

CENTRO DE CUIDADO VALORIZA:

CENTRO DE HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO
PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

CATARINA NUNES

GOIÁS - 2022



ANEXO I DA RESOLUÇÃO – CEPEC Nº 1674

SIBI
SISTEMA DE
BIBLIOTECAS UFG



**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE
GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC nº 1204/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG):

Nome completo do autor: Catarina Maria Guimarães Nunes

Título do trabalho: Centro de Cuidado Valoriza: Centro de Habilitação e Reabilitação para Pessoas com Deficiência

2. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento [x] SIM [] NÃO¹

Independente da concordância com a disponibilização eletrônica, é imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF do TCCG.

Catarina Maria Guimarães Nunes
Catarina Maria Guimarães Nunes²

Ciente e de acordo:

Suzete Almeida de Bessa

Data: 13 / 09 / 2022

Suzete Almeida de Bessa²

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

² As assinaturas devem ser originais sendo assinadas no próprio documento. Imagens coladas não serão aceitas.

CENTRO DE CUIDADO VALORIZA:

CENTRO DE HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO
PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

**CÂMPUS
GOIÁS**



UFG
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS

Universidade Federal de Goiás
Campus Goiás

Curso de Arquitetura e Urbanismo
Trabalho de Conclusão de Curso

Catarina Maria Guimarães Nunes

Orientadora: Prof. Me. Suzete Bessa

Goiás
Setembro 2022



Figura 1. Documentário Crip Camp (2020). Fonte: Portal UOL.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

NUNES, Catarina Maria Guimarães

Centro de Cuidado Valoriza [manuscrito] : Centro de Habilitação e Reabilitação para Pessoas com Deficiência / Catarina Maria Guimarães

NUNES. - 2022.

CXVI, 116 f.: il.

Orientador: Profa. Suzete Almeida de BESSA.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Unidade Acadêmica Especial de Ciências Sociais Aplicadas, Arquitetura e Urbanismo, Cidade de Goiás, 2022.

Bibliografia. Anexos.

Inclui mapas, fotografias, abreviaturas, gráfico, tabelas.

1. Arquitetura em Saúde. 2. Pessoa com Deficiência. 3. Diversidade Funcional. 4. Reabilitação. 5. Humanização. I. BESSA, Suzete Almeida de, orient. II. Título.

CDU 72



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UNIDADE ACADÊMICA ESPECIAL DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos treze dias do mês de setembro do ano de 2022 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) intitulado “Centro de Cuidado Valoriza: Centro de Habilitação e Reabilitação para Pessoas com Deficiência”, de autoria de Catarina Maria Guimarães Nunes, do curso de Arquitetura e Urbanismo, da Unidade Acadêmica Especial de Ciências Sociais Aplicadas da UFG. Os trabalhos foram instalados pela Me. Suzete Almeida de Bessa – orientadora (UAECSA-CG/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Camila Gomes Sant’ Anna (UAECSA-CG/UFG) e Carina Folena Cardoso Paes (Universidade Federal do Paraná). Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição da estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10,0, tendo sido o TCC II considerado **aprovado**.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Suzete Almeida De Bessa, Professor do Magistério Superior**, em 03/08/2023, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3933163** e o código CRC **3EFB8ED1**.

[AGRADECIMENTOS]

Agradeço à minha mãe, Rozaíres, por ser meu porto seguro, sempre me apoiando incondicionalmente em qualquer situação. Agradeço ao meu pai, José Faria, que sempre me encorajou a seguir meus sonhos. Agradeço à minha irmã, Josy, que sempre foi colo nos momentos difíceis. Agradeço à minha orientadora Suzete Bessa, por sua confiança e dedicação, trilhando pacientemente comigo e sendo meu Norte nessa longa jornada. Agradeço à minha tia, Ana Luiza, pelas longas e amorosas horas de debate acerca da minha pesquisa. Agradeço à minha cachorrinha, Meg, por ser a minha fonte de alegria diária. Agradeço a meus amigos Larissa Berquó e Iago Borges, por estarem sempre ao meu lado. Agradeço a todos os meus professores e colegas por todas as vivências, ensinamentos e trocas que construíram minha formação acadêmica. Muito obrigada.

PESSOA DEFICIÊNCIA

APAGAMENTO OPRESSÃO

SUS DIVERSIDADE FUNCIONAL

CAPACITISMO EXCLUSÃO

CENTRO DE CUIDADO

VALORIZA

HABILITAÇÃO INTEGRAÇÃO

REABILITAÇÃO

EMPODERAMENTO INCLUSÃO

SAÚDE ACESSIBILIDADE

Todos os deficientes experimentam a deficiência como uma restrição social, não importando se essas restrições ocorrem em consequência de ambientes inacessíveis, de noções questionáveis de inteligência e competência social, da inabilidade da população em geral de utilizar a linguagem de sinais, da falta de material em braile ou das atitudes públicas hostis das pessoas que não têm lesões visíveis.

Debora Diniz.

[RESUMO]

A diversidade funcional é natural e todas as pessoas podem experimentar alguma deficiência em algum momento da vida. Este Trabalho de Conclusão de Curso problematiza a construção social que incapacita a pessoa com deficiência, e, cria projeto arquitetônico de um centro de habilitação e reabilitação localizado na cidade de Rio Verde, interior do Estado de Goiás. Para seu desenvolvimento foram realizados estudos bibliográficos, censitários, geográficos, geopolíticos e arquitetônicos, afim de propor um equipamento em local estratégico em relação à rede de saúde existente no território. O propósito é um equipamento humanizado e acolhedor que atenda satisfatoriamente as necessidades dos usuários e da comunidade.

Palavras chave: Arquitetura em Saúde; Pessoa com Deficiência; Diversidade Funcional; Habilitação; Reabilitação; Humanização.

[ABSTRACT]

Functional diversity is natural and all people can experience a disability at some moment of their lives. This Paper of Course Conclusion problematizes the social construction that incapacitates people with disabilities, and creates architectural project of a habilitation and rehabilitation center, located in the city of Rio Verde, interior of the State of Goiás. For its development was made bibliographic, census, geographic, geopolitical and architectural studies, in order to propose a strategic located equipment in relation to the existing health network in the territory. The purpose is a humanized and welcoming equipment that satisfactorily meets the needs of users and the community.

Keywords: Health Architecture; Person with Disabilities; Functional Diversity; Enablement; Rehabilitation; Humanization.

[SUMÁRIO]

1	INTRODUÇÃO	05
1.1	Justificativa	07
1.2	Objetivos	10
1.2.1	Objetivo Geral	10
1.2.2	Objetivos Específicos	10
2	DEFICIÊNCIA	11
2.1	Terminologia correta acerca da deficiência	13
2.2	Tipos de deficiência	14
2.3	Contexto Histórico e Atual	16
3	SAÚDE	25
3.1	Sistema de Saúde	29
3.2	Reabilitação no território	35
3.3	Arquitetura da Saúde	39
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
4.1	Dados sociodemográficos	43
4.2	Oferta e demanda	46
5	ESTUDOS DE CASO	48
5.1	Sarah Kubitschek - Salvador	48
5.2	Beit-Halochem Rehabilitation Center Kimmel - Israel	51
6	PROJETO ARQUITETÔNICO	54
6.1	Estudo do Lugar	54
6.2	Condicionantes Físicas	62
6.3	Conceito	65
6.4	Processos de Projeto	67
6.5	Implantação	77
6.6	Projeto Arquitetônico - Terapias Físicas	82
6.7	Projeto Arquitetônico - Administração	89
7	CONCLUSÃO	97
	REFERÊNCIAS	
	ANEXOS	
A	População com deficiência no Brasil e em Goiás	
B	Situação de ocupação de PcDs no Brasil e em Goiás	
C	Amostra de Rendimento de PcDS no Brasil	
D	Amostra de Rendimento de PcDs em Goiás	
E	Procedimentos hospitalares CRER 2015-2020 por local de residência - município e ano	
F	Atendimentos prestados pelo CRER entre 2015-2020 por macro e micro regiões por demanda	
G	Maior demanda - CRER 2015-2020	
H	Porcentagem de atendimento CRER 2015-2020 por Macro e Microrregiões	

[1 INTRODUÇÃO]

O presente Trabalho de Conclusão de Curso propõe a criação de um centro de habilitação e reabilitação situado na cidade de Rio Verde – GO, com objetivo de atender necessidades médico-terapêuticas específicas de Pessoas com Deficiência (PcD) da Macrorregião Sudoeste do estado, aliando atendimento humanizado a conceitos sensíveis a este público.

A construção social da figura do PCD e de tudo que envolve suas capacidades é ainda bastante problemática, vários aspectos já foram ou são discutidos pela literatura e movimentos sociais, mas outros tantos ainda precisam ser abordados. O imaginário social sobre o universo da Inclusão ainda é obscuro e deficitário, e, mesmo o preconceito ainda não foi erradicado.

As relações sociais instituídas com PcDs são permeadas por preconceitos, e isso se deve principalmente à falta de educação e conhecimento sobre o assunto da diversidade funcional. As pessoas acabam replicando padrões que insistem em isolar, não discutir, e perpetuar as desvantagens impostas às PcDs.

Nesse cenário, os centros de reabilitação são uma ferramenta eficaz para a reafirmação do indivíduo através da autodescoberta. Os espaços destinados à habilitação e reabilitação de PcD são locais de extrema importância para seus usuários. Esses espaços vão além da readaptação em virtude de lesões e de questões afirmativas: eles propiciam ferramentas para o entendimento do funcionamento de seus corpos e de como limitações físicas não são, necessariamente, sinônimo de incapacidade ou ausência de independência, aumentando a autoestima e reafirmando o valor do

ser em detrimento dos estigmas sociais.

No entanto, há de se desconstruir a abordagem do mito e da necessidade da cura. A ideia de que as lesões devem ser curadas é uma agressão muito violenta aos corpos com deficiência, pois geram o entendimento de que não se deve haver aceitação da diversidade corporal. É importante que os tratamentos médicos sejam realizados a fim de trazer bem estar ao indivíduo, mas, o imaginário de que devem se “curar”, subentende que há algo de errado com esses corpos, o que é rebatido por uma visão contemporânea de vertentes médicas e sociais.

Pereira (2009, p.716) apud Canguilhem (1978) coloca que “a anomalia é fato biológico. E, nesse sentido, a condição que costumamos chamar de deficiência também o é. Ou seja, a deficiência é fato biológico de diferenciação física, sensorial, orgânica ou intelectual.” Considerando isso, procura-se aqui então, conduzir os espaços arquitetônicos e da construção da reabilitação para o patamar do cuidado, e não necessariamente apenas da cura.

No âmbito dos equipamentos de saúde voltados ao processo de reabilitação, a atuação de equipe multidisciplinar é fundamental para o cuidado da PcD, ampliando a atenção às questões psicológicas e do envoltório familiar e, para garantir eficiência e viabilizar o bom atendimento médico e terapêutico. O bom espaço arquitetônico é um protagonista no processo do cuidado, sendo capaz de alterar completamente a relação que o usuário possui com o cotidiano, gerando oportunidades de descobertas de habilidades, convívio social e pertencimento.

Assim, este trabalho discorre sobre questões sociais envoltas no universo da diversidade funcional e dos equipamentos de saúde, a fim de construir projeto arquitetônico de um Centro de Cuidado que possa considerar, sobretudo as necessidades emocionais e físicas do usuário, colocados em igualdade às necessidades médicas e biológicas.

Para construir parâmetros para a implantação do empreendimento, além dos estudos teóricos, foram realizados levantamentos e diagnósticos para compreender a demanda e oferta de atendimentos no Estado de Goiás, abordados mais adiante.

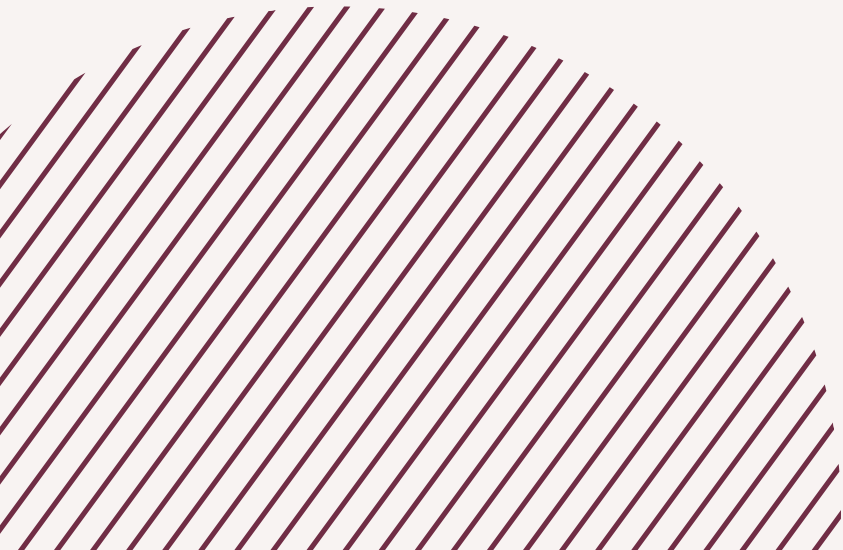
A inserção do novo equipamento aqui proposto, na cidade de Rio Verde, considera a necessidade de correção do processo histórico de centralização dos espaços de saúde praticados na capital do estado, buscando assim, ampliar a rede de atendimento e democratizar o acesso a serviços de maior complexidade a outros territórios.



Figura 2. Terapia ao ar livre Sarah Rio. Fonte: Portal Rede SARAH



Figura 3. Terapia ao ar livre Sarah São Luis. Fonte: Portal Rede SARAH



[1.1 JUSTIFICATIVA]

O Relatório Mundial Sobre a Deficiência (Estado de São Paulo, 2011, p.07) pontua que “Estima-se que mais de um bilhão de pessoas vivam com alguma forma de deficiência, algo próximo de 15% da população mundial (baseado em estimativas de 2010).” O mesmo Relatório aponta que:

Nos próximos anos, a deficiência será uma preocupação ainda maior porque sua incidência tem aumentado. Isto se deve ao envelhecimento das populações e ao risco maior de deficiência na população de mais idade, bem como o aumento global de doenças crônicas tais como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios mentais. (SÃO PAULO. Relatório Mundial sobre a Deficiência. 2011, p.5.)

Segundo dados do IBGE no Censo de 2010 (anexo A), dos 197,5 milhões de brasileiros (à época), mais de 61 milhões apresentavam algum tipo de deficiência, levando essa taxa para cerca de 31% da população brasileira, dos quais, ao se considerar deficiências auditivas, motoras, visuais, mentais e intelectuais, mais de 15 milhões apresentavam deficiências graves, sendo 8% da população brasileira.

O mesmo Censo (anexo A), apresentou que no estado de Goiás, dos 6.003.788 de habitantes (à época), 1.858.849 pessoas apresentavam algum tipo de deficiência, representando aproximadamente a mesma taxa nacional de 31%, enquanto que, aproximadamente 460 mil apresentavam deficiências graves – 7,74% da população goiana. Estes dados colocam em destaque a necessidade de se ampliar a rede de cuidados dedicados a PcD's, uma vez que este público se torna cada vez maior e mais visível.

O Sistema Único de Saúde (SUS) atua como protagonista do atendimento médico, de urgência, clínico e terapêutico no Brasil. Propicia atendimento de qualidade à toda a população, sendo um instrumento de referência nacional e internacional inquestionável sobre a democratização do acesso à saúde.

Há hoje uma rede ampla de serviços proporcionada pelo SUS, que se baseia na Atenção Primária à Saúde (APS) que, segundo o Ministério da Saúde (2021), “é o primeiro nível de atenção” e “a principal porta de entrada do SUS”. A estrutura deve distribuir “o fluxo dos serviços nas redes, dos mais simples aos mais complexos”.

No entanto, ainda segundo o Ministério da Saúde, essa atuação descentralizada, distribuída a âmbitos locais e comunitários, se dá principalmente através das Unidades de Saúde da Família (USF) ou, das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que, atendem apenas casos de menor complexidade. atendimentos de maior grau de especialização funcionam, no Estado de Goiás, de forma mais centralizada, sendo concentrados majoritariamente na cidade de Goiânia.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência garante que:

O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência. [...] Tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. (BRASIL. Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei nº13.146, 2015. Art. 14)

Mais adiante, o Estatuto da Pessoa com Deficiência garante também “atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário” (Art.18) através de “ações articuladas para garantir à pessoa com deficiência e sua família (...) formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social” (Art.17).

A prestação de serviços de reabilitação de alta complexidade em Goiás fica principalmente a cargo do CRER – Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, que é um centro de excelência. Entretanto, devido à grande extensão do território goiano¹, essa política de centralização gera grandes fluxos de deslocamento, bem como alta taxa de transitoriedade para a maior parcela dos atendimentos da área.

No que tange às pequenas e médias cidades, muitas vezes há escassez de recursos de deslocamento versus sua demanda, e mais das vezes esses meios estão despreparados para demandas específicas de parte dos pacientes, refletindo diretamente no usuário PcD, uma vez que há poucos veículos e equipamentos adequados ao seu deslocamento. Ao mesmo passo, as unidades que devem receber esses pacientes, se tornam cada dia mais sobrecarregadas e incapazes de suprir a demanda populacional, tanto em infraestrutura quanto em equipe.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, reconhece em seu preâmbulo que:

[...] a deficiência é um conceito em evolução e que resulta da interação entre as pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas; [...] as

pessoas com deficiência continuam a enfrentar barreiras contra sua participação como membros iguais da sociedade e violações de seus direitos humanos em todas as partes do mundo; [...] a maioria das pessoas com deficiência vive em condições de pobreza [...]. (BRASIL. Decreto Federal nº6.949. 2009)

O Decreto Federal nº 6.949 de 2009 pontua aqui questões concernentes a este debate. Consideremos este trecho da Convenção acima mencionado, como nosso recorte para a seguinte análise: Primeiramente, dentro de qualquer espaço urbano, aqui se imaginando os limites de uma cidade qualquer, apesar de haverem leis que estipulem o desenho universal, as barreiras arquitetônicas, urbanísticas e de transporte são muito mais preponderantes do que ferramentas de acessibilidade. O que leva ao entendimento de que, se o deslocamento entre um bairro habitacional periférico e uma clínica no centro da cidade pode ser um desafio, podemos supor então que, o deslocamento em um perímetro estadual ou intermunicipal aumenta exponencialmente essa limitação.

Em segundo lugar, dados demográficos, discutidos mais adiante, em consonância com a própria legislação, apontam que a maior parte da população com deficiência no território se encontra em condições socioeconômicas desfavoráveis, se tornando mais um fator limitante da livre possibilidade de deslocamento. O que nos leva à última afirmação a ser debatida sobre o recorte acima, que é o fato de que esse conjunto de fatores violam direitos básicos desses cidadãos e colaboram para que tratamentos especializados não sejam realizados de forma apropriada, bem como aumentam a probabilidade de abandono de tratamento, indo na contramão da garantia proposta pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, do direito à habilitação e reabilitação, acima exposto.

¹ Segundo o IBGE o Estado de Goiás possui 340.242,854km² com população estimada em 2021 de 7.206.589 pessoas.

Tendo este cenário em vista, define-se os usuários deste projeto, como sendo a pluralidade dos corpos funcionalmente diversos necessitados de cuidados médico-terapêuticos, residentes na Macrorregião Sudoeste do Estado de Goiás, entendendo-se que na atual conjuntura, apesar de haver atendimentos locais e regionais, adiante apresentados, direcionados a terapias de baixa complexidade, este público se encontra desassistido de atendimentos mais sofisticados em esfera territorial próxima, uma vez que se encontram mais afastados geograficamente de equipamentos com infraestrutura apropriada e que seu acesso é dificultado.

A criação do Centro de Cuidado Valoriza é então dedicada a tratamentos ambulatoriais psíco-físico-motores direcionados a pessoas com deficiência, especialmente de grau severo, de caráter permanente ou temporário, em tratamentos corriqueiros ou em processos de habilitação e reabilitação mais complexos.

Locado na cidade de Rio Verde, permitirá que muitas pessoas, principalmente dos menores municípios próximos, tenham mais oportunidade de acesso a esse espaço de cuidado, sendo reconhecidas em sua plenitude, através de ações de saúde atuantes em âmbito regional que busquem corrigir as profundas desvantagens sociais impostas à essa população, possibilitando cuidado a corpos e almas bem como sendo mecanismo de reintegração social que possa promover participação ativa na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades.



Figura 4. Croqui de João Filgueiras Lima - área de socialização.
Fonte: Arquitetura, uma experiência na área da saúde.

[1.2 OBJETIVOS]

O presente documento tem por objetivo apresentar proposta de caráter propositivo para o Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Goiás – Campus Goiás.

[1.2.1 Objetivo Geral]

Propor um novo centro de habilitação e reabilitação psico-físico-motor na cidade de Rio Verde, interior do estado de Goiás, oportunizar novas vagas, com menor deslocamento e maior segurança ao usuário, desafogando as instituições já em funcionamento propiciando melhor fluidez e eficácia ao Sistema Único de Saúde, tanto ao paciente, quanto ao prestador.

[1.2.2 Objetivos Específicos]

Compreender os principais aspectos que envolvem o universo da diversidade funcional, buscando os temas mais relevantes concernentes às vidas dessas pessoas, bem como a trajetória histórica que impulsionou os movimentos sociais de luta pelos direitos básicos das Pessoas com Deficiência;

Discorrer sobre os espaços de Arquitetura da Saúde e sua relação íntima com o Sistema Único de Saúde, principal veículo da democratização desses espaços;

Analisar exemplos reais de espaços arquitetônicos voltados ao cuidado de corpos com lesão e internalizar as necessidades do usuário;

Realizar levantamento de dados que apontem o perfil do usuário, quais suas necessidades e como a implantação do equipamento se justifica no território com propósito de atender a demandas carentes, atuando em conjunto com a rede de atendimento pré-existente;

Desenvolver projeto arquitetônico de um Centro de Cuidado voltado a habilitação e reabilitação no interior do estado de Goiás que leve em consideração os aspectos humanos do usuário, viabilizando tratamento humanizado e eficiente clinicamente, associado a princípios arquitetônicos que gerem pertencimento, valorização, reintegração social e autonomia.

[2 DEFICIÊNCIA]

Falar sobre deficiência sendo uma pessoa sem deficiência é um grande desafio. Não apenas por não ser meu lugar de fala, mas também por ter sido criada para não falar sobre isso, bem como amenizar, negar ou ignorar a deficiência, mesmo tendo pessoas com deficiência no meu convívio imediato e familiar, assim como grande parte da população mundial. Logo, percebe-se que, devemos sua invisibilidade ao campo social-estrutural da não educação.

A deficiência, como substantivo, é definida pelo dicionário Michaelis (2021) como: “1. Mau funcionamento ou ausência de um órgão; 2. Ausência de qualidade ou de quantidade; carência, falta, lacuna; 3. Falta de algo que se necessita.” As descrições acima representam o que a língua portuguesa entende por deficiência. Podemos entender que a descrição 1 é compreendida literalmente, mas os tópicos dois e três são culturalmente interpretáveis. Um fator interessante ocorre ao se adjetivar o termo: um exame médico rotineiro pode estar deficiente em determinado nível; um aluno pode estar deficiente em determinado conteúdo de escolar; alguém é deficiente.

Nos dois primeiros exemplos o adjetivo “deficiente” é utilizado em conjunto com o verbo “estar”, e em ambos os casos, o termo é desprovido de julgamento, representando um fato ordinário e possivelmente transitório, embora passível de atenção. O terceiro exemplo, no entanto, é acompanhado do verbo “ser”, e assinala uma “marca”, um julgamento, que se refere a um adjetivo corporal, indicando uma situação onde o sujeito está vinculado intimamente ao adjetivo, de maneira não transitória e, também coloca a qualidade

por uma construção social, como um fator que vem antes do sujeito, como uma característica que antecede sua humanidade.

O adjetivo “deficiente” consta no mesmo dicionário como: “1. Que apresenta alguma deficiência; falho, imperfeito, incompleto; 2. Insuficiente em termos de quantidade; deficitário, escasso; 3. Diz-se do número que é menor do que a soma de seus divisores.” Nota-se aqui uma infinidade de usos para a qualificação “deficiente”, porém, na descrição parece haver uma espécie de juízo de valor atribuída. Isso se dá pelo fato de “falha”, “imperfeição” ou “incompletude” serem termos tidos pela sociedade como negativos e reprováveis, mesmo que sejam ordinários e naturais; se dão também pela relação que “deficitário” passou a possuir com “insuficiente” no campo humano, e não no matemático e, por fim, voltando à definição do substantivo “deficiência”, definição 3, a narrativa antropológica da construção do corpo padrão como uma necessidade da vida humana, apesar de ser meramente um imaginário popular, uma vez que o ser humano é altamente adaptável.

Desta forma, o peso da palavra “deficiente” passa a ser entendido de diversas maneiras a depender de quem é o interlocutor. As visões sobre o que é e qual é a definição de deficiência variaram bastante no espaço-tempo e se mantém em constante evolução a partir de correntes filosóficas e sociais. No que concerne a este trabalho, a “deficiência” aqui citada, será tratada apenas como fator de diversidade humana que, assim como tantas outras, ocasionalmente, pode estar vinculada à necessidade de cuidado médico e terapêutico de corpos.

[2.1 TERMINOLOGIA CORRETA ACERCA DA DEFICIÊNCIA]

O documento que regula atualmente as definições médicas das deficiências é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Este foi um documento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e publicado no ano de 2001, tendo sua primeira publicação para português no ano de 2003.

O documento funciona como um guia científico de parâmetros universais para se determinar diagnósticos, bem como ser utilizado como ferramenta de medição de qualidade de vida, norteador de estatísticas e políticas públicas e sociais.

A OMS reconhece, em particular, que os termos utilizados na classificação podem, apesar de todos esforços, estigmatizar e rotular. Em resposta a esta preocupação, tomou-se a decisão, no início do processo, de abandonar totalmente o termo "handicap" (desvantagem, limitação) – devido às suas conotações pejorativas em inglês – e não utilizar o termo "incapacidade" como nome do componente, mas mantê-lo como o termo genérico geral.

No entanto, ainda permanece a difícil questão de como se referir aos indivíduos que enfrentam algum grau de limitação ou restrição funcional. A CIF utiliza o termo "incapacidade" para designar um fenômeno multidimensional que resulta da interação entre as pessoas e o seu ambiente físico e social. Por diversas razões, quando se referem a indivíduos, algumas pessoas preferem utilizar o termo "pessoas com incapacidade" enquanto outras preferem "pessoas incapacitadas". À luz desta divergência, não há uma prática universal a ser adotada pela OMS, e não é apropriado que a CIF adote rigidamente uma abordagem em detrimento de outra. Em vez disto, a OMS confirma o princípio importante de que as pessoas têm o direito de serem chamadas da forma que melhor desejem. (OMS. CIF. Anexo 5, 2001, p.193)

Os movimentos sociais, abordados no subcapítulo sobre contexto histórico, buscaram e buscam ainda, desvincular várias terminologias do cotidiano linguístico acerca de pessoas com deficiência. Dentre eles, busca-se, apesar do que delimita a CIF, minimizar o uso do termo "incapacidade", bem como abolir o uso do

termo "portador" e a expressão "deficiente" quando utilizada sozinha. Segundo o Ministério Público do Paraná:

Este termo (portadores) faz referência a algo que se "porta", como algo temporário, quando a deficiência, na maioria das vezes, é algo permanente. Além disso, a expressão "portador de deficiência" pode se tornar um estigma por meio do qual a deficiência passa a ser a característica principal da pessoa em detrimento de sua condição humana, o que não é compatível com um modelo inclusivo, que visa a promoção da igualdade e não discriminação. Assim como no caso anterior, a utilização do termo isolado (deficiente) ressalta apenas uma das características que compõem o indivíduo, ao contrário da expressão "pessoa com deficiência", que mostra-se mais humanizada ao ressaltar a pessoa à frente de sua deficiência, valorizando-a independentemente de suas condições físicas, sensoriais ou intelectuais. (PARANÁ, Estado. Ministério Público. Pessoa com deficiência – Conceitos de deficiência.)

Neste caminho de evolução linguística, o termo "diversidade funcional" foi então proposto inicialmente em 2005 no Fórum de Vida Independente na Espanha por Augustina Palacios e Javier Romañach, e, busca substituir o termo "deficiência", uma vez que este pode ser entendido como possuidor de atributos pejorativos e relaciona a diferença funcional com alguma culpa do indivíduo por sua condição. Segundo Pereira (2009): "para designar as pessoas com deficiência, independentemente do tipo ou grau da deficiência, utilizam-se os termos 'diversidade funcional' e 'diferença funcional', que não enfatizam os aspectos negativos, comum na terminologia vigente." A terminologia "deficiência", no entanto, é ainda aplicada no campo formal dos estudos biomédicos e de saúde, sendo utilizada, inclusive, em diversos documentos oficiais importantes para a discussão sobre a área da reabilitação e, dentre tantos outros termos pejorativos, sua utilização ainda é aceitável.

[2.2 TIPOS DE DEFICIÊNCIA]

Segundo o Ministério da Saúde (2009), as deficiências podem ter origem congênita ou ser adquiridas. Alguns casos são detectáveis logo ao nascimento, e outras se manifestam ao decorrer da vida.

As causas congênitas podem estar relacionadas a fatores hereditários, genéticos, ou, à má formação fetal ou a problemas gestacionais, durante o parto ou através de assistência inadequada a recém-nascidos. Dentre as causas das deficiências adquiridas, o Ministério da Saúde (2009) aponta os principais causadores:

Doenças transmissíveis como a rubéola, toxoplasmose, meningite, doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, aids), sarampo; Doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, infarto, acidentes vasculares, Alzheimer, Parkinson, câncer, osteoporose; Perturbações psiquiátricas; Desnutrição infantil – carência de vitaminas/ferro; Violência na família, na comunidade e no trânsito associada ao abuso de álcool e de drogas; Acidentes de trânsito e de trabalho; Quedas em idosos; Doenças que atingem os idosos mais frágeis, ou o agravamento de condições físicas impostas pelo envelhecimento em si; Más condições de vida na periferia das cidades e áreas rurais – falta de escolas, habilitação, água tratada, alimentação adequada, esgoto sanitário e coleta de lixo; inundações, desmoronamentos e poluição dos rios. (BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2009.)

Segundo a cartilha acima citada do Ministério da Saúde (2009, p.11), saber as principais causas das deficiências possibilita “planejar medidas de prevenção, direcionando políticas públicas nas áreas do trânsito, violência, educação, saúde, saneamento e assistência social.”

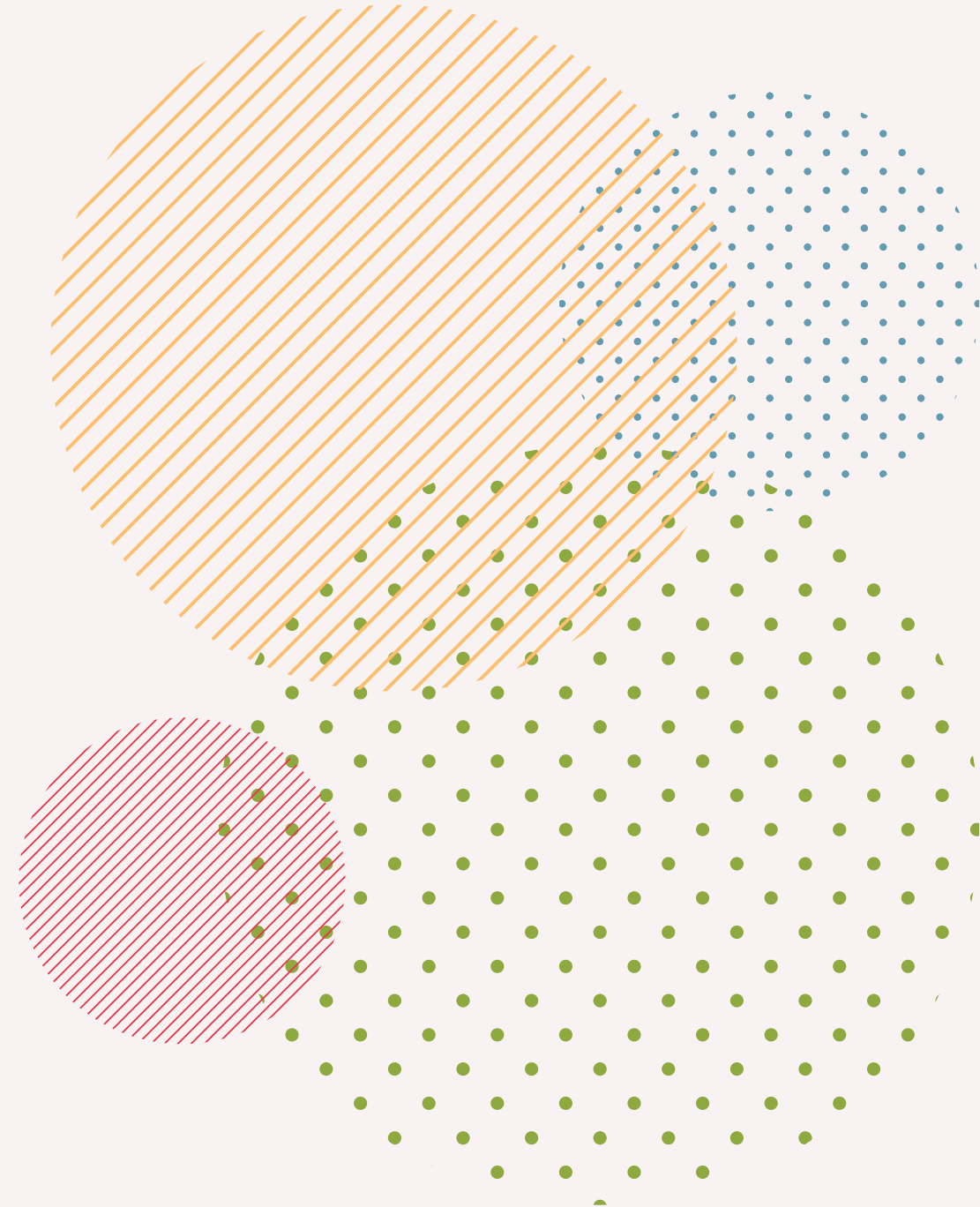
As deficiências podem se apresentar de diversas formas. As mais gerais são as apresentadas na tabela ao lado.

FÍSICAS MOTORAS	Que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, parapesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, hemiplegia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.” (Lei nº10.690 de 10 de junho de 2003). As doenças terminadas em -plegia significam que a pessoa perdeu o movimento do membro, a -paresia é quando se perde a sensibilidade do membro atingido.
PARALISIA CEREBRAL	Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central tendo como consequência, alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental. Geralmente os portadores de paralisia cerebral possuem movimentos involuntários, espasmos musculares repentinos chamados espasticidade (rigidez) ou hipotonia (flacidez). A falta de equilíbrio dificulta a deambulação e a capacidade de segurar objetos.
MENTAL	Podendo ser mental ou intelectual, refere-se a padrões intelectuais reduzidos e inadequação de comportamento adaptativo.
VISUAL	Perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com o uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico. Existem também pessoas com baixa visão, cujos limites variam com outros fatores, tais como: fusão, visão cromática (acrêscimo próprio: daltonismo), adaptação ao claro e escuro, sensibilidades a contrastes, etc.
AUDITIVA	Perda total ou parcial da capacidade de ouvir. A perda da audição pode ser dividida em perda do tipo neuro – sensitivo e perda do tipo condutivo. O tipo condutivo do defeito permite, em geral, tratamento médico ou cirúrgico. O indivíduo com esse tipo de perda usa muito bem, na maioria dos casos, o aparelho de surdez e apresenta problemas de reabilitação relativamente simples. Já a pessoa com o tipo neuro sensorial de perda da audição apresenta maior número de problemas para sua perfeita reabilitação. Esse tipo de perda pode ser congênito ou de etiologia adquirida. Se o indivíduo adquiriu boa linguagem antes da doença de que resultou a perda neuro-sensorial da audição, provavelmente será otimamente reabilitada. Se a perda é de origem congênita e grave, não podemos esperar fala e linguagem normais (sic), mas podemos prever comunicação efetiva como resultados de medidas máximas para sua reabilitação (GOIÁS, Estado. Ministério Público. Diferentes deficiências e seus conceitos.)
MULTIPLAS: Quando a pessoa apresenta conjuntamente duas ou mais deficiências	

Tabela 1. Tipos de deficiência. Fontes: Ministério Público GO - Diferentes Deficiências e seus conceitos; Instituto Benjamin Constant - Os conceitos de deficiência.

Em um contexto atual, segundo o Ministério Público do Estado de Goiás, outras variantes podem ser adicionadas à lista, como “Condutas típicas”, TGD/TEA³, deficiência na linguagem, altas habilidades/superdotação, distúrbios de aprendizagem, distúrbio de déficit de atenção e/ou hiperatividade, distrofia muscular progressiva, lábio leporino, albinismo, hidrocefalia, entre outros. No entanto, os indicadores que o IBGE utiliza não incluem perturbações, doenças ou transtornos mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose.

Além disso, as deficiências são classificadas em 4 graus, sendo leve, moderado, grave ou severo e profundo.



³ TGD/TEA: Segundo o Instituto Neurosaber, TGD representa Transtorno Global do Desenvolvimento e é o nome que se dá quando há atrasos significativos na linguagem, pensamento, habilidades sociais ou motoras e, TEA, representa Transtorno do Espectro Autista

[2.3 CONTEXTO HISTÓRICO E ATUAL]

Segundo Aparecida de Souza e Mancussi e Faro (2011), na Pré-História as condições de sobrevivência humana levavam à crença de que corpos com lesão seriam incapazes de sobreviver, o que fazia com que essas pessoas fossem abandonadas. Na sociedade ocidental, ainda segundo as autoras, na Antiguidade houve um esforço em se tentar reparar as “imperfeições” corporais, com o desenvolvimento inicial da medicina e do entendimento da anatomia humana, havendo registros inclusive de utilização de membros artificiais.

Na Idade Média, no entanto, todos os acontecimentos eram correlacionados à vontade divina, o que por um lado fez com que a sociedade, por seus princípios Cristãos, abraçasse o cuidado a quem necessitasse, embora encarcerassem essas pessoas em espaços não visíveis, mas que, por outro, deu margem à interpretação de que a não “perfeição”, aqui correlacionada ao corpo não padrão, era um pecado, algo maligno, gerando, segundo Aparecida de Souza e Mancussi e Faro (2011), uma “interrupção dos estudos de medicina e sobretudo da reabilitação” uma vez que tais eram tidos como interferências à obra divina, acarretando, inclusive, a casos de condenação de PcD’s em tribunais de inquisição pela simples diferença que possuíam com o “homem padrão”. No que tange a cuidado a corpos, nesse momento histórico, independentemente das crenças religiosas, a prática médica era considerada holística.⁴

No século XIV, segundo Barros (2002, p.72), surge o modelo biomédico, que “tem suas raízes históricas vinculadas ao Renasci-

mento.” Neste período, apesar de a busca pelo conhecimento fazer reaparecer nas pautas médicas o cuidado a corpos, sua abrangência se restringia ao indivíduo, não contemplando seu contexto emocional e/ou social.

No século XV, através do Iluminismo, Rene Descartes realiza um impulsionamento ao racionalismo moderno, à fragmentação científica e à dualidade do pensamento cartesiano. Segundo Barros (2002, p.73), Descartes propôs que se devesse “separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis, e que sejam requeridas para solucioná-la.”

Apesar de toda a importância que apresentou à evolução humana, aos avanços científicos e biomédicos, esses movimentos resultaram em um apagamento da multidisciplinaridade exigida ao cuidado de pessoas com deficiência. Se por um lado, a especificidade levava a um conhecimento íntimo e profundo de um determinado assunto, por outro, segundo Barros (2002, p.79), os componentes de ordem subjetiva ou afetiva passaram a ser anulados, ignorando o que não estivesse vinculado ao objeto de análise, fazendo com que a “deficiência” se enquadrasse a uma busca científica por “solução” de um “problema” biológico pontual.

O surgimento dos equipamentos destinados ao processo de restabelecimento de funções corpóreas e psíquicas de lesionados está vinculado a quatro grandes eventos da história humana:

- A Revolução Industrial, responsável pelo aumento dos esforços de repetição, de longas jornadas de trabalho e subnutrição, resultando a um aumento exponencial de acidentes de trabalho,

⁴ Derivado do termo “*Holos*”, que quer dizer inteiro; todo; completo).

sendo também o berço de diversas doenças crônicas;

- O êxodo rural resultado da industrialização, gerando grandes aglomerados urbanos, mais das vezes sem infraestrutura sanitária adequada, resultando em grandes crises epidêmicas, uma delas sendo a poliomielite: responsável por diversas defuncionalidades corporais;
- A Primeira e a Segunda Guerras Mundiais, responsáveis por números elevadíssimos de traumas físicos, e, a última, responsável por escancarar o preconceito contra pessoas com deficiência através de processo de extermínio em massa.

Embora esses quatro eventos tenham despertado para a urgência em se criar métodos para auxiliar esse público, foi a partir das Grandes Guerras que o assunto foi mais institucionalizado, uma vez que grande parte da juventude mundial foi vítima de grandes tragédias, gerando uma espécie de consciência coletiva de responsabilidade, pressionando governos a procurar formas de amenizar o sofrimento e procurar reestabelecer esses indivíduos ao seio da sociedade.

A estratégia de institucionalização, no entanto, não foi bem sucedida. O processo biomédico de reabilitação nesses ambientes consistia majoritariamente na manutenção da vida, sem que, necessariamente, vida estivesse atrelada a qualidade de vida.

As imagens ao lado demonstram políticas de institucionalização que foram executadas voltadas ao abrigo de pessoas com deficiência. Não possuíam profissionais suficientes nem infraestrutura adequada para atendê-los, resultando em opressão, caos, insalubridade e crime contra a humanidade dessas pessoas.

Figura 6*

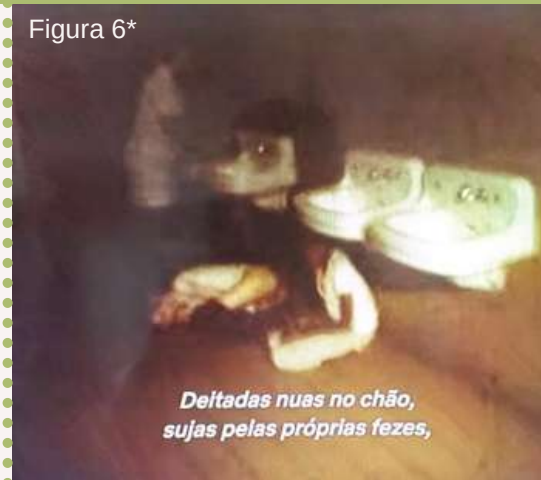


Figura 7*

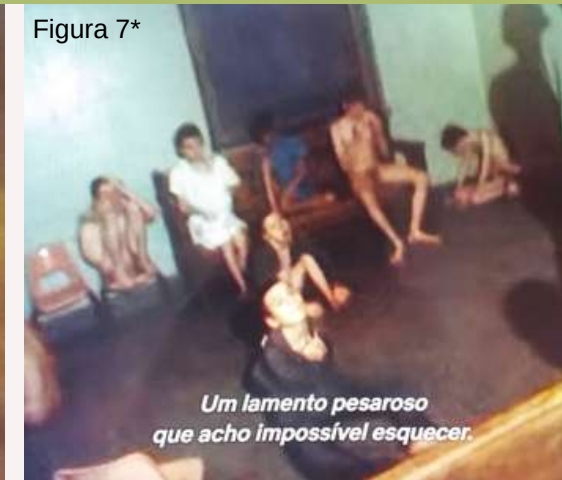


Figura 8*



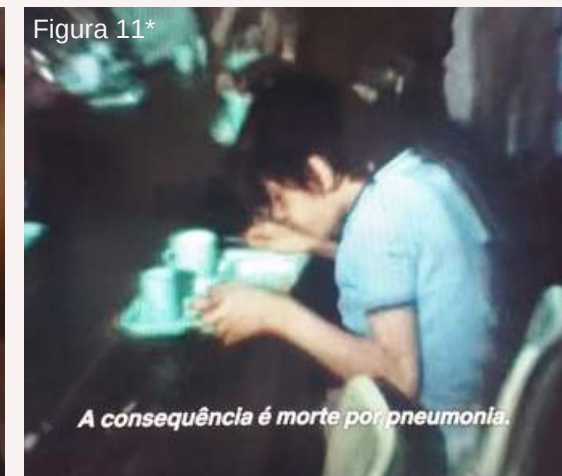
Figura 9*



Figura 10*



Figura 11*



Na instituição retratada, com apenas uma atendente para 50 crianças com deficiências severas e profundas e, apenas 3 minutos para alimentar cada criança, além do sofrimento, o resultado era geralmente morte, não sendo muito distante da realidade praticada na História Antiga.. O que se passava de errado nestas cenas ainda não era compreendido pela sociedade.

Num passado recente os hospitais eram orientados no sentido da especialização e dentro do conceito restrito a cura. O hospital não restituía o paciente, de modo a estabelecer bem estar de sua família e de seu grupo social. Com o passar dos anos a necessidade do trabalho integral voltado para o paciente tornou-se fundamental, e assim criou-se a quarta função da medicina, depois da promoção, prevenção e do tratamento médico propriamente dito, nasce à Reabilitação. Reabilitação é um processo educativo e assistencial, multiprofissional, que prima pela busca compartilhada do desenvolvimento das capacidades remanescentes, prevenção do agravamento de incapacidades e do aparecimento de complicações. É compartilhada porque envolve o paciente, o cuidador familiar e o profissional especialista em reabilitação. (Aparecida de Souza, L., Mancussi e Faro, AC. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem nesse contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. Revista Eletrônica Trimestral de Enfermaria. 2011)

Esta visão, no entanto, é posterior ao surgimento dos primeiros centros destinados à reinserção social de pessoas vítimas de traumas. Segundo Diniz (2007), apesar de ter-se entendido que a reabilitação deveria contar com mais do que o processo “curativo” do corpo, a luta por humanização nesses espaços só veio a acontecer através de movimentos sociais compostos por pessoas com deficiência que se engajaram em uma luta política por seus direitos.

Ainda segundo Diniz, a partir da década de 1970, especialmente no Reino Unido, um grupo de pessoas começou a levar o debate sobre a deficiência para além do âmbito da medicina, o expandindo ao campo do debate social. Tal debate era pautado na ideologia de que a opressão ao corpo deficiente era mais uma dentre tantas outras for-

mas de opressão, como o sexismo, o racismo ou outras agressões a minorias sociais. Essa nova ideia enfrentava a dominância que as áreas biológicas exerciam sobre o tema, o expandindo para espaços muito mais interdisciplinares. Segundo Diniz:

Nessa guinada acadêmica, deficiência não é mais uma simples expressão de uma lesão que impõe restrições à participação social de uma pessoa. Deficiência é um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente. (DINIZ, Debora. O que é deficiência. Pág. 5. Ed. Brasiliense. 2007. Edição do Kindle.)



evolução pela Inclusão
Figura 12*



Tradução da autora:
"Direitos civis para deficientes".
Figura 13*

* Figura 12. Crianças institucionalizadas em Willowbrooks - EUA; Figura 13. Ativista em manifestação pelos direitos das pessoas com deficiência - EUA. Fonte: Documentário Crip Camp (2020). Netflix. Fotos da autora.

Tradução da autora:

"Estamos cansados de sermos cidadãos de segunda classe".

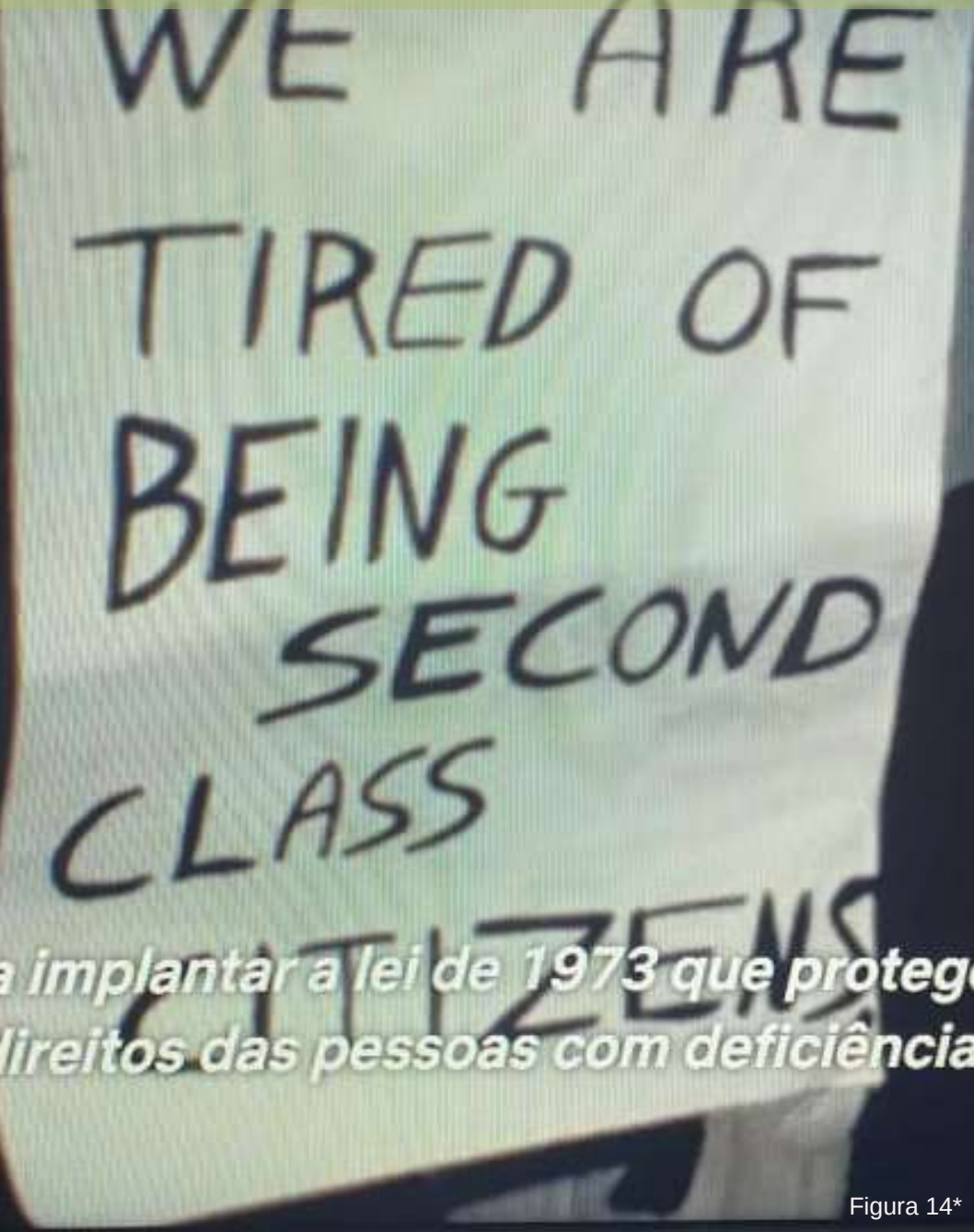


Figura 14*



Figura 15*

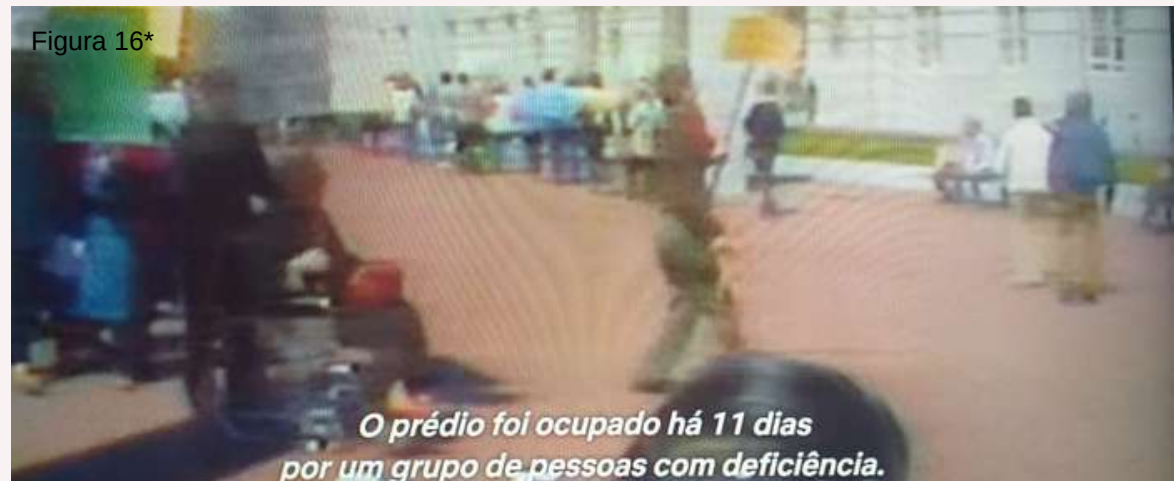


Figura 16*



Figura 17*

É o início do Modelo Social da Deficiência. Segundo a autora supra citada, a narrativa construída, principalmente pelas Grandes Guerras, criou um vínculo imagético entre a deficiência e acontecimentos trágicos. A construção ideológica do movimento se pautava no desafio de negar a deficiência como tragédia pessoal e vinculá-la a uma questão de justiça social e de necessidade de ações para além do campo biológico através de ações de reparação à desigualdade. Este modelo, acima de tudo, propunha que a deficiência não era resultado de alguma inabilidade ou incapacidade pessoal do indivíduo, mas sim, da incapacidade da sociedade, por barreiras arquitetônicas e sociais, de lidar com a pluralidade de suas necessidades para alcançar instrução, mobilidade, autonomia e suficiência.

De acordo com Diniz (2007), uma das principais organizações foi a britânica UPIAS – Union of the Physically Impaired Against Segregation (União dos Deficientes Físicos Contra a Segregação) que negava as definições médicas de que “a deficiência é consequência natural da lesão em um corpo” e introduzia que a deficiência advinha das barreiras impostas pela sociedade, que encarceravam esses corpos em espaços para tratamento ou reabilitação ou ao âmbito privado, e que pouco faziam para reduzir a hostilidade do meio para com a diversidade física, principalmente no campo da empregabilidade.

Ao mesmo tempo, ocorria nos Estados Unidos da América a Guerra do Vietnã, que levou milhares de jovens estadunidenses a sérios traumas psicológicos e físicos, agravados por processos institucionais descuidados. O ambiente dos anos de 1970 no país oportunizaram uma série de manifestações a favor de diversas pautas

minoritárias, entre elas o fim da guerra, pautas raciais, feministas e também dos direitos das pessoas com deficiência, que era número exponencialmente crescente à época. Não apenas a guerra, mas também a inspiração de Woodstock e suas reverberações ideológicas inspiraram movimentos bem sucedidos de busca de regulação formal para equidade para pessoas com deficiência.

Vale-se lembrar que, na mesma década (1970), ocorreu no Brasil uma epidemia de meningite, resultada da precariedade do sistema de saúde da época, que levou milhares de pessoas a sofrerem gravíssimas sequelas físico-motoras.

É importante colocar que em nenhum momento os movimentos objetivavam negar a eficiência dos avanços médicos para o tratamentos necessários, mas sim, transpor a linha das barreiras arquitetônicas, de institucionalização e de medicalização da deficiência e chegar a questões de políticas públicas inclusivas que negassem a discriminação.

Diniz (2007) afirma que, a OMS no ano de 1980 realizou um grande retrocesso à luta dos direitos das PcD ao publicar a então denominada ICIDH (Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap) que não incluía nenhum vestígio do Modelo Social, “incluindo as lesões como consequências de doenças, ao estabelecer uma sequência lógica entre doença, lesão, deficiência e handicap” que atuou durante vinte anos como uma política de saúde que definia que:

Lesão: é qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica de estrutura ou função; Deficiência: é qualquer restrição ou falta resultante de uma lesão na habilidade de executar uma atividade da maneira ou da forma considerada normal para os seres humanos; Handicap: é a desvantagem individual, resultante de uma lesão ou deficiência, que limita ou dificulta o cumprimento do

papel considerado normal. (DINIZ, Debora. O que é deficiência. Pág. 34. Ed. Brasiliense. 2007.)

Ao passo em que a política dita muito do que é o entendimento sobre a deficiência, o mundo entrou novamente em uma era onde as definições médicas sobre os deficientes se sobrepunham às questões humanas. Felizmente, a luta social permaneceu e, em 2001, reconhecendo o retrocesso do ICIDH, a OMS formulou a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade), que buscou abordar o conceito “biopsicossocial”, reconhecendo a interdisciplinaridade da pauta PcD e integrando medicina, individualidade e sociedade, seguido pelas narrativas de alteração linguísticas citadas anteriormente.

A introdução do conceito de Diversidade Funcional (2005), segundo Parra (2007), teve por princípio introduzir conotações neutras, não valorativas e negativas, não sendo restringida a apenas um coletivo, mas a toda a diversidade humana, uma vez que ninguém possui capacidades e funcionalidades iguais dentro da espécie. O termo busca desvincular que atribuições discriminatórias sejam vinculadas à “deficiência”, mostrando que a diversidade é uma constante na vida humana, seja por razão de nascimento, doenças, acidentes ou pelo processo de envelhecimento, sendo inerente à vida, uma vez que nossas capacidades são diferentes mesmo entre a infância, vida adulta e velhice, alterando capacidades físicas, mentais e sensoriais.

Essa social é hoje o mais próximo que conseguimos alcançar da verdadeira igualdade social, apesar de ser sabido que a sociedade ainda não corresponde a tais avanços acadêmicos. Apesar de tudo, o preconceito e a falta de habilidade política e social afetam forte e negativamente a diversidade funcional, inclusive a brasileira, de for-

ma muito agressiva, gerando incansavelmente o fenômeno do capacitismo, havendo a necessidade do debate de que a inclusão vai além de se pensar em cuidados médicos, readaptações e no caso da arquitetura, rampas.

A grosso modo, o capacitismo é uma forma de agressão a PcDs que atrelam sua existência à crença da não capacidade, e isso se manifesta de diversas maneiras, podendo estar atrelado a várias atitudes cotidianas muitas vezes despercebidas das pessoas sem deficiência. Segundo Di Marco (2020):

Capacitismo é a opressão e o preconceito contra pessoas que possuem algum tipo de deficiência, o tecido de conceitos que envolve todos que compõem o corpo social. Ele parte da premissa da capacidade, da sujeição dos corpos deficientes em razão dos sem deficiência. Acredita que a corporalidade tange à normalidade, a métrica, já o capacitismo não aceita um corpo que produza algo fora do momento ou que não produza o que creditam como valor. Ele nega a pluralidade de gestos e de não gestos, sufoca o desejo, mata a vontade e retira, assim, a autonomia dos sujeitos que são lidos como deficientes. O termo da eficiência aqui percorre a partir da ideia do que se entende como ser eficiente. Se vivemos em um sistema capitalista em que sua existência depende da desigualdade social, subjetiva e substancial, o capacitismo se nutre da lei do mais eficiente para domar e inviabilizar esses corpos que podem ter um ritmo de eficiência diferente. A questão aqui é a desumanização do corpo com deficiência, se possui um rótulo de ineficiente, incapaz, assim o é. (DI MARCO, V. Capacitismo. P. 11.)

Segundo a ativista e influenciadora digital Mariana Torquato (2021), a exemplo, uma das formas com que esse fenômeno pode se manifestar é através do famigerado “exemplo de superação”. Segundo ela:

A palavra inspiração pode até ser legal para você que não tem deficiência e não escuta ela toda vez que faz algo cotidiano, tipo cortar uma cebola. E é por isso que estamos de saco cheio de sermos tratados como inspiração e exemplo de superação: isso desumaniza a gente, porque

mostra que a expectativa das pessoas é tão baixa que qualquer coisa banal que a gente faça é tratado como se fosse uma subida ao Everest. Nós somos 15% da população mundial e não estamos aqui para inspirar ninguém. As Paralimpíadas estão aí para mostrar que somos tão ou até mais capazes quanto atletas de alto desempenho que treinam muito para estar ali. São os jogos de 15% da população mundial. E, antes de qualquer coisa, somos humanos com sonhos, desejos, erros e acertos. Estamos aqui vivendo e aprendendo e não viemos ao mundo para te inspirar a “ser melhor” ou “dar valor ao seu corpo”. (sic) (Marina Torquato. Instagram @marinatorquato. 30 ago. 2021.)

Em entrevista no ano de 2021, a arquiteta Luciene Gomes, também ativista dos direitos das PcD, argumentou sobre como o capacitismo se manifesta em esferas sociais. Ela aponta que o capacitismo é o grande responsável por impor grande parte da vulnerabilidade na qual a diversidade funcional se encontra. Ela cita que o fenômeno limita as oportunidades de qualificação e sujeita essas pessoas a subempregos por não serem compreendidas por suas inúmeras e grandes capacidades uma vez que são diversas coisas além de suas deficiências. Segundo ela, a resposta social gera também a infantilização e uma relação de assistencialismo a PcDs, limitando-os a um espaço de dependência das sobras da sociedade, sendo desprovidos mais das vezes de oportunidades para conseguirem independência, financeira inclusive.

Outra pretensão social é impor a corpos com deficiência que seu objetivo de vida deve ser se curar e erradicar de si aquilo que o torna “deficiente”. Supor que os anseios das pessoas seja se igualar ao padrão normativo é tão absurdo quanto supor que os desejos de todas as pessoas do mundo sejam os mesmos. Os objetivos de vida de cada pessoa são tão singulares quanto sua própria existência, e o processo de reabilitação não deve existir para satisfazer as convenções sociais de que todos devem se “normalizar”, pois isso,

por si só, é o mesmo que dizer que se não atenderem ao menos ao desejo de que isso aconteça, seu lugar no mundo não é justificado.

É importante colocar que nem toda deficiência é visível, mas que toda ela é parte compositiva do sujeito, mas que não é o que o define. A maioria das PcD foram e continuam sendo, de modo geral, vítimas de muitas injustiças históricas e contemporâneas, de cunho médico, científico, econômico, político e social. Falar sobre a diversidade funcional quebra a zona de conforto das pessoas jovens (ou não), saudáveis (ou não) e sem deficiência, mas, é antinatural que essa pauta gere tanto desconforto. A espécie humana é plural de todas as formas possíveis e já é passado o momento em que todos os tipos de corpos tenham suas vozes ouvidas e necessidades atendidas.

Não menos importante, vale-se pontuar um último marcador: o advento da pandemia de COVID-19, que até o momento já levou a óbito mais de 600 mil pessoas apenas no Brasil e causou sequelas em um grupo muito maior. Dentre a classificação de grupos de risco, encontra-se a pluralidade das PcD's. Segundo Bernardes LCG et al. (2009) “estas pessoas estão dentre as mais estigmatizadas, mais pobres e que têm os níveis mais baixos de escolaridade de todos os cidadãos mundiais”.

Esse estado de extrema vulnerabilidade claramente acarreta maiores riscos considerando-se que se aponta que as classes socioeconômicas mais vulneráveis são mais acometidas da doença por maior dificuldade em se estabelecer distanciamento social e da maior dificuldade de se praticar o isolamento, no entanto, sua maior desvantagem não se encontra nos dados econômicos estatísticos, mas sim no fato de que seus corpos podem se encontrar mais vulne-

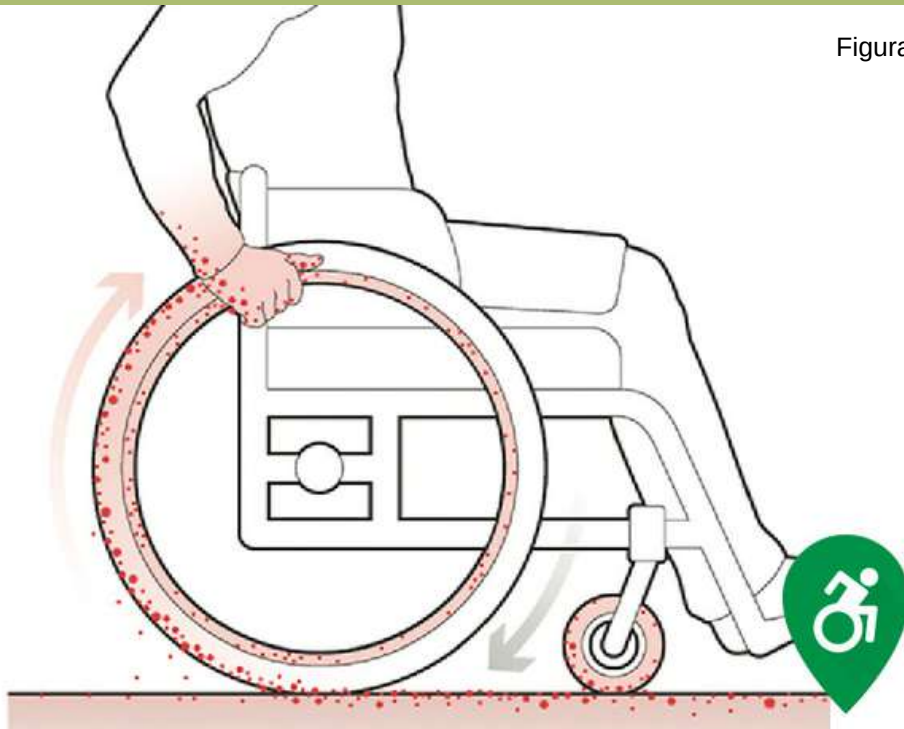


Figura 18*

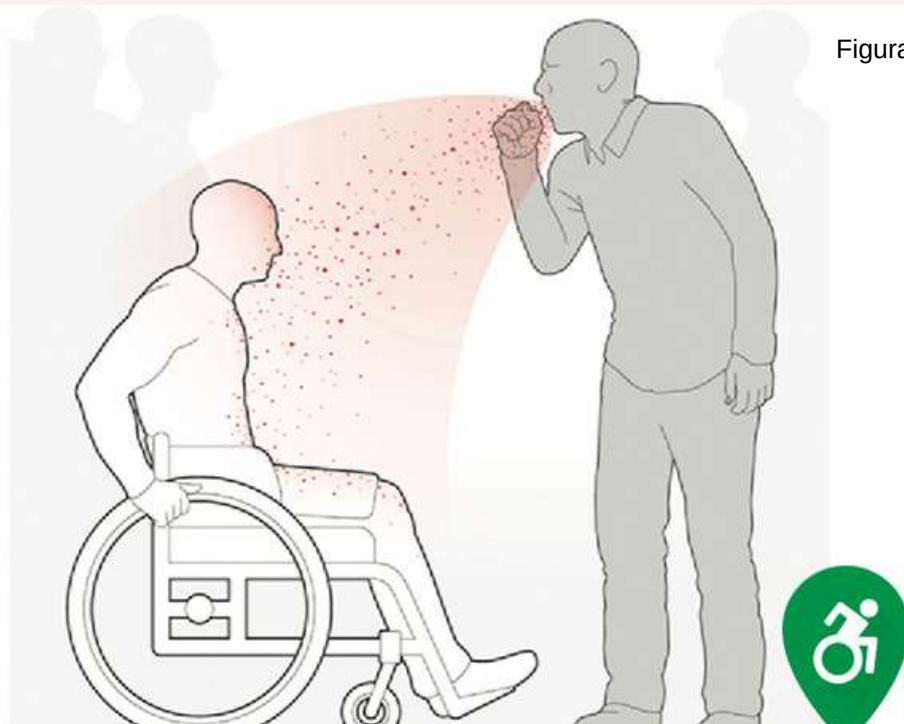


Figura 19*

ráveis ao vírus.

Obviamente aqui cabe-se considerar que este é um grupo muito heterogêneo que não se cabe igualar mas que pode apresentar maior fragilidade imune. Além do fator imune, segundo o COEDE (Conselho Estadual dos Direitos das PcD) do Paraná (2020), a probabilidade de um PcD contrair coronavírus é três vezes maior do que as de uma pessoa sem deficiência. Segundo o Conselho, "a possibilidade de contágio é maior porque a maioria delas precisam se apoiar em outros locais para se movimentar ou requer do auxílio de cuidadores para atividades cotidianas", essa possível contaminação por contato, pode se dar por meio do manuseio de objetos de apoio à mobilidade, como bengalas, cadeiras de roda, andadores ou mesmo tateamento.

Dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás (2021, anexo E) apontam que os atendimentos prestados pelo CRER no ano de 2019 foram totalizados em 7.739 e caíram para 4.618 no ano de 2020, indicando queda de aproximadamente 40% de procura terapêutica regular, demonstrando apontadores quantitativos de como as pessoas com deficiência possuem maior insegurança quando se trata de COVID-19.

Uma vez compreendida a realidade das PcD's, este trabalho compreende que, a criação do Centro de Cuidado Valoriza deve estar vinculada principalmente à atenuação das inúmeras desvantagens históricas e sociais às quais esse público foi submetido, e assim, oportunizar, com segurança epidemiológica, um espaço de tratamento gerador de qualidade de vida, respeito, valorização, autonomia autoestima e capacitação.



Figura 20



Figura 21*



Figura 22*



Figura 23*



Figura 24*



Figura 25*



Figura 26*



Figura 27*

* Imagens 19 a 26. Atletas nas Paralimpíadas. Fontes (respectivamente em ordem numérica): <https://bit.ly/3jFzcVi>; <https://bit.ly/3GsR2on>; <https://bit.ly/3EoaPDw>; <https://bit.ly/3EpyeVs>; <https://bit.ly/3bjDIV7>; <https://bit.ly/3EpB0JY>; <https://bit.ly/3behaFI>; <https://bit.ly/3ny6c3c>.

A saúde é definida pelo dicionário Michaelis (2021) como “Estado do organismo com funções fisiológicas regulares e com características estruturais normais e estáveis, levando-se em consideração a forma de vida e a fase do ciclo vital de cada ser ou indivíduo”. Academicamente é um conceito complexo, estudado extensivamente e passível de ser definido de diferentes formas, óticas e temáticas.

Almeida Filho coloca que:

saúde é um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos. (ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? P.13. 2011)

Algumas vertentes ideológicas se destacam no estudo definidor de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda em 1947, em um momento pós Guerra, definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Sob um viés antropológico, a OMS buscava uma espécie de reparação aos traumas físicos e psicológicos decorrentes da Segunda Guerra e a reconstrução de sociedade e ambientes.

Essa perspectiva da OMS (1947) pode ser considerada bastante otimista e se aproxima da forma holística da medicina. Sob o viés da não cura, mas sim cuidado amplo, esta definição pode ser próxima do papel humanístico e global da reabilitação ao buscar promover dignidade e estado de bem estar não só ao indivíduo isoladamente, ampliando-se a contextos ambientais e sociais. Apesar de obviamen-

te ser praticamente impossível que qualquer ser humano esteja simultaneamente em “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, a tentativa exercida por esse modelo ideológico, aplicado ao âmbito da reabilitação, caminha para o entendimento da diferenciação entre a denominada deficiência e o campo da doença ou enfermidade e o distanciamento de tentativas de se anular ou remover diferenças.

Almeida Filho (2011), no entanto, compreende a análise da OMS como uma “reinvenção do nirvana”, ao passo em que o “todo completo” proposto levava a um “nada da doença” e se distanciava dos objetivos médicos de sistematizar enfermidades.

O lado oposto da visão biopsicossocial, adotado hoje pela OMS através CIF, é o modelo biomédico proposto por Descartes, ambos anteriormente debatidos. Uma das principais afirmativas nesse que segue essa linha é a teoria de Christopher Boorse (1975), criador da Teoria Estatística da Saúde. Ele trazia uma teoria negativa da saúde-doença, baseado em uma crença naturalista e de evolução das espécies. Afirmava ser a saúde um estado de ausência de doença, bem como compreendia o conceito de enfermidade como uma subclasse da doença que contenha efeitos incapacitantes.

Essa vertente, bastante cartesiana, se afasta bastante de efeitos multidisciplinares, e pode ser entendida como uma afirmação dos padrões de normalidade, uma exaltação ao homem padrão⁵, o que, dentro do viés discutido ao longo deste trabalho, é entendido como uma grande pejoratividade quando levado ao campo da diversidade funcional. Esse modelo, segundo Barros (2002) é ainda muito pre-

⁵ Homem padrão: compreensão que se baseia em uma suposta normalidade no funcionamento corporal, a partir de entendimentos anatômicos padronizados, considerando as diferenças funcionais como falhas ou defeitos.

sente nas práticas de saúde, por ser parte estrutural dos cursos de formação profissionais, no entanto, ele afirma que:

[...] médicos sensíveis estão insatisfeitos com o referido modelo, não propriamente porque o mesmo não responde a muitos dos problemas clínicos e sim, devido ao fato de que se dão conta das reações psicológicas dos seus pacientes e dos problemas socioeconômicos envolvidos na doença, mas não veem como incorporar essas informações na formulação diagnóstica e no programa terapêutico. (BARRÓS, JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? 2002, p.81)

Considerando-se assim ultrapassada a visão biomédica, uma perspectiva contemporânea é a teoria da saúde ecossistêmica. Siqueira et al (2018, p.560) propõe a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que o conceito de saúde deve ser ampliado, “constituído por uma rede interconexa de componentes/elementos, que inclui o meio ambiente, que se inter-relacionam e subsidiam a saúde.” Ele afirma que:

O ambiente expresso como uma totalidade/unidade num espaço/tempo determinado, no qual o ser humano vive, trabalha e se desenvolve, pode ser considerado um ecossistema do qual o ser humano é um dos elementos. [...] A saúde humana e o ecossistema encontram-se intrinsecamente interligados, pois formam uma totalidade/unidade. Dessa forma, a atenção à saúde precisa ser permeada por valores que ultrapassam o tratamento físico/biológico do processo saúde-doença-cuidado e incluir os fatores socioculturais, espirituais e ambientais que são capazes, quando satisfeitos, de manifestar bem-estar, qualidade de vida e, conseqüentemente, mais saúde. (SIQUEIRA, HCH et al. A saúde do ser humano na perspectiva ecossistêmica. 2018, p. 560)

Sob esta ótica, subsidia-se questões de relevância ambientais e sociais. O portal do Ministério da Saúde afirma que “o estilo e o ritmo de vida impostos pela cultura, pela organização do trabalho, pela vida nas metrópoles, entre tantos outros fatores” são inerentes às condições de saúde. Para Siqueira et al (2018), essa inter-relação de condicionantes e determinantes de saúde é circular.



Figura 28. Saúde do ser humano, sua inter-relação com os condicionantes e determinantes e princípios ecossistêmicos. SIQUEIRA, HCH. Et al. 2018, p.562

Enquanto a CIF adota que a interação dos componentes que resultam em saúde, segue o seguinte diagrama:

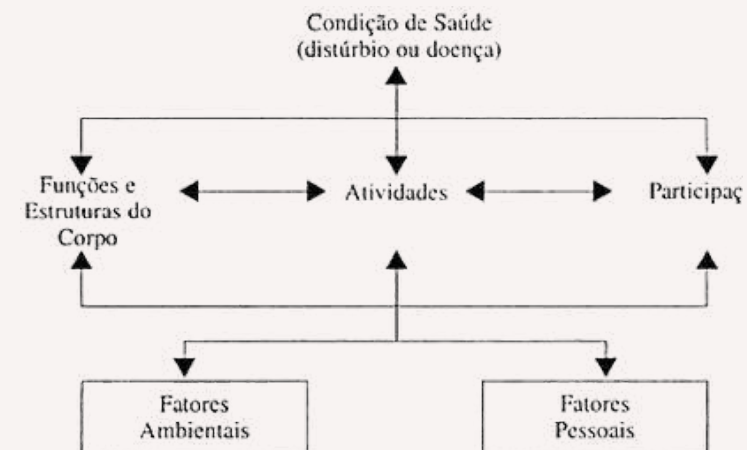


Figura 29. Interação entre os componentes da CIF. Fonte: OMS, 2001.

Segundo Almeida Filho (2001), há que se pensar que a saúde pode ser referenciada por tipos. Há a saúde individual e a saúde coletiva, e dentro destas, existem questões epidemiológicas, de caráter sanitaria, como a Pandemia de SARS-COV-2; existe a saúde social, que caminha para uma área da saúde filosófica e de valor; há também o que é denominada saúde normal, que atua no campo da cientificidade biomédica de sinais e sintomas, que, por sua vez, possui uma linha tênue entre saúde emocional e saúde corporal.

O século XXI enfrenta desafios crescentes. O aumento da expectativa de vida levou, associada a outros fatores, como o trabalho repetitivo, a um crescimento significativo de doenças crônicas, fator iniciado a partir da Revolução Industrial, havendo então o surgimento de uma sociedade que potencialmente se tornará debilitada a partir de um determinado momento da vida. Nesse viés de que a doença crônica aparece como fator incapacitante, Nogueira (2016) pontua que esse público deve ser encaixado dentro da proteção social destinada às PcD, uma vez que, vivenciam restrição de participação social por compartilharem de barreiras sociais enfrentadas pela diversidade funcional.

Não obstante, há um crescimento acentuado de síndromes e outros debilitantes emocionais. Por exemplo, em 2018, em um mundo pré pandêmico, a OMS divulgou que o Brasil é o país com maior número de pessoas ansiosas do mundo: 18,6 milhões (9,3% da população); 5,8% dos brasileiros sofrem com depressão, sendo a maior taxa do continente latino-americano. Segundo a ISMA-BR (International Stress Management Association no Brasil) 72% dos brasileiros sofrem por stress no mercado de trabalho e 30% dos pro-



DEMA

Figura 30*



Figura 31*

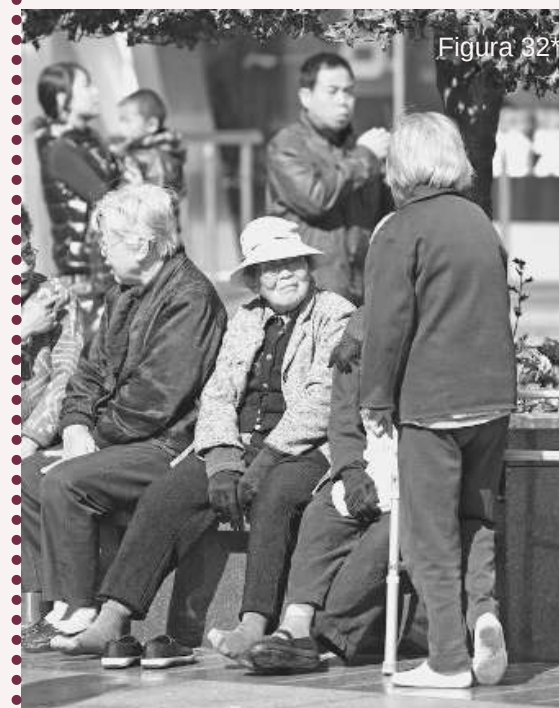


Figura 32*



Figura 33*

* Imagem 30. Doença Crônica - Lipedema. Fonte: <https://bit.ly/2XS1RPx>; Imagem 31. Crise de ansiedade incapacitante. Fonte: <https://bit.ly/3CmlJcD>; Imagem 32. Envelhecimento populacional - grupo de chinesas em Xangai. Fonte: <https://bit.ly/3Gu17kP>; Imagem 33. Brasileiro com seqüela incapacitante por COVID-19. Fonte: <https://bit.ly/3pl0uyg>.

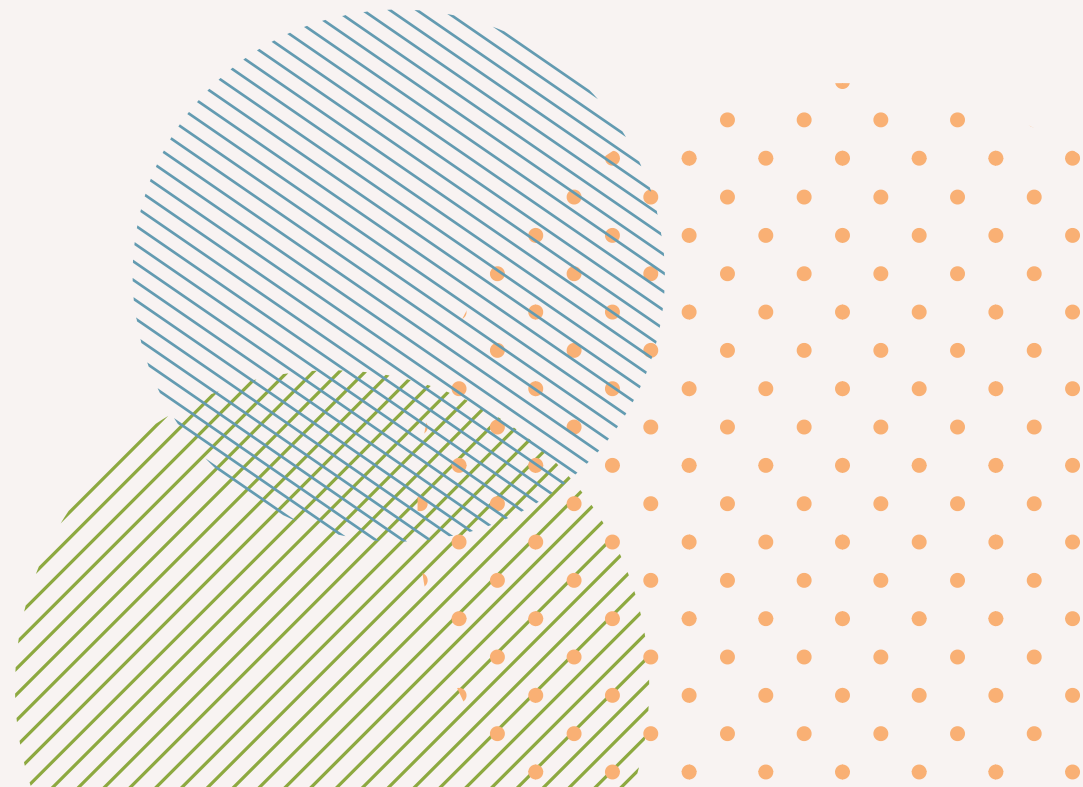
fissionais brasileiros sofrem da Síndrome de Burnout, doença geralmente relacionada à atividade profissional que causa exaustão física e mental. Cada dia mais é aceito cientificamente que acúmulos de distúrbios emocionais levam o indivíduo a um estado de incapacidade funcional, podendo ser, inclusive, fatores geradores de distúrbios físicos.

Isto posto, podemos considerar que praticamente toda pessoa, em algum momento, apresentará algum tipo de incapacidade física, mental ou intelectual, que deve ser identificada e tratada pela cientificidade. O próprio processo de envelhecimento gera mudanças de funcionamento corporais e a partir disso novos cuidados se tornam necessários. Essa premissa é inerente à vida humana e tende a ser vinculada ao campo da medicina em geral, porém, é interessante correlacionar os fatores incapacitantes com a deficiência em si e a negativa do corpo padrão.

Se por um lado temos a compreensão de que o envelhecimento, a doença ou enfermidade é parte cíclica da vida e que é natural que diversidades corporais existam, por outro possuímos uma tendência a diferenciar a incapacidade momentânea e/ou cíclica, da permanente - original ou adquirida, considerando normal o caso efêmero e negando e desprezando a diversidade permanente. Entramos então no campo da diversidade funcional.

No que tange à diversidade funcional e sua relação com a saúde é importante a compreensão de que não se trata da pluralidade corporal ou do enfoque à diferença de habilidade motora, emocional, intelectual ou sensorial, mas sim de questões que causem dor ou impeçam sua funcionalidade orgânica de manutenção da vida do indivíduo.

Entender então que a deficiência não é uma doença, mas sim, como diria Diniz (2007) “diferentes formas de vida”, conduz então à conclusão de que a visão do fator saúde, independentemente de qual modelo teórico busca-se seguir na definição do termo “saúde”, trata-se do cuidado necessário a qualquer pessoa de qualquer lugar em qualquer circunstância, sem nenhuma distinção a ser feita sobre as peculiaridades de seus corpos, mas apenas do bem estar e manutenção da vida. Como conduz a própria autora supra citada, é importante salientar que não é negar a importância do cuidado médico sobre corpos com ou sem lesão, mas sim, enaltecer as similaridades e necessidades humanas, e não suas diferenças.



[3.1 SISTEMA DE SAÚDE]

Segundo Paim (2009), a atenção à saúde no Brasil passou por diversas fases e etapas ao longo do tempo. Nos primórdios ficava a cargo de atores como benzedeiros, curandeiras, boticários, alguns poucos físicos e alguma ação de maior complexibilidade exercida por cirurgiões do exército, quando havia. A carência era grande, principalmente nas menores vilas e a saúde pública não era regulada e não haviam ações de profilaxia⁶. Existiam também ações de combate a doenças infecciosas, que eram tratadas como questões de polícia e exercidas principalmente em regiões portuárias por motivos sanitaristas.

Ainda segundo o autor, com o passar do tempo começou a haver a figura do médico liberal, que atendia por várias vezes no domicílio do enfermo, bem como a do farmacêutico, figura muito presente em pequenas cidades. Começaram a ser fundadas também as chamadas Casas de Misericórdia, que atuavam de maneira filantrópica especialmente aos mais necessitados, situadas geralmente nas capitais, mas ainda, praticamente sem interferência governamental e, talvez daí tenha surgido o fenômeno da beneficência aplicada às PcD. Segundo Bernardes et al. (2009), Beauchamp e Childress (1979) argumentam que esta postura significa buscar fazer o bem. Sua origem, em geral atrelada à figura da igreja, levaram a uma ideologia estrutural de assistencialismo aplicado à diversidade funcional, que ainda se perpetua.

Com o processo de industrialização começou a haver grande concentração de pessoas em algumas áreas urbanas. Esse amontoado de pessoas levou à propagação rápida de muitas doen-

ças e, além disso, os novos hábitos de vida elevaram muito o número de casos de acidentes de trabalho e traumas, bem como o número de doenças não infecciosas, fossem por esforço de repetição ou pela má alimentação e subnutrição.

Neste momento o governo começa a dar atenção à saúde pública, não através de cuidado direto à saúde do indivíduo, mas por meio de políticas sanitaristas que tinham por objetivo diminuir ou erradicar doenças contagiosas, através de campanhas e processos de vacinação.

Esse modelo sanitarista foi muitas vezes desprovido de cuidado social, à exemplo da Reforma Pereira Passos no começo do Século XX, ocorrida na cidade do Rio de Janeiro, que acabou por colocar em situação de rua milhares de pessoas após a destruição de Cortiços, com o argumento de que tais eram insalubres.

Em um contexto moderno e contemporâneo, segundo Paim:

Os sistemas de saúde, de um modo geral, seguem o tipo de proteção social adotado pelos países. Três tipos se destacam em todo o mundo: a seguridade social, o seguro social e a assistência.

Os sistemas de saúde universais, ou seja, aqueles destinados para toda a população, estão presentes nos países que optaram pela seguridade social ou pelo seguro social. (Paim, J. O que é o SUS. Ed. FIOCRUZ, 2009. P. 14)

Segundo o autor, a seguridade social está vinculada à condição de cidadania, sendo financiada pela sociedade através de impostos e possuindo sistemas de saúde universais e preponderantemente públicos, alcançando melhores indicadores de saúde; o modelo de seguro social estaria veiculado ao princípio da meritocracia, sendo uma proteção social garantida àqueles que contribuem com a previ-

⁶ Profilaxia: utilização de procedimentos ou métodos afim de prevenir ou evitar doenças.

dência, sendo controlado pelo Estado; por fim, o sistema baseado na assistência, também conhecido como residual, é dedicado àqueles que comprovem sua condição de pobreza e impossibilidade de acesso aos serviços de outra maneira. Neste sistema grande parte da população é excluída do sistema de saúde e mesmo os que possuem planos de saúde sofrem inúmeras restrições que levam por diversas vezes a seríssimos casos de negligência médica, como é o caso dos Estados Unidos bem retratado pelo documentário Sicko – SOS Saúde de Michael Moore (2007).

O Brasil, historicamente, passou por todas os sistemas acima descritos. Em um primeiro momento assistencialista, como dito anteriormente, as ações eram exercidas pela sociedade e não pelo Estado.

A partir da década de 1920 começa a surgir uma proteção social baseada no seguro social: empresas, institutos e previdências começam a intervir na saúde e, na década de 30, com a criação do Ministério do Trabalho, começa-se a falar em medicina do trabalho ou saúde ocupacional. A responsabilidade pela saúde começa então a se dividir entre frentes governamentais, institucionais/privadas, filantrópicas e culturais tradicionais, coexistentes, autônomas e com públicos diferentes, sendo que, a saúde pública atuava em um seguimento de ações voltadas à prevenção e à coletividade, de combate principalmente às chamadas “doenças da pobreza”, como tuberculose, desnutrição, verminoses, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças infecciosas e parasitárias.

Há então o surgimento dos planos de saúde que contemplavam alguns trabalhadores e seus familiares, havendo aumento também em ações de profilaxia, no entanto, mesmo que tais ações tivessem

tido resultados positivos na redução da mortalidade e da natalidade, aumento do envelhecimento da população, decréscimo de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, grande parte da população continuava desassistida e as condições de saúde da população se modificavam, saindo da preponderância das “doenças de pobreza” e alcançando as morbidades modernas, como doenças do coração, neoplasia⁷, doenças crônicas, degenerativas, aumento dos acidentes, violências e traumas.

Na década de 1950, com o desenvolvimento industrial impulsionado pelo Governo JK, a assistência médico-hospitalar foi cada dia mais sendo vinculada à saúde previdenciária e se tornou tão popular que, mais tarde, teve grande adesão dos governos militares, o que contribuiu muito com a deterioração da infraestrutura de saúde pública levando milhões de brasileiros a serem excluídos de atenção básica à saúde.

Paim afirma que:

É muito difícil garantir o direito universal à saúde e organizar um sistema em função das necessidades da população, quando grandes interesses econômicos invadem o setor, conformando um complexo médico-industrial orientado para a competição e o lucro; ou então quando a ideologia dominante reforça o egoísmo e a competição, secundarizando os valores éticos de solidariedade e igualdade, bem como o respeito e a compaixão pelo outro.” (Paim, J. O que é o SUS. Ed. FIOCRUZ, 2009. P.17)

Na década de 1970 houve então uma nova crise sanitária com a epidemia de meningite que assolou o país e, ascensão da taxa de mortalidade infantil, aumento de casos de tuberculose, malária, doença de Chagas e acidentes de trabalho, havendo uma série crise na saúde. Esses eventos levaram a sociedade a se organizar reivindicando a democratização da saúde, unindo estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde através de Instituições, Socie-

⁷ Neoplasia: crescimento exagerado de um tecido devido a proliferação incorreta das células.

dades e Associações que instituíram o movimento RSB (Reforma Sanitária Brasileira).

Estes movimentos conseguiram conquistar, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde, que injetando recursos no Ministério da Saúde, implantou novas coberturas de serviços de saúde e ampliou cuidados a grupos prioritários e a novos nichos da população.

Em 1979 foi apresentada na Câmara dos Deputados pela primeira vez a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), justificada por um conjunto de princípios e diretrizes democráticos. Em 1986 quase cinco mil participantes ajudaram a sistematizar e debater as proposições para a RSB. O relatório final inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição e as leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90) que permitiram a implantação do SUS.

Foi então promulgada a Constituição da República de 1988, que optou pelo sistema de seguridade social. Essa foi uma vitória da sociedade. A saúde continua livre à iniciativa privada, no entanto o direito à saúde é agora direito social vinculado à condição de cidadania. Quanto às instituições filantrópicas, a partir da Constituição de 1988, têm todos os seus atendimentos subsidiados pelo SUS, levando à inexistência de indigentes e de serviços gratuitos prestados por caridade.

Sendo hoje o carro chefe da assistência médica no Brasil, o SUS é responsável por grande parte dos atendimentos em todas as áreas de saúde. Atua no campo de promoção, proteção e recuperação da saúde. Os princípios ideológicos que o regem são, segundo o Ministério da Saúde (MS):

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.



Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. 2019)

Ainda segundo o Órgão, a rede do SUS é estruturada a partir da colaboração entre a União (Ministério da Saúde), os Estados (Secretarias Estaduais de Saúde) e os municípios (Secretarias Municipais de Saúde), acrescidos dos Conselhos de Saúde, que também atuam nas três esferas. Tal integração permite ações de atenção primária, de média e alta complexidades, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar e ações e serviços de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, além de assistência farmacêutica.

Seus denominados “Princípios Organizativos” são: Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular. O que, em tese, quer dizer que os serviços são idealizados pela União, implantados a partir de seu nível de complexidade e organizados por meio de limites geopolíticos, distribuídos no território a partir da demanda, localizados em pontos estratégicos, autônomos em cada esfera e abertos a manifestações da sociedade através dos Conselhos de Saúde.

Serviços de menor complexidade, como Atenção Primária, são presentes em todo o território nacional, de forma fixa, como as Uni-

dades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades Básicas da Família (UBF), ou na forma de atendimentos sazonais, realizados em campanhas conduzidas às áreas rurais, por exemplo. À medida que o nível de complexidade vai se aumentando, o atendimento sai do campo da municipalidade e entra então na esfera estadual e/ou da União, através de processos de regionalização organizados de forma articulada. Tais níveis de atendimento geralmente demandam que o usuário se desloque até o local de atendimento mais próximo.

Segundo a cartilha de Atenção à Saúde da Pessoa Com Deficiência no Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2009, P. 14) a entrada do atendimento à PcD se dá nas UBS ou UBF, que, assim como qualquer outra pessoa, deve procura-los para atendimentos regulares de atenção à saúde. Conforme a necessidade, a pessoa passa então a ser encaminhada aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e, em casos mais graves, ser encaminhados a centros especializados, como os centros de avaliação funcional e de reabilitação.

Segundo o Ministério da Saúde (2013, p.5) apud Chen (2009), “serviços de reabilitação são conceituados como serviços de suporte que proporcionam gestão de doenças neuromuscular e musculoesquelético que alteram o estado funcional. Realizam intervenções clínicas, psicossociais e funcionais.” Segundo o órgão:

Reabilitação pode ser definida como a restauração do máximo potencial funcional no decorrer de uma doença, ferimento ou da ocorrência de um dano (Shaw, 2004). Segundo a OMS, a reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2011, p.100). Pode ser definida também como uma estratégia para equalização de oportunidades e integração social de todas as pessoas com deficiência (WHO). (BRASIL. Ministério da Saúde. Modelos de Organização de serviços de reabilitação: uma revisão da literatura. 2013, p.4)

O processo da reabilitação consiste em:

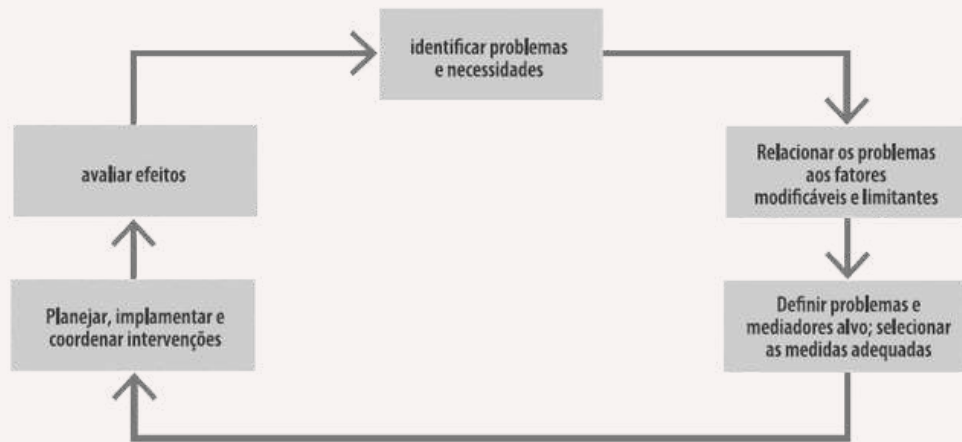


Figura 36. Processo de reabilitação. Fonte OMS (2011)

A estratégia tradicional dos serviços de reabilitação funciona em uma linha simples, onde as pessoas com deficiência passam por institucionalização e adentram o âmbito dos centros de habilitação e reabilitação, assim como representado pela figura a seguir:



Figura 37. Modelo tradicional ou institucional. Fonte Ministério da Saúde (2013, p.32).

Porém, a OMS preconiza atualmente uma estratégia de reabilitação baseada na comunidade que tem apresentado bons resultados. Segundo o Ministério da Saúde (2013), este não é um modelo propriamente dito, mas sim uma estratégia onde “é realizada

atenção integral das pessoas com deficiência de uma comunidade determinada a partir de um centro de reabilitação, envolvendo as famílias e os diferentes setores da comunidade”. Esta vertente se alinha ao modelo de saúde ecossistêmica abordado anteriormente. Sua estratégia funciona como representado pela figura x a seguir:

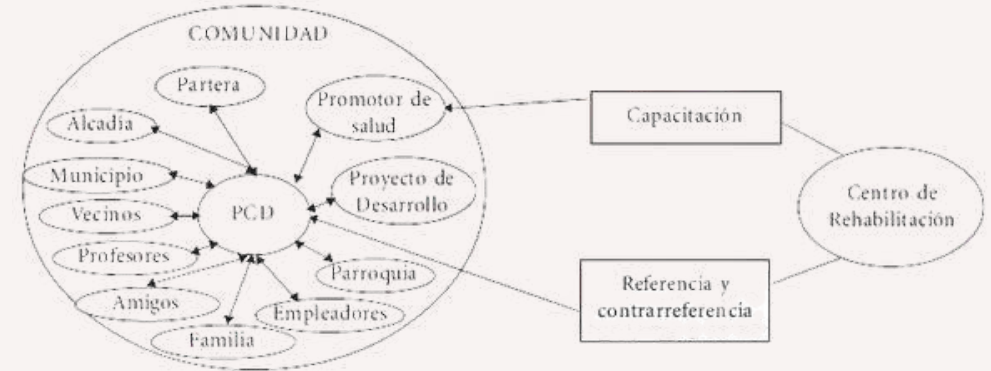


Figura 38. Estratégia de reabilitação baseada na comunidade. Fonte Ministério da Saúde (2013, p.33).

Neste sentido, aproximar a organização político territorial dos atendimentos em saúde se aprimorando contextos locais e regionais podem oferecer maior eficiência, equidade e sustentabilidade.

Os serviços de reabilitação se dividem por categoria:

CATEG.	DESCRIÇÃO
1	Serviço provido por profissionais da saúde sem supervisão clínica de um médico
2	Serviço provido por profissionais da saúde com supervisão clínica de um médico
3	Serviço provido por médicos especialistas como ortopedistas, geriatras e cardiologistas com supervisão de especialista qualificado
4	Serviço provido com supervisão do “Rehabilitation Medicine Specislist” com assistência de uma gama completa de serviços de reabilitação

Tabela 2. Descrição dos serviços de reabilitação por categoria. Fonte Ministério da Saúde (2013, p.27)

Hoje, pelo SUS, os atendimentos em reabilitação são distribuídos e ficam a cargo dos CER – Centros Especializados em Reabilitação. Assim como as categorias acima, os CER são classificados em I – categoria 1, não dependem de supervisão médica; II – deficiências físicas e intelectuais; III – deficiências físicas, intelectuais e auditivas; IV – físicas, intelectuais, auditivas-visuais e oficina ortopédica.

Estes são então, a extremidade final de processos de reabilitação oferecidos pelo SUS, podendo atuar no âmbito regional, estadual ou Federal. Sendo esta a organização político-estratégica atual do SUS, é aqui, na regionalização, que entra o Centro de Cuidado Valoriza.

O organograma a seguir apresenta a ordem gradativa de distribuição dos serviços em reabilitação do SUS:



Figura 39. Organograma de atendimento em reabilitação. Produção da autora.

[3.2 REABILITAÇÃO NO TERRITÓRIO]

A história da reabilitação no Brasil se inicia a partir do século XIX e se intensifica gradativamente ao longo do século XX. A linha do tempo a seguir identifica os principais acontecimentos que marcaram sua trajetória:

