMBIENTES –  
PÉ-DIREITO DUPLO AMPLIA O ESPAÇO E ARTICULA OS AMBIENTES



FONTE: RSH+P (2017)

### 3.3 MAGGIE'S CENTRE MANCHESTER / FOSTER + PARTNERS

O *Maggie's Centre Manchester* é atualmente a última unidade inaugurada da rede e está implantada nos arredores do The Christie Hospital na cidade de Manchester na Inglaterra. O hospital é tido como um dos principais expoentes no tratamento do câncer do mundo. O terreno escolhido localiza-se entre um estacionamento e o também recém-inaugurado centro de pesquisa em câncer do hospital.

FIGURA 41 – VISÃO GERAL DO PROJETO



FONTE: FOSTER + PARTNERS (2017)

O projeto apresenta outra nova leitura sobre o programa e se destaca, entre outros motivos, pela sua autoria. Sir Norman Foster, arquiteto que lidera o escritório Foster + Partners - um dos principais escritórios do mundo - passou pela experiência do tratamento da doença, e compartilhando das mesmas crenças que Maggie, resolveu dar sua contribuição para a entidade, projetando o primeiro centro localizado na cidade onde cresceu. A unidade de Manchester é, atualmente, a maior unidade da rede, com 500 m<sup>2</sup> de área construída, e 1.500 m<sup>2</sup> de área total.

FIGURA 42 – IMPLANTAÇÃO DO PROJETO



FONTE: GOOGLE EARTH (2011) – EDITADA PELO AUTOR (2017)

FIGURA 43 – APESAR DA ESTRUTURA MARCANTE, A FACHADA DO CENTRO PERMANECE DOMICILIAR, EM ACORDO COM O ENTORNO RESIDENCIAL



FONTE: THE ARCHITECTURE REVIEW (2016)

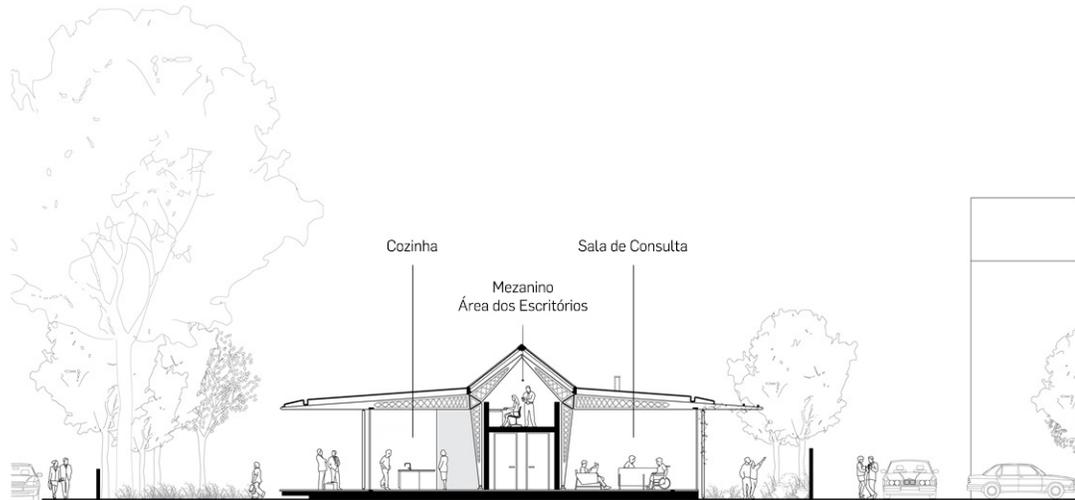
FIGURA 44 – A ENTRADA, UMA CONTINUAÇÃO NATURAL DA CALÇADA, ATRAVESSA O JARDIM QUE CIRCUNDA O EDIFÍCIO: UMA RECEPÇÃO COM FLORES E ARBUSTOS



FONTE: THE ARCHITECTURE REVIEW (2017)

O edifício se organiza através de um partido em pavilhão térreo, que se materializa através de uma estrutura aparente de 17 pórticos de madeira laminada colada, que não só compõe o sistema construtivo do edifício, mas que também organizam e delimitam, de forma suave, os espaços internos e externos do edifício. No interior, ao centro, os pórticos se levantam, criando uma área de mezanino central, onde se localizam os espaços de trabalho da unidade. A área, apesar de estar em um nível acima dos demais espaços do centro mantém uma relação visual discreta com os espaços, e é amplamente iluminada por aberturas zenitais triangulares da cobertura. Já no exterior, a estrutura se alonga para além das paredes externas, criando uma agradável varanda para os espaços externos, possibilitando que, mesmo em dias chuvosos, os usuários ainda consigam vivenciar os jardins (FOSTER AND PARTNERS, 2017).

FIGURA 45 – CORTE TRANVERSAL DO EDIFÍCIO: A ESTRUTURA COMO ARTICULADORA DOS ESPAÇOS



FONTE: FOSTER + PARTNERS (2017)

FIGURA 46 – DETALHE DA ESTRUTURA DE PÓRTICOS EM MADEIRA LAMINADA COLADA QUE CARACTERIZAM O PROJETO

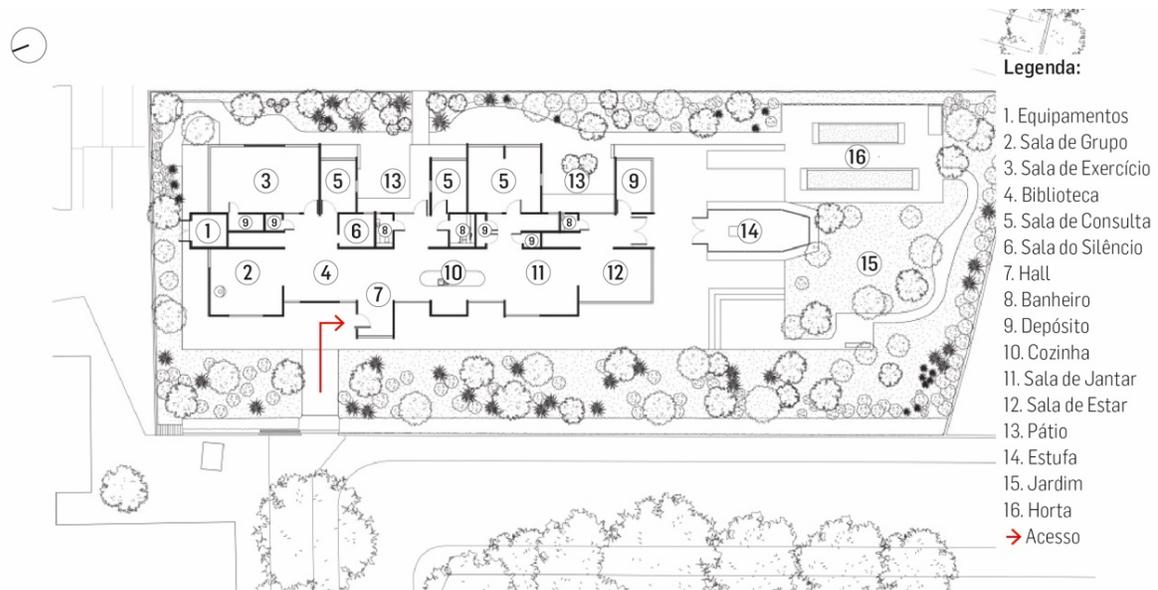


FONTE: FOSTER + PARTNERS (2017)

A escolha por uma estrutura de madeira buscou resgatar a referência dos antigos chalés rurais de madeira, uma memória sensorial presente na cultura europeia. Segundo o arquiteto, essa escolha visa também, uma conexão sutil entre a estrutura do edifício com os jardins que circundam o espaço (FOSTER+PARTNERS, 2017)

Os espaços do centro se organizam de maneira estruturada, através do sistema espaço servido – espaço servidor. Uma planta simples, bem setorizada e de fácil leitura para os usuários.

FIGURA 47 – PLANTA BAIXA DO PAVIMENTO TÉRREO



FONTE: FOSTER + PARTNERS (2017) – EDITADA PELO AUTOR (2017)

Ao centro, sob o mezanino, locam-se os espaços estruturais de depósitos e banheiros, além de uma pequena e reclusa sala para reflexões individuais. A leste, os espaços terapêuticos, como a sala de exercícios e as salas de consultas, que contam com jardins privativos, internos ao volume que ampliam e amenizam esses espaços de vulnerabilidade.

FIGURA 48 – A ESQUERDA, O MEZANINO CRIADO A PARTIR DA ARTICULAÇÃO DA ESTRUTURA;  
A DIREITA, UM DOS PÁTIOS INTERNOS AO VOLUME DA EDIFICAÇÃO



FONTE: THE ARCHITECTURE REVIEW (2017)

FIGURA 49 – TRANSPARÊNCIAS, LUZ E TEXTURA – PRIVACIDADE E CONFORTO NOS  
AMBIENTES DE CONSULTA



FONTE: THE ARCHITECTURE REVIEW (2017)

A oeste, os espaços de acolhimento e socialização da unidade, organizados de forma linear e contínua, como em um grande salão familiar. E por fim, ao sul do edifício, após a varanda, apresenta-se uma generosa estufa, envolta pelo jardim e pela horta do centro, descrita pelo arquiteto como um espaço de celebração da luz e da natureza. A flexibilidade do espaço se dá através do desenho de uma mesa corrediça, permitindo que o espaço se transforme para atividades diversas.

Todo o projeto fez uso de uma paleta de cores e materiais quentes, leves e de propriedades sensoriais relevantes. As paredes brancas foram utilizadas para expor quadros doados por artistas que coloreem os ambientes juntamente com suas peças de mobiliário, seus carpetes e seus usuários. O vidro se faz presente ao longo de todo o corpo do edifício, permitindo uma ampla iluminação natural e a conexão visual entre o interior e o exterior.

FIGURA 50 – SALÃO PRINCIPAL DO EDIFÍCIO UNE TODOS OS ESPAÇOS SOCIAIS DA CASA, AO MESMO TEMPO QUE OS PÓRTICOS OS SEPARAM DE MODO SÚTIL



FONTE: THE ARCHITECTURE REVIEW (2017)

FIGURA 51 – A ESTUFA SE APRESENTA COMO UM ESPAÇO DE CELEBRAÇÃO DA LUZ E DA NATUREZA, UM ESPAÇO CÊNICO



FONTE: FOSTER + PARTNERS (2017)

FIGURA 52 – A ESTUFA É RODEADA POR UM JARDIM SENSORIAL E POR UMA PEQUENA HORTA UTILIZADA PELO CENTRO PARA AULAS PRÁTICAS E O CULTIVO TERAPÊUTICO



FONTE: THE ARCHITECTURE REVIEW (2017)

### 3.4 ANÁLISE COMPARATIVA

A partir da seleção, coleta, descrição e análise dos estudos de correlatos apresentados observa-se a recorrência de algumas estratégias no projeto arquitetônico das mesmas. A atenção a luz, a relação interior/exterior e ao paisagismo, marcam fortemente os partidos adotados para os projetos. Mesmo que através de diferentes propostas espaciais, observa-se um consenso da importância da relação do homem com a natureza.

Como efeito comparativo, apresenta-se uma tabela com os principais dados dos projetos analisados. Esta tabela aborda os seguintes itens: Local, Ano da Construção, Escala (Área); Situação; Entorno; Características Principais.

TABELA 1 – QUADRO COMPARATIVO GERAL

(CONTINUA)

	LOCAL/ DATA	AUTOR	ESCALA (m <sup>2</sup> )	SITUAÇÃO/ ENTORNO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
<b>Hospital Sarah Kubistchek</b>	Salvador, Brasil – 1994	João Filgueira Lima (Lelé)	Área Construída: 27.000 m <sup>2</sup>  Área do Terreno: 128.000 m <sup>2</sup>	Isolado – Entorno marcado pela presença de um grande shopping e rápidas avenidas	- Atenção ao conforto térmico;  - Exploração das relações entre interior e exterior;  - Parceria com Athos Bulcão.
<b>Maggie's Centre West London</b>	Londres, Inglaterra – 2008	Rogers Stirk Harbour + Partners	Área Construída: 370 m <sup>2</sup>  Área do Terreno: 450 m <sup>2</sup>	Consolidado – Entorno residencial, de baixo gabarito, porém com a presença massiva e imediata do hospital ao lado	- Controle do entorno imediato;  - Partido fechado: o edifício volta-se para si mesmo;  - Jardins internos;  - Mobiliário como delimitador de ambientes;  - Uso do mezanino como espaço de escritório.

(CONCLUSÃO)

	LOCAL/ DATA	AUTOR	ESCALA (m <sup>2</sup> )	SITUAÇÃO/ ENTORNO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS
<b>Maggie's Centre Manchester</b>	Manchester, Inglaterra – 2016	Foster + Partners	Área Construída: 500 m <sup>2</sup>  Área do Terreno: 1500 m <sup>2</sup>	Consolidado – Entorno residencial e de baixo gabarito	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso da estrutura como articulador do partido;</li> <li>- Partido aberto: integração entre interior e exterior;</li> <li>- Jardins circundando o edifício;</li> <li>- Racionalização na distribuição dos ambientes.</li> <li>- Uso do mezanino como espaço de escritório.</li> </ul>

FONTE: AUTOR (2017)

## 4 INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE

### 4.1 BREVE RELATO SOBRE A SAÚDE NO BRASIL

A história formal do atendimento a saúde no Brasil, se inicia em 1543 com a inauguração da primeira Santa Casa de Misericórdia de Santos, no litoral de São Paulo. O atendimento médico na época se tratava de um privilégio de poucos, concentrado nas Santas Casas e em atendimentos domiciliares. Somente no início do século XIX, com a vinda da família real para o Brasil, foram abertos os primeiros cursos de medicina no país, em Salvador (em fevereiro de 1808) e no Rio de Janeiro (em março de 1808), iniciando a formação profissional dos médicos brasileiros. Nesta época, iniciativas do Estado sobre direitos sociais, incluindo a saúde, eram raríssimas (BITENCOURT E COSTEIRA, 2014; FINKELMAN, 2002).

Ainda segundo os autores, foi apenas no início do século XX que surgiram as primeiras iniciativas para o controle de doenças endêmicas e epidêmicas no Brasil, no chamado *período campanhista*, liderado por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, dois importantes médicos sanitaristas brasileiros. Até que em 1923, através da Lei Eloy Chaves, que se iniciou a regulamentação de direitos a saúde e a previdência, com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), um modelo de seguro-social que cobria também a assistência médica para trabalhadores da economia urbana formal, uma abrangência evidentemente limitada. De acordo com BITENCOURT E COSTEIRA, 2014) é neste momento que começam a surgir um maior número de hospitais, clínicas e médicos, formando a base do mercado privado de saúde no país.

Já no período do Estado Novo da Era Vargas (1930-1945), foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que além da seguridade social, ofereciam assistência médica aos segurados, iniciando um longo processo de expansão da rede de serviços ambulatoriais e hospitalares. A partir da década de 1940, organizaram-se outras iniciativas na saúde pública brasileira, consolidadas com a criação do Ministério da Saúde em 1953. Uma delas foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942,

que desenvolvia e organizava ações de saneamento básico e assistência a saúde em comunidades rurais da Amazônia e da região onde atuava a Companhia Vale do Rio Doce – Minas Gerais e Espírito Santo (BITENCOURT E COSTEIRA, 2014).

Na década de 1960, com a ditadura militar, os IAPs são fundidos na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (Inps), posteriormente Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), um modelo centralizador, focado na figura do poder público federal, baseado em princípios curativistas, tecnicistas e com custos crescentes, que acabaram por determinar as primeiras crises de recursos para a saúde (FINKELMAN, 2002).

Nesta época, ocorre também um grande avanço da rede privada de saúde, como consequência das políticas militares, da urbanização, e da industrialização. Com a chegada de empresas multinacionais e a implantação de grandes empresas estatais, passaram a ser oferecidos serviços de assistência médica e saúde, com o surgimento dos primeiros planos de saúde e das cooperativas médicas (BITENCOURT E COSTEIRA, 2014; FINKELMAN, 2002).

Foi então, que a partir da década de 1970, começou a ser concebido o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em demandas sociais e políticas de reorganização da sociedade civil do período pós-ditadura (FINKELMAN, 2002). Nesse período, ocorreram importantes eventos para a formação das bases do SUS, como a Conferência da Alma-Ata da OMS em 1976, apresentando um novo conceito de saúde, a 1ª Conferência de Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986, fortalecendo o conceito de saúde como direito fundamental. A nível nacional, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde também em 1986, antecedendo a instalação da Assembléia Nacional Constituinte de 1987-1988. Em 1988, com promulgação da Constituição Federal de 1988, nasce oficialmente o SUS, um sistema público de saúde, com acesso universal e gratuito, a partir do entendimento da saúde como “um direito de todos e dever do Estado...” (BRASIL, 1988, Art. 196).

O SUS é orientado a partir de três princípios doutrinários: a universalidade, a equidade, e a integralidade. Estes princípios dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e consolidam o conceito ampliado de saúde e o

princípio de direito a saúde exposto da Constituição de 1988. A integralidade rege a prática da saúde e defende que toda pessoa é um todo indivisível – um ser integral, bio-psico-social (RONCALLI, 2003) – e integrante de uma comunidade. A equidade trata da igualdade de acesso ao serviço público de saúde. A universalidade, defende a saúde como um direito ampliado de cidadania a todos, afirmando que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido de forma humanizada, respeitando-se suas necessidades, diversidades ético-raciais, culturais, sociais, territoriais e religiosas (MENDES & VASCONCELLOS, 2015).

O SUS beneficia hoje, cerca de 180 milhões de brasileiros, realizando desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade como o transplante de órgãos. Paralelamente a realização destes procedimentos, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária, como a fiscalização de alimentos e o registro de medicamentos (FIOCRUZ, 2017). Desde a sua criação, a entidade enfrenta diversos desafios para a sua consolidação, desde problemas de ordem política, como a mudança de gestões, avanços e recuos relacionados ao financiamento, até problemas de ordem sociais, econômicas e geográficas, como mudanças demográficas, epidemiológicas e questões de acesso a saneamento básico (BITENCOURT E COSTEIRA, 2014).

Infelizmente, o que se observa é uma marcante divisão entre as esferas de saúde pública e privadas no Brasil, com nítidas diferenciações de clientela e especialização de serviços. O SUS sofre com a burocratização, o sucateamento de sua estrutura e o inchamento de seu público em filas intermináveis; enquanto isso, a esfera privada, geralmente, oferece serviços em melhores condições. Essa divisão fica ainda mais evidente em casos de alto grau de complexidade ou de especialização técnica e tecnológica, o que acaba por caracterizar a saúde ainda como um privilégio.

Um novo desafio que se apresenta, é o envelhecimento relativo da população brasileira e o conseqüente crescimento no número de pacientes portadores de doenças crônicas. Ironicamente, esse aumento é também reflexo do desenvolvimento do país, do avanço técnico científico na área da saúde, e do acesso ao serviço de saúde com

perspectivas cada vez mais otimistas de sobrevivência dos pacientes. Neste contexto, o câncer é, sem dúvidas, uma das principais questões em evidência.

#### 4.2 O TRATAMENTO DE CÂNCER NO BRASIL

A atenção ao câncer no Brasil surge pela primeira vez em 1920, quando Carlos Chagas, no governo Epitácio Pessoa, inclui propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira. Na prática, sua principal consequência foi a adição de uma rubrica específica para o câncer nos impressos de óbito distribuídos em inspetorias, delegacias de saúde e farmácias. Tal prática fundamentou o primeiro plano anticâncer brasileiro, apresentado pelo obstetra Fernando Magalhães no Primeiro Congresso Nacional dos Práticos em setembro de 1922. Seu trabalho, embora de cunho preliminar, devido a precariedade das informações coletadas, foi pioneiro na constatação da relação entre o câncer e substâncias como alcatrão, resinas, parafinas e anilinas em operários. O congresso definiu o câncer como um “mal universal”, um dos desafios a serem enfrentados pela agenda republicana, e ainda o entendimento da doença como um problema de saúde pública, além da área médica (INCA, 2006).

De acordo com o INCA (2006), paralelamente, a iniciativa privada começava a importar novas tecnologias para o combate a doença, como o raio-X, e a eletrocirurgia, iniciando um processo de mudança do paradigma da doença de “incurável” para “recuperável”. Coube a iniciativa privada também, a fundação do primeiro centro destinado à luta contra o câncer no país, o Instituto de Radium, em Belo Horizonte no ano de 1922.

Foi somente em 1937, no Governo Provisório, que Getúlio Vargas assinou o decreto-lei nº 378, criando o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, embrião do Instituto Nacional de Câncer (INCA), criado no ano seguinte pelo próprio Getúlio Vargas, já no Estado Novo (INCA, 2006).

Já em 1941, o projeto anticâncer passou a assumir um caráter nacional com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), destinado a organizar, orientar e controlar

a campanha de câncer em todo o país. Porém, foi a partir de 1951, com a mudança de enfoque do tratamento para a prevenção, que as políticas de câncer ganharam visibilidade entre a população e os legisladores, garantindo maiores recursos para a campanha anticâncer. Em 1957, Juscelino Kubitschek inaugurou o Hospital Instituto Central, sede do SNC no Rio de Janeiro. O fato marca o início de um período de grande desenvolvimento do entendimento da doença e de seus fatores de risco no contexto nacional, atingindo reconhecimento internacional da União Internacional do Controle do Câncer (UICC). Esse desenvolvimento culminou na criação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer em dezembro de 1967 (INCA, 2006).

FIGURA 53 – HOSPITAL DO CÂNCER I, A SEDE DO INCA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/RJ



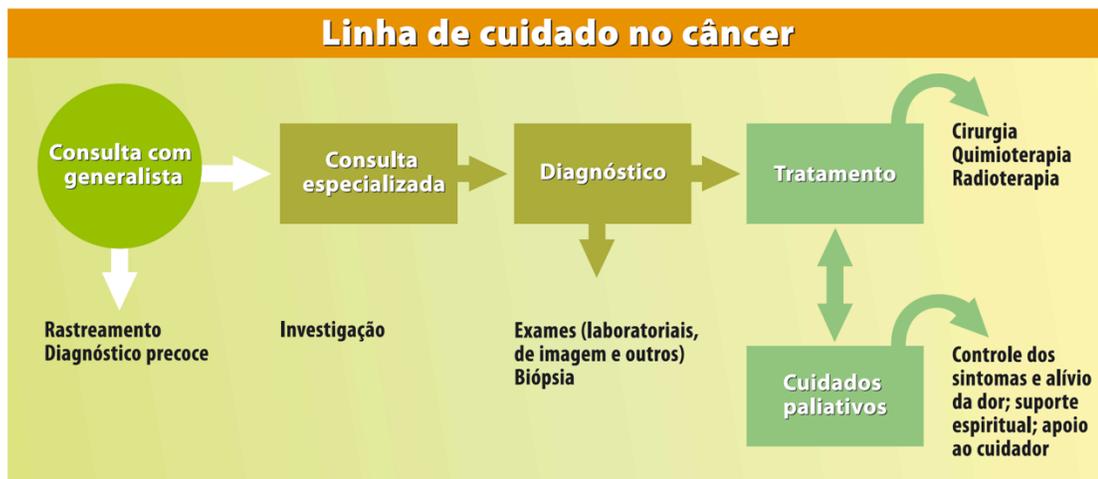
FONTE: FONTE: INCA (2006)

Porém, segundo a instituição, pouco tempo depois, no fim da mesma década, renasceram os conceitos da medicina liberal que entendiam o câncer como um problema individual; com isso, na década de 1970 se iniciou o processo de declínio do INCA e foi extinta a SNC. Sendo assim, formou-se um mercado fértil para o crescimento do mercado privado de tratamento do câncer.

A política pública de atenção ao câncer só veio a renascer no fim da década de 1980 com a nova Constituição Brasileira, a criação do SUS, e a regulamentação do INCA como agente diretivo na política nacional de controle de câncer no Brasil (INCA, 2006).

Atualmente, existem diversas linhas de cuidado relacionadas ao câncer, como estratégias de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Existem ainda, ações complementares, como a educação e comunicação em saúde, vigilância do câncer e de seus fatores de risco, além da pesquisa básica e aplicada.

FIGURA 54 – LINHA DE CUIDADO NO CÂNCER PROPOSTA PELO INCA



FONTE: INCA (2006)

A linha de cuidado no câncer proposto pelo INCA na figura acima, representa um modelo assistencial integral, que tem por objetivo organizar e articular os recursos nos diferentes níveis de atenção. O instituto prega que:

“as pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua historia de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida” (INCA, 2006, p.93)

FIGURA 55 – FUNDAMENTOS DO OLHAR INTEGRAL SOBRE O SUJEITO PROPOSTO PELO INCA



FONTE: INCA (2006)

Fica claro, portanto, que os tratamentos paliativos discutidos anteriormente, estão inseridos no entendimento e na política de tratamento do câncer proposta pelo INCA. Porém, de acordo com DARONCO *et al.* (2014) a implementação e a organização dos tratamentos paliativos dentro do sistema público de saúde brasileiro ainda carecem de mecanismos mais eficazes para o desenvolvimento desta modalidade. Na prática, o modelo biomédico ainda prevalece sobre os cuidado psicológico-espiritual.

A discussão sobre o tema ainda é recente no Brasil, mas vem ganhando densidade desde 2005, quando o tratamento paliativo foi incorporado a Política Nacional de Atenção Oncológica, reeditada em 2013 dentro do Plano Estratégico de Controle e Prevenção de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (MENDES & VASCONCELLOS, 2015). De acordo com a FUNDAÇÃO DO CÂNCER (2014) estima-se que cerca de 650 mil pessoas recorrem aos tratamentos paliativos anualmente, sendo que 80% destes são pacientes com câncer. Sendo assim, para MENDES & VASCONCELLOS (2015) a prática de tratamentos paliativos tende a crescer.

### 4.3 OS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Estabelecimento Assistenciais de Saúde (EAS) são estabelecimentos que prestam serviço de saúde com um mínimo de técnica apropriada, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para o atendimento rotineiro à população. Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017), existem hoje, regulamentados, 22 tipos de EAS. São eles:

1. **Posto de Saúde:** unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.
2. **Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde:** unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT (Sistema Auxiliar Diagnóstico e Terapia) e Pronto Atendimento 24 Horas.
3. **Policlínica:** unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT (Sistema Auxiliar Diagnóstico e Terapia) e Pronto Atendimento 24 Horas.
4. **Hospital Geral:** hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT (Sistema Auxiliar Diagnóstico e Terapia) de média complexidade.
5. **Hospital Especializado:** hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT (Sistema Auxiliar Diagnóstico e Terapia). Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.

6. **Unidade Mista:** unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT (Sistema Auxiliar Diagnóstico e Terapia) básico ou de rotina.
7. **Pronto Socorro Geral:** unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação.
8. **Pronto Socorro Especializado:** unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato.
9. **Consultório Isolado:** sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.
10. **Unidade Móvel Fluvial:** barco/navio equipado como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico.
11. **Clínica Especializada / Ambulatório Especializado:** clínica especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência (Centro Psicossocial/Reabilitação etc.).
12. **Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia:** unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.
13. **Unidade Móvel Terrestre:** veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente.
14. **Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência e Emergência:** veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde.

15. **Farmácia:** estabelecimento de saúde isolado em que é feita a dispensação de medicamentos básicos/essenciais (Programa Farmácia Popular) ou medicamentos excepcionais / alto custo previstos na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
16. **Unidade de Vigilância em Saúde:** é o estabelecimento isolado que realiza trabalho de campo a partir de casos notificados e seus contatos, tendo como objetivos: identificar fontes e modo de transmissão; grupos expostos a maior risco; fatores determinantes; confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas, orientando medidas de prevenção e controle a fim de impedir a ocorrência de novos eventos e/ou o estabelecimento de saúde isolado responsável pela execução de um conjunto de ações, capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
17. **Cooperativa:** unidade administrativa que disponibiliza seus profissionais cooperados para prestarem atendimento em estabelecimento de saúde.
18. **Centro de Parto Normal Isolado:** unidade intra-hospitalar ou isolada, especializada no atendimento da mulher no período gravídico puerperal (pós-parto).
19. **Hospital/Dia - Isolado:** unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.
20. **Central de Regulação de Serviços de Saúde:** É a unidade responsável pela avaliação, processamento e agendamento das solicitações de atendimento, garantindo o acesso dos usuários do SUS, mediante um planejamento de referência e contra referência.
21. **Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN:** estabelecimento de Saúde que integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, em conformidade com normalização vigente.

22. **Secretaria de Saúde:** unidade gerencial/administrativa e/ ou que dispõe de serviços de saúde, como vigilância em Saúde (Vigilância epidemiológica e ambiental; vigilância sanitária), Regulação de Serviços de Saúde

Percebe-se, portanto, a ausência da regulamentação de unidades exclusivamente voltadas para os tratamentos paliativos – talvez uma das dificuldades encontradas pela modalidade para seu desenvolvimento e consolidação. Em termos arquitetônicos, a ausência desta tipologia significa inserir este programa dentro de programas hospitalares mais complexos, sujeitos a regulamentações e normatizações mais restritas que acabam por caracterizar a ambiência do hospital-tecnológico.

Embora exista, hoje, uma linha de humanização dos ambientes hospitalares, essa estratégia muitas vezes se desenvolve apenas no campo de ações pontuais, como na promoção de pequenos eventos nos hospitais e no incentivo a uma relação médico-paciente mais humanizada. No Brasil, diferentemente de outros lugares no mundo onde novos projetos hospitalares começam a incorporar a humanização desde a sua concepção, a importância da arquitetura nesta discussão ainda é ignorada, e certamente sentida.

#### 4.4 O TRATAMENTO DE CÂNCER NO HC-UFPR / CURITIBA

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), foi inaugurado em 1961 após 12 anos de construção, localizado no bairro do Alto da Glória, região central de Curitiba. Trata-se do maior hospital público do Paraná, atendendo 59 especialidades, contando com 574 leitos, e aproximadamente 63 mil m<sup>2</sup> de área construída, por onde circulam cerca 11 mil pessoas diariamente. O HC é um dos 49 hospitais federais do país – totalmente financiado pelo SUS – que se dedica exclusivamente ao atendimento de média e alta complexidade de forma gratuita. Mensalmente, são atendidos, em média, 61 mil pacientes provenientes principalmente de Curitiba e de sua região metropolitana, mas atraindo também pacientes de todo o Paraná e outros estados (HC/UFPR, 2016).

A instituição nasceu com o objetivo de ser um local de aprendizado prático para os estudantes do curso de Medicina da UFPR, e ao mesmo tempo oferecer assistência hospitalar acreditada à comunidade. Segundo a própria instituição, a visão do HC é ser um hospital de ensino da UFPR, referência em qualidade de ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da saúde. O hospital faz parte hoje do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde, o que tem ajudado a identificar e a valorizar ações já desenvolvidas e reconhecidas como ações humanizadoras (HC-UFPR, 2017).

FIGURA 56 – EDIFÍCIO PRINCIPAL DO HC-UFPR LOCALIZADO NO ALTO NA GLÓRIA EM CURITIBA/PR



FONTE: WIKIPEDIA (2017)

Dentre outras áreas, desde 1978, o HC é reconhecido por sua atuação pioneira no tratamento do câncer, especialmente no que diz respeito ao transplante de medula óssea (TMO), sendo uma das principais instituições referência na modalidade a nível mundial. Em 2010, foi constituída a UTOH – Unidade de TMO, Oncologia e Hematologia

– com o objetivo de prestar assistência acreditada e humanizada ao paciente hematológico, oncológico e tratamento hemoterápico aos pacientes do HC. A unidade conta com aproximadamente 245 profissionais, das diversas áreas que atua, e é vista como uma das áreas de maior visibilidade do hospital (HC-UFPR, 2013).

Recentemente, em acordo com o projeto de humanização do HC, o setor tem testado novos projetos que visam tornar o ambiente hospitalar mais ameno para os pacientes. Algumas iniciativas como o “Varal da Alegria” – um varal preso a parede para a doação de lenços – aulas de yoga semanais e serviços estéticos como cortes de cabelo, perucas e manicure.

FIGURA 57 – PACIENTES REALIZAM YOGA SEMANALMENTE NO CHAMADO “ESPAÇO DO PACIENTE” LOCALIZADO NO 4<sup>o</sup> ANDAR DO ANEXO H DO HC



FONTE: HC-UFPR (2017)

FIGURA 58 – EVENTUALMENTE TAMBÉM SÃO OFERECIDOS SERVIÇOS ESTÉTICOS AOS PACIENTES, COMO O CORTE DE CABELO E O MANEJO DE PERUCAS



FONTE: HC-UFPR (2017)

Outro ponto a ser destacado no atendimento, é a parceria existente entre o HC e a APACN (Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia), a primeira entre uma instituição sem fins lucrativos e de utilidade pública federal, estadual e municipal com uma universidade pública. A APACN é a primeira Casa de Apoio do Brasil, fundada em 1983 para atender crianças e adolescentes carentes com câncer e seus acompanhantes, que chegam para tratar a doença em Curitiba. A parceria entre as instituições foi consolidada em 1988 com a criação do Ambulatório Menino Jesus de Praga, localizado estrategicamente nas imediações do hospital. No ambulatório são realizados tratamentos que não necessitam de internação, como pré-consultas, consultas, sessões de quimioterapia e medicações. Além disso, a unidade conta também com apoio pedagógico, atendimentos de psicologia e serviço social (APACN, 2017). A principal característica do espaço é o seu contraste com o ambiente hospitalar, visando oferecer um atendimento mais humanizado para as crianças e adolescentes.

FIGURA 59 – SEDE DO AMBULATÓRIO MENINO JESUS DE PRAGA LOCALIZADO A 250 METROS DO HC



FONTE: APACN (2017)

Sendo assim, fica clara a necessidade e, talvez, o desejo do HC de oferecer espaços e iniciativas mais condizentes com as novas perspectivas de humanização do atendimento médico-hospitalar. As variadas atividades propostas no corredor do 4º andar do bloco H, certamente fariam bom uso de um espaço mais generoso, flexível, acolhedor e convidativo. Talvez a parceria do hospital com a APACN no Ambulatório Menino Jesus de Praga indique um caminho: uma edificação localizada próxima ao hospital, capaz de apresentar um ambiente de completo contraste com a realidade do hospital modernista, um espaço hospitalareiro e acolhedor.

## 5 DIRETRIZES GERAIS DE PROJETO

No presente capítulo são apresentados o terreno, as condicionantes urbanísticas legais, e o programa proposto para a edificação a ser projetada. Define-se também, o público-alvo do programa, de modo a iniciar uma reflexão sobre o projeto. Para isso, inicia-se também uma reflexão quanto a atmosfera a ser projetada, definindo condicionantes e diretrizes projetuais para o tema, seguindo os princípios de humanização discutidos anteriormente, e claro, a proposta dos Centros Maggie.

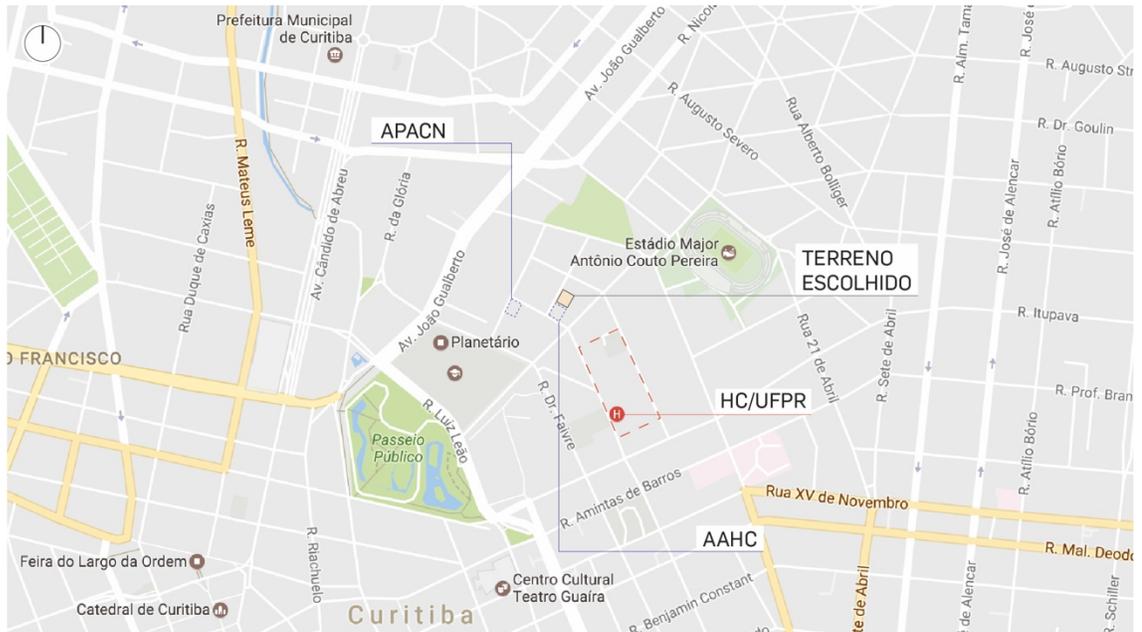
### 5.1 O TERRENO

Para a escolha do terreno, foram adotados os seguintes critérios: em primeiro lugar, a proximidade do lote junto a um hospital que ofereça tratamento de câncer; em segundo, a facilidade de acesso ao lote, de modo que o equipamento proposta possa servir um maior número de usuários, independentemente de sua relação com o hospital escolhido; em terceiro, um lote de tamanho suficiente para se acomodar uma edificação térrea de aproximadamente 380 m<sup>2</sup>, e ainda amplo espaço para um jardim sensorial, como parte contínua do projeto.

Sendo assim, o terreno escolhido está situado na Rua Gottlieb Müller, entre as ruas General Carneiro e Padre Camargo, no bairro do Alto da Glória, em Curitiba/PR. O terreno encontra-se a aproximadamente 300 metros do Hospital de Clínicas da UFPR, um hospital de ensino, público, e gratuito, voltando para o atendimento do SUS e a formação de novos profissionais. Portanto, trata-se de um lote de fácil acesso para os pacientes do hospital – aproximadamente 5 minutos de caminhada – assim como para demais interessados por se tratar de uma localidade central, atendida por diversas linhas de transporte público da cidade. Atualmente, o terreno encontra-se dividido em dois lotes de meio de quadra, ocupados por estacionamentos comerciais, sem qualquer tipo de edificação construída em sua área. O terreno soma no total 1137,00 m<sup>2</sup> de área livre com um desnível lateral de 3 metros, com sua cota mais alta localizada a Norte –

considerando-se os recuos especificados mais adiante, resta uma área de aproximadamente 689,00 m<sup>2</sup>.

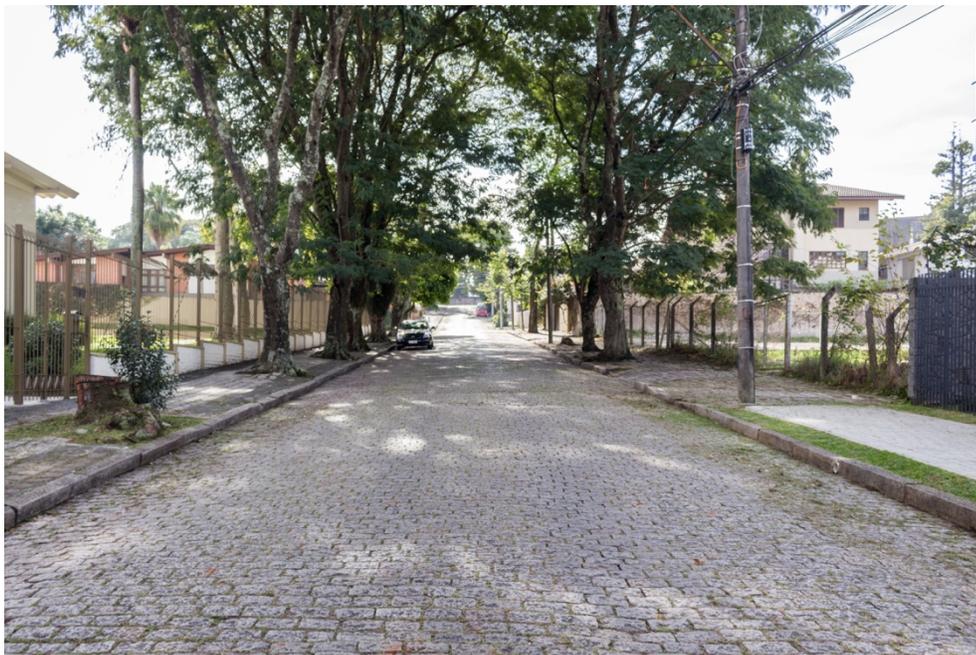
FIGURA 60 – LOCALIZAÇÃO DO TERRENO ESCOLHIDO



FONTE: GOOGLE MAPS (2017) – EDITADO PELO AUTOR (2017)

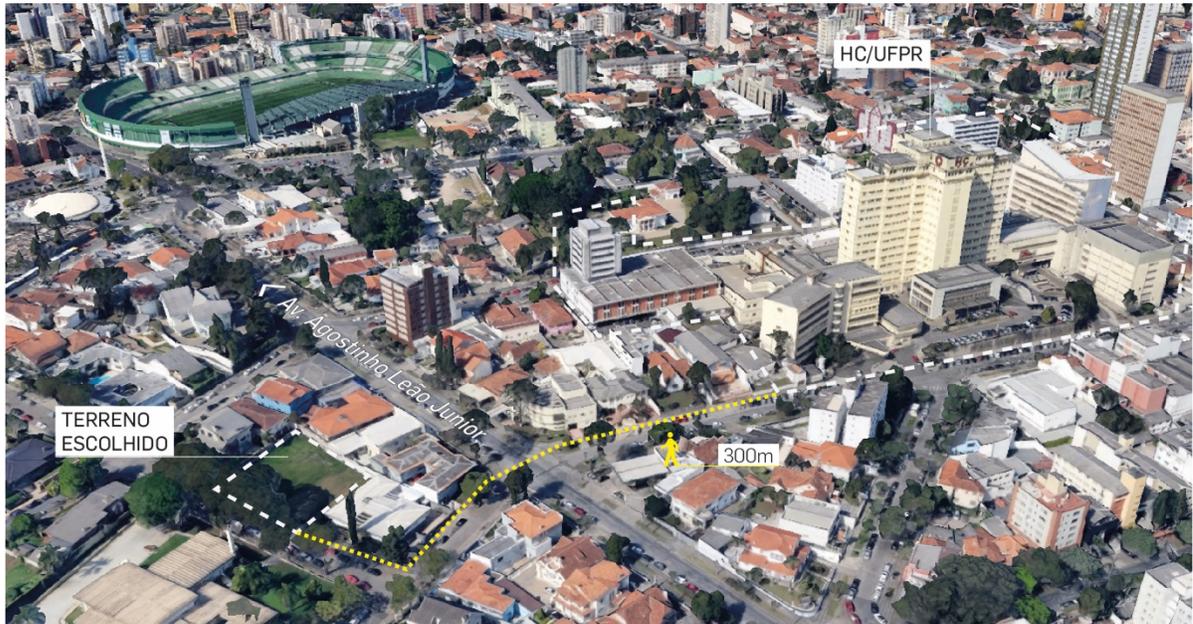
Outras particularidades do terreno escolhido é que ele se encontra ao lado da Associação dos Amigos do Hospital de Clínicas (AAHC) – entidade responsável por receber e destinar doações – e próximo a sede da APACN citada anteriormente. O entorno caracteriza-se como uma área residencial e institucional, com edificações de baixo gabarito. Trata-se de uma região arborizada e sem grande fluxo de veículos, uma paisagem em completo contraste com a paisagem central caótica e verticalizada do entorno imediato do HC-UFPR.

FIGURA 61 – CONTRASTE ENTRE AS PAISAGENS DO ENTORNO IMEDIATO DO HC (ACIMA) E O ENTORNO DO TERRENO ESCOLHIDO (ABAIXO)



FONTE: ACERVO DO AUTOR (2017)

FIGURA 62 – RELAÇÃO DO TERRENO ESCOLHIDO COM O HC-UFPR



FONTE: GOOGLE EARTH (2017) – EDITADO PELO AUTOR (2017).

O terreno localiza-se na zona ZR-AG – Zona Residencial Alto da Glória. Assim sendo, e de acordo com a legislação vigente, os parâmetros considerados para a elaboração do projeto são:

- Coeficiente de Aproveitamento: 1;
- Taxa de Ocupação: 50%;
- Taxa de Permeabilidade: 25%;
- Altura Máxima: 2 pavimentos – atendido limite da Anatel e Aeronáutica;
- Recuo Frontal: 5 metros;
- Afastamento das Divisas: 2,50 para habitação institucional.



FIGURA 65 – IMAGENS DO TERRENO ESCOLHIDO CONFORME INDICADO NA SITUAÇÃO



FONTE: ACERVO DO AUTOR (2017)

## 5.2 O PROGRAMA

O programa descrito a seguir tem como referência o documento de diretrizes arquitetônicas e paisagísticas disponibilizado pelo *Maggie's Cancer Caring Centre*, assim como os estudos de caso analisados anteriormente. Segundo JENCKS (2015), a concepção do edifício segue a lógica de um edifício híbrido, descrito por ele como: “uma casa, que não é um lar; uma igreja, que não tem religião; uma galeria de arte, que não é museu”. Finalmente, o edifício deve se caracterizar com um espaço doméstico, do qual o usuário possa se apropriar livremente.

TABELA 2 – PROGRAMA ARQUITETÔNICO COM ÁREAS APROXIMADAS

(CONTINUA)

AMBIENTE	QTD.	CONDICIONANTES	ÁREA
Entrada	1	- Evidente;	-
Hall / Acolhimento	1	- Visão panorâmica geral; - Assentos e livros; - Espaço de transição e encorajamento.	20 m <sup>2</sup>
Escritório	1	- Posicionado próximo a entrada (conexão visual); - 3 Estações de trabalho principais; - 6 Estações de trabalho secundárias; - Espaço para equipamentos.	60 m <sup>2</sup>
Almoxarifado	1	- Anexo ao escritório.	10 m <sup>2</sup>
Cozinha	1	- Principal espaço do edifício; - Grande mesa para 12 pessoas sentadas; - Ilha central com fogão e assentos extras para refeições, bebidas e oficinas; - Geladeira; - Máquina de lavar louça; - Duas pias.	70 m <sup>2</sup>

AMBIENTE	QTD.	CONDICIONANTES	ÁREA
Espaço para Computadores	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Próximos ao escritório (para casos em que o usuário precise de ajuda);</li> <li>- 3 Estações;</li> <li>- Não necessariamente conectados.</li> </ul>	15 m <sup>2</sup>
Área de Informação	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço para exposição de cartazes, notícias e mensagens.</li> </ul>	-
Biblioteca	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estantes e prateleiras para livros e revistas;</li> <li>- Espaço para leitura;</li> </ul>	30 m <sup>2</sup>
Sala de Estar I	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço para atividades como yoga, tai chi, conversas e reuniões;</li> <li>- Espaço para acomodar até 12 pessoas deitadas;</li> <li>- Espaço para armazenamento de cadeiras, tapetes e mesas;</li> <li>- Isolamento acústico médio;</li> <li>- Conexão com a cozinha desejável para eventos;</li> <li>- Flexibilidade.</li> </ul>	50 m <sup>2</sup>
Sala de Estar II	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço para oficinas;</li> <li>- Mesa para 12 pessoas;</li> <li>- Flexibilidade desejável, mas não obrigatória;</li> <li>- Maior privacidade.</li> </ul>	35 m <sup>2</sup>
Sala de Estar III	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acomodação para 12 pessoas;</li> <li>- Espaço de dimensões menores, visando maior proximidade;</li> <li>- Lareira;</li> </ul>	30 m <sup>2</sup>

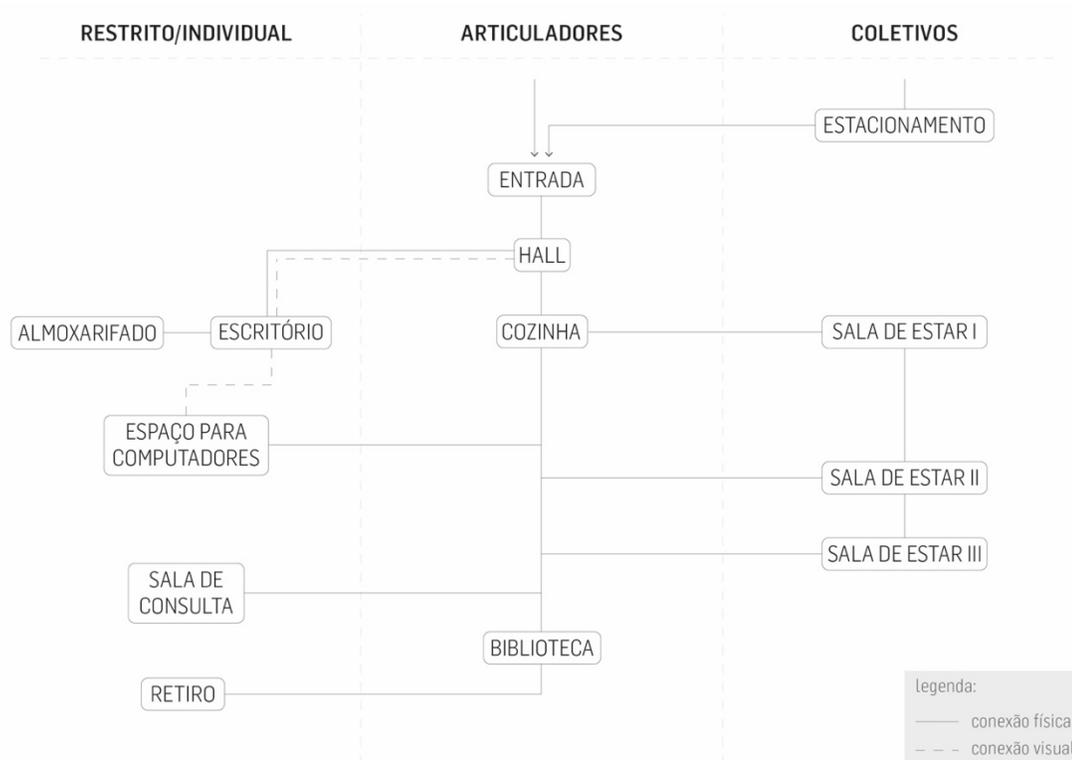
(CONCLUSÃO)

AMBIENTE	QTD.	CONDICIONANTES	ÁREA
Sala de Consulta	2	- Pequena sala para conversas particulares; - Vista para o exterior; - Uma das salas deve ter espaço para uma maca.	30 m <sup>2</sup> (2x 15 m <sup>2</sup> )
Banheiros	3	- Privacidade para chorar; - Grandes suficiente para acomodar uma cadeira e uma pequena estante; - Acessibilidade universal;	15 m <sup>2</sup> (3x 5 m <sup>2</sup> )
Retiro	1	- Pequeno espaço para isolamento, meditação, descanso e reflexão.	15 m <sup>2</sup>
Jardim	1	- Exploração dos sentidos; - Pequena horta.	120 m <sup>2</sup>
Estacionamento	1	- Carga/Descarga - Entrada de Serviço	-
<b>TOTAL ÁREA CONSTRUÍDA</b>			380 m <sup>2</sup>
<b>TOTAL COM JARDIM</b>			500 m <sup>2</sup>

FONTE: AUTOR (2017)

Todas as áreas pré-dimensionadas, quando somadas, alcançam o valor de 380,00 m<sup>2</sup>. Considerando-se uma taxa de 20% (aproximadamente 76 m<sup>2</sup>) em áreas de parede, circulação e manutenção periódica, chega-se ao valor de 456 m<sup>2</sup> como área total da proposta para um Centro Maggie em Curitiba/PR.

FIGURA 66 – ORGANOGRAMA ESQUEMÁTICO DOS ESPAÇOS PROPOSTOS



FONTE: AUTOR (2017)

### 5.3 O PÚBLICO ALVO

O programa proposto – a ser desenvolvido posteriormente – tem por objetivo oferecer um espaço de atenção, suporte e acolhimento a pacientes com câncer de todas as idades, sem distinção de gênero, cor, ou grau de desenvolvimento da doença, assim como seus familiares e amigos. Por uma questão de proximidade e recursos humanos, o espaço seria destinado principalmente aos pacientes do HC-UFPR; porém, tendo em vista a inexistência de programas similares em Curitiba, assim como a escolha por uma localização central de fácil acesso, o espaço também atenderia o público geral, com abrangência municipal e até metropolitana.

Paralelamente, no que diz respeito a equipe técnica e profissional necessária para o funcionamento do espaço, propõe-se uma parceria com o HC-UFPR – nos moldes da parceria existente com a APACN – como uma oportunidade de ensino, aprendizado,

desenvolvimento e consolidação dos tratamentos paliativos como parte integrante da atenção a saúde e da formação de novos profissionais.

O espaço busca preencher o vazio existente de espaços humanizados, sem caráter hospitalar, voltados para tratamentos paliativos, tanto no campo dos EAS, quanto no campo acadêmico.

#### 5.4 A ATMOSFERA

Para o desenvolvimento do projeto, se faz necessária uma reflexão sobre a atmosfera desejada para o espaço construído. Segundo JENCKS (2015), o edifício deve possuir uma escala doméstica, acolhedora e convidativa. Porém, para além disso, o edifício deve permitir ao usuário se sentir vivo acima de tudo.

Uma das possíveis respostas para a definição da atmosfera desejada para o projeto pode estar implícita na definição já mencionada de JENCKS (2015) sobre os centros: “uma casa, que não é um lar; uma igreja, que não tem religião; uma galeria de arte, que não é museu”. Um caráter doméstico, focado no usuário, em contraste com o caráter institucional dos ambientes hospitalares, focados na doença. Um caráter familiar, capaz de fazer o usuário se sentir suficientemente confortável para conversar, chorar, se divertir, aprender, ensinar, mover móveis, adentrar salas, e outras tantas atividades forem possíveis. Um caráter religioso, na sua essência de fé e esperança, capaz de elevar o espírito do usuário, de conectá-lo com a sua individualidade e com o mundo a seu redor. Um caráter de encanto, pelo edifício, pela luz, pelo jardim, pelo ambiente, pela atmosfera e pela vida.

A atmosfera proposta busca, acima de tudo, fomentar a empatia naqueles que usufruem dos espaços, transformando a vulnerabilidade inevitável do adoecimento em uma porta de entrada para novos encontros, novas descobertas, novas conexões. A conectividade diz respeito ao objetivo essencial da existência do próprio programa, que nada mais é, do que conectar pessoas que enfrentam o câncer como algo em comum – direta ou indiretamente.

Para isso, o edifício necessita ser, primeiramente, acolhedor e convidativo, capaz de atrair o usuário para dentro do espaço. JENCKS (2015) afirma que a maioria dos visitantes costuma passar algumas vezes pelo local antes de decidir entrar nos centros; afinal, adentrá-los significa reconhecer a existência da doença e tomar uma posição de enfrentá-la. Uma vez dentro, o usuário é convidado a se conectar através de espaços comuns, articuladores do projeto, como a cozinha e as salas de estar, de modo similar ao que acontece em encontros familiares.

Mais além, a conectividade se materializa na importante relação do interior com o exterior do edifício, na conexão do indivíduo com a natureza e com o tempo. Tal relação pode acontecer de forma passiva, como através da observação da mudança da luz nos espaços ao longo do dia, do vento soprando as folhas das árvores ao redor, da contemplação da flor que embeleza o canteiro e contagia o espaço com seu perfume. E também de forma ativa, com a realização de atividades nos jardins, desde uma simples caminhada, até uma oficina de cultivo de ervas. Jardins são espaços de encontros naturais, e ajudam a fomentar a socialização dos usuários (GREEN, 2015). Portanto, é um espaço fundamental do programa, seja como cenário, paisagem ou espaço. PALLASMAA (2011) sugere que um passeio em meio a natureza se trata de uma experiência revigorante e saudável, pois se trata de uma experiência de interação constante de todos os sentidos. Mais além, GREEN (2015) afirma também, se tratar de experiência sensorial e temporal que é reconhecida por diversos estudos e teorias como um fator positivo na recuperação de pacientes, e na construção de espaços mais agradáveis e saudáveis aos usuários – a principal referência teórica para a afirmação está na teoria da Biofilia de Edward Wilson, que sugere uma atração inerte no homem por tudo que é natural.

Outro aspecto a ser considerado, é o respeito a individualidade e a introspecção. Sendo assim, a atmosfera a ser criada deve visar também, a conexão do indivíduo com si mesmo; esta conexão, de fato, deve acontecer a todo momento. Explicitamente, através de espaços que respeitem a privacidade, a individualidade e a reclusão, como o retiro, o banheiro e as salas de consulta. E implicitamente através da flexibilidade e informalidade dos espaços, que permitem ao usuário, acima de tudo, intervir, fazer

escolhas e tomar decisões – apropriar-se dos espaços de maneira ativa. De forma singela, como com a mudança da posição da cadeira, o fechamento de uma porta, e até o ponto do café sendo passado. Escolhas que parecem simples, mas que devolvem esse poder, inexistente no âmbito hospitalar, ao indivíduo. Uma resposta a um dos pensamentos mais recorrentes em pessoas que enfrentam a doença: “eu tenho câncer, eu não tenho opção” (DÓRO *et al.*, 2004). Mais além, as atividades promovidas pela instituição, como as oficinas de jardinagem, as aulas de yoga e os encontros semanais, permitem ao usuário se redescobrir como um ser ativo, capaz de aprender novas habilidades, criar novos hobbies e até fazer novos amigos. ANNEMANS *et al.* (2012) afirma que a construção de tal atmosfera passa pela experiência espacial proporcionada e pelo envolvimento emocional empático do projeto.

Assim, o edifício deve permitir ao usuário explorar a plenitude de sua própria existência, reforçando o conceito de qualidade de vida discutido anteriormente. Nas palavras de PALLASMA (2011, p.16-17):

“A arquitetura é nosso principal instrumento de relação com o espaço e o tempo, e para dar uma medida humana a essas dimensões. Ela domestica o espaço ilimitado e o tempo infinito, tornando-o tolerável, habitável e compreensível para a humanidade. Como consequência dessa interdependência entre o espaço e o tempo, a dialética do espaço externo e interno, do físico e do espiritual, do material e do mental, das prioridades inconscientes e conscientes em termos de sentidos e de suas funções e interações relativas tem um papel essencial na natureza das artes e da arquitetura”.

## 5.5 A MATÉRIA

A materialidade talvez seja a principal linguagem e fonte de significado na arquitetura; nenhuma ideia ou conceito se realiza sem sua materialização propriamente dita. A arquitetura se fundamenta na linguagem tectônica de edificar e na abrangência do ato de construir para os sentidos (PALLASMAA, 2011). Como observado nos estudos correlatos dos Centros Maggie, a escolha da paleta de cores e materiais não foi uma simples decisão decorativa; foram decisões de projeto pautadas, sobretudo, em suas propriedades de textura, peso, densidade, temperatura. Para PALLASMAA (2011, p.30):

“Os materiais naturais – pedra, tijolo e madeira – deixam que nossa visão penetre em suas superfícies e permitem que nos convençamos da veracidade da matéria. Os materiais naturais expressam sua idade e história, além de nos contar suas origens e seu histórico de uso pelos humanos”.

O uso de materiais naturais, muitas vezes reflete também a memória arquitetônica local, reatando importantes laços culturais e emocionais que foram sendo lentamente renegados com as novas tecnologias na arquitetura. PALLASMAA (2011), sugere também que a arquitetura tecnológica contemporânea – marcada por materiais cada vez mais herméticos, lisos e até duráveis, a medida que resistem as marcas do tempo – é reflexo do homem que busca negar a dimensão do tempo e seu próprio envelhecimento; um reflexo do medo da morte, e talvez, uma tentativa de ignorar o fato. A proposta dos centros é outra: a de enfrentamento e de esperança.

Paralelamente, existem também outros aspectos aparentemente imateriais, mas que influenciam diretamente a materialidade e a construção de espaços e lugares. Alberto Campo Baeza, renomado arquiteto espanhol, caracteriza a luz como o “primeiro material” da arquitetura, “inevitável, inseparável e imutável através dos tempos (BAEZA, 2009). O projeto da luz e suas escalas de penumbra e sombra, embora primariamente visuais, são importantes instrumentos para a construção da atmosfera dos espaços na arquitetura. Ambientes mais iluminados, aumentam a temperatura do espaço e sugerem uma maior socialização e estimulam atividades. De modo oposto, a sombra e a penumbra induzem a introspecção, a intimidade, o silêncio, e de certa forma, estimula a utilização dos outros sentidos (PALLASMAA, 2011).

A materialidade do espaço deve ser capaz de refletir e ressoar a identidade, a cultura, a memória e, quem sabe, até os sonhos de cada usuário; não de forma igual a todos, mas respeitando a individualidade e a percepção de cada um. A arquitetura deve se demonstrar empática ao usuário, e para isso, o arquiteto também o deve ser.

“A função atemporal da arquitetura é criar metáforas existenciais para o corpo e para a vida que concretizem e estruturem nossa existência no mundo” (PALLASMAA, 2011, p.67).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A proposta de um Centro Maggie para Curitiba visa a criação de um espaço de saúde humanizado, que ofereça suporte prático, emocional e social de forma gratuita a pacientes com câncer, seus familiares e amigos. Um Centro Maggie pode oferecer também uma nova oportunidade de ensino e desenvolvimento de tratamentos paliativos no cenário local; uma demanda existente e constatada.

Esta pesquisa teve papel fundamental no entendimento do tema, desde a sua construção histórica, passando pela conceituação temática, e até o funcionamento do edifício e sua relação com o usuário. Pretende-se, na etapa seguinte, traduzir os conhecimentos adquiridos nesta monografia em um projeto que seja coerente com os conceitos estudados, diretrizes apontadas, a paisagem da cidade, e sobretudo, que demonstre empatia pelo usuário e enalteça o papel da arquitetura na discussão do tema.

## 7 REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

ALBUQUERQUE, C.M.S.; OLIVEIRA, C.P.F. Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. **Millenium - Revista do ISPV**, Viseu, n. 25, jan. 2002.

ANNEMANS, M. **What Makes an Environment Healing?** User and designer about the Maggie's Cancer Caring Centre London. Leuven: KU Leuven, 2015.

ARCOWEB. **Arquitetura Bioclimática**: conforto ambiental na Rede Sarah. Disponível em: <<https://arcoweb.com.br/finestra/tecnologia/ecoeficiencia---arquitetura-bioclimatica>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE APOIO À CRIANÇA COM NEOPLASIA (APACN). **Ambulatório Menino Jesus de Praga**. Disponível em: <<http://apacnpr.ning.com/page/unidades-1>>. Acesso em: 3 mai. 2017.

BADALOTTI, C.M., BARBISAN, A.O. Uma breve história do edifício hospitalar - da antiguidade ao hospital tecnológico. **Revista Científica Tecnológica**. Chapecó, v. 3, n. 2, 2015.

BAEZA, A.C. **La Idea Construida**. Buenos Aires: Nobuko, 2009.

BARROS, N.C.B. et al. Cuidados Paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 630-640, set./dez. 2012.

BATISTA, D.R.R.; MATTOS, M.; SILVA, S.F. Convivendo com o Câncer. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.5, n.3, p.499-510, jul./set. 2015.

BITENCOURT, F., COSTEIRA, E. **Arquitetura e Engenharia Hospitalar**. Rio de Janeiro: Rio Books, 2014.

BOLANDER, V.B. **Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta (1998).

BORRETT, E.S. **The Maggie Centres**: architecture and healing. Brighton: University of Brighton, 2013.

BOTTON, A.D. **A Arquitetura da Felicidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

BRAGA, R. A Relação Terapêutica. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, Lisboa, v.29, p.146-147, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. **Enfermagem e Saúde do Adulto**. Barueri: Manole, 2006.

CANCER RESEARCH UK. **Cancer Survival Statistics**. Disponível em: <<http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/survival>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CARVALHO, A.P.A. **Introdução à Arquitetura Hospitalar**. Salvador: Quarteto Editora, 2014.

COSTEIRA, E.M.A. **Arquitetura Hospitalar**: história, evolução e novas visões. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014.

DALLARI, S.G. O Direito à Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.1, fev. 1988.

DARONCO, V.F. *et al.* Cuidados Paliativos a Pacientes Oncológicos: percepções de uma equipe de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p.657-664, out./dez 2014.

DÓRO, M.P. *et al.* O Câncer e Sua Representação Simbólica. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.24, n.2, p.120-134, jun. 2004.

FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FIOCRUZ. **SUS**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em 1 mai. 2017.

FLECK M.P. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n. 1 p. 21-28, jan./mar. 1999.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F.R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. **Revista História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, supl.1, p. 165-180, jul. 2010.

FOSTER AND PARTNERS. **Maggie's at the Robert Parfett Building**. Disponível em: <<http://www.fosterandpartners.com/projects/maggie-s-at-the-robert-parfett-building/>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

FREIRE, M.E.M. *et al.* Qualidade de Vida Relacionada a Saúde de Pacientes com Câncer Avançado: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Ribeirão Preto, v.48, n.2, p.357-367, 2014.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER. Cuidados Paliativos. Disponível em: <<https://www.cancer.org.br/a-fundacao/o-que-fazemos/cuidados-paliativos/>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

GREEN, R. Close to Nature. **Australian Healthcare Design 2000-2015**. Camberra, p.76-81, 2015.

GUI TERAS A.F.; BAYÉS, R. **Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas**. Barcelona: Universitat, 1993.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

HOSPITAL DE CLINICAS UFPR. **HC em Números**. Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=numeros>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

HOSPITAL DE CLINICAS UFPR. **Institucional**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/4>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

HOSPITAL DE CLINICAS UFPR (HC-UFPR). **Novo ambulatório atenderá pacientes em tratamento do câncer de Curitiba e Região Metropolitana**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/novo-ambulatorio-atendera-pacientes-em-tratamento-do-cancer-de-curitiba-regiao-metropolitana>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

HOSPITAL DE CLINICAS UFPR (HC-UFPR). **Serviço de Hematologia-Oncologia Adulto do Hospital de Clínicas traz inovações que agradam aos pacientes**. Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/servico-de-hematologia-oncologia-adulto-do-hospital-de-clinicas-traz-inovacoes-que-agradam>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

HOSPITAL DE CLINICAS UFPR (HC-UFPR). **UTOH - Unidade de TMO, Oncologia e Hematologia**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/utoh-unidade-de-tmo-oncologia-e-hematologia>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS. **Cirurgia**. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/cirurgia>>. Acesso em 16 abr. 2017.

HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS. **Hormonioterapia**. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/hormonioterapia-2>>. Acesso em 16 abr. 2017.

HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS. **Terapia-Alvo**. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/hormonioterapia-2>>. Acesso em 16 abr. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **ABC do Câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **A Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **O que é câncer?**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>. Acesso em 12 abr. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Tratamento do Câncer**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>. Acesso em 12 abr. 2017.

JANELA, A. I. P. **Os Maggie's Cancer Caring Centres**: a arquitetura como “fenômeno transitivo”? Tese (Mestrado Integrado em Arquitetura) - Departamento de Arquitetura, Universidade de Coimbra (FCTUC), Coimbra, Portugal, 2015.

JENCKS, C. **The Architecture of Hope**. Londres: Frances Lincoln Limited, 2015.

KESWICK, M. **A View From The Frontline**. Londres: Maggie's Centre, 1995.

LINARD, A.G.; SILVA, F.A.D.; SILVA, R.M. Mulheres Submetidas ao Tratamento para Câncer de Colo Uterino: percepção de como enfrentam a realidade. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v.48, n.4, p.493-498, 2002.

MAGGIE'S CENTRE. **How Maggie's Can Help?**. Disponível em: <<https://www.maggiescentres.org/how-maggies-can-help/>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

MAGGIE'S CENTRE. **Maggie's Architecture and Landscape Brief**. Londres: Maggie's Centre, 2015.

MENDES, E.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados Paliativos no Câncer e os Princípios Doutrinários do SUS. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, jul./set. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tipo de Estabelecimento. **Informações de Saúde**. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm)>. Acesso em: 17 abr. 2017.

MUCCIOLI, C. *et al.* A Humanização da Medicina. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v.70, n.6, p.897, 2007.

MYERS, S.; Benson, H. Psychological Factors in Healing: a new perspective on an old debate. **Behavioral Medicine**, New Jersey, v.18, n.1, p.5-11, 1992.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NIH). **Cancer Stat Facts: Cancer of Any Site**. Disponível em: <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/all.html>>. Acesso em 12 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cancer: Fact Sheet**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cancer: Diagnosis and Treatment**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/treatment/en/>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Documentos Básicos**: Declaração de Alma-Ata. Genebra: OMS, 1976.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cancer: Palliative Care**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

PALLASMAA, J. **Os Olhos da Pele**: a arquitetura e os sentidos. Porto Alegre: Bookman, 2011.

REDE SARAH. **A Rede Sarah**. Disponível em: <<http://www.sarah.br/a-rede-sarah/>>. Acesso em 20 mai. 2017.

REVISTA AU. **Edifícios**: CRTS - Lelé, Salvador. Disponível em: <<http://www.au.pini.com.br/arquitetura-urbanismo/175/artigo104898-1.aspx>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

REZENDE, J.M. **À Sombra do Plátano**: crônicas de história da medicina. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

RICHARD MURPHY ARCHITECTS. **Maggie's Cancer Caring Centre, Edinburgh**. Disponível em: <http://www.richardmurphyarchitects.com/viewItem.php?id=2452>. Acesso em: 25 mai. 2017.

RONCALLI, A.G. **O Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

RSH+P. **Maggie's West London Centre**. Disponível em: <<https://www.rsh-p.com/projects/maggies-west-london-centre/>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

SANTOS, M.; BURSZTYN, I. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, mar./abr. 2004.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS – Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.29-41, 2007.

SILVA, P.L.N. *et al.* O Significado do Câncer: Percepção de Pacientes. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.7, n.12, p.6828-6833, dez. 2013.

VIANNA, L.A.C. Processo Saúde-Doença. In: UNASUS/UNIFESP. **Especialização em Saúde da Família, Módulo Político Gestor**. São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_6.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf)>. Acesso em: 27/04/2017.

VINCENT, S.P. Educação Permanente: componente estratégico para implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v.53, n.1, p.79-85, 2007.

WEBER, W. **Esperança contra o câncer: a mente ajuda o corpo**. São Paulo: Editora Europa, 2012.

ZUMTHOR, P. **Atmosferas**. Barcelona: Gustavo Gili, 2009.

ZUMTHOR, P. **Pensar a Arquitectura**. Barcelona: Gustavo Gili, 2009.

## 8 FONTES DAS FIGURAS

ARCHDAILY. **Clássicos da Arquitetura: Hospital Sarah Kubitschek Salvador / João Filgueiras Lima (Lelé).** Santiago, 2012. Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

ARCOWEB. **Arquitetura Bioclimática: conforto ambiental na Rede Sarah.** Disponível em: <<https://arcoweb.com.br/finestra/tecnologia/ecoeficiencia---arquitetura-bioclimatica>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE APOIO À CRIANÇA COM NEOPLASIA (APACN). **Ambulatório Menino Jesus de Praga.** Disponível em: <<http://apacnpr.ning.com/page/unidades-1>>. Acesso em: 3 mai. 2017.

CAUBR. **Hospital Sarah Kubitschek Salvador.** Disponível em: <<http://arquiteturaurbanismotodos.org.br/hospital-sarah-kubitschek/>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

FOSTER AND PARTNERS. **Maggie's at the Robert Parfett Building.** Disponível em: <<http://www.fosterandpartners.com/projects/maggie-s-at-the-robert-parfett-building/>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

GRUPO GRAVIA. **Especial o Arquiteto Construtor.** Disponível em: <<http://esquality.com.br/grupo/obras-parcerias/especial-o-arquiteto-construtor>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

HEALTH ARCHITECTURE. **Nightingale Ward Concept.** Disponível em: <<http://healtharchitecture.wikifoundry.com/page/Nightingale+Ward+Concept%3A>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Unidade Morumbi.** Disponível em: <<https://www.einstein.br/estrutura/unidades/morumbi>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

HOSPITAL DE CLINICAS UFPR. **Institucional.** Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/4>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

HOSPITAL DE CLINICAS UFPR (HC-UFPR). **Serviço de Hematologia-Oncologia Adulto do Hospital de Clínicas traz inovações que agradam aos pacientes.** Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/servico-de-hematologia-oncologia-adulto-do-hospital-de-clinicas-traz-inovacoes-que-agradam>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.

MAGGIE'S CENTRE. **How Maggie's Can Help?**. Disponível em: <<https://www.maggiescentres.org/how-maggies-can-help/>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

MAGGIE'S CENTRE. **The Architecture and Design of Maggie's Dundee.** Disponível em: <<https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-dundee/architecture-and-design/>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

MAGGIE'S CENTRE. **The Architecture and Design of Maggie's Fife.** Disponível em: <<https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-fife/architecture-and-design/>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

MAGGIE'S CENTRE. **The Architecture and Design of Maggie's Glasgow.** Disponível em: <<https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-glasgow/architecture-and-design/>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

MAGGIE'S CENTRE. **The Architecture and Design of Maggie's West London.** Disponível em: <<https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-west-london/architecture-and-design/>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NIH). **Cancer Stat Facts: Cancer of Any Site.** Disponível em: <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/all.html>>. Acesso em 12 abr. 2017.

REDE SARAH. **A Rede Sarah.** Disponível em: <<http://www.sarah.br/a-rede-sarah/>>. Acesso em 20 mai. 2017.

REVISTA AU. **Edifícios: CRTS - Lelé, Salvador.** Disponível em: <<http://www.au.pini.com.br/arquitetura-urbanismo/175/artigo104898-1.aspx>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

RICHARD MURPHY ARCHITECTS. **Maggie's Cancer Caring Centre, Edinburgh.** Disponível em: <http://www.richardmurphyarchitects.com/viewItem.php?id=2452>. Acesso em: 25 mai. 2017.

RSH+P. **Maggie's West London Centre.** Disponível em: <https://www.rsh-p.com/projects/maggies-west-london-centre/>. Acesso em: 21 mai. 2017.

The Architectural Review. **Maggie's Manchester by Foster and Partners.** Disponível em: <https://www.architectural-review.com/buildings/maggies-manchester-by-foster-partners-what-matters-is-not-to-lose-that-joy-of-living-in-the-fear-of-dying/10014035.article>. Acesso em: 22 mai. 2017.

WIKIMEDIA. **Hospital Santa Cruz (Toledo).** Disponível em: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hospital\\_de\\_Santa\\_Cruz\\_\(Toledo\).Patio.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hospital_de_Santa_Cruz_(Toledo).Patio.jpg). Acesso em: 14 abr. 2017.

WIKIPEDIA. **Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.** Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital\\_de\\_Cl%C3%ADnicas\\_da\\_Universidade\\_Federal\\_do\\_Paran%C3%A1](https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_de_Cl%C3%ADnicas_da_Universidade_Federal_do_Paran%C3%A1). Acesso em: 22 mai. 2017.

WIKIPEDIA. **Hospital Lariboisière.** Disponível em: [https://en.wikipedia.org/wiki/Lariboisi%C3%A8re\\_Hospital](https://en.wikipedia.org/wiki/Lariboisi%C3%A8re_Hospital). Acesso em: 14 abr. 2017.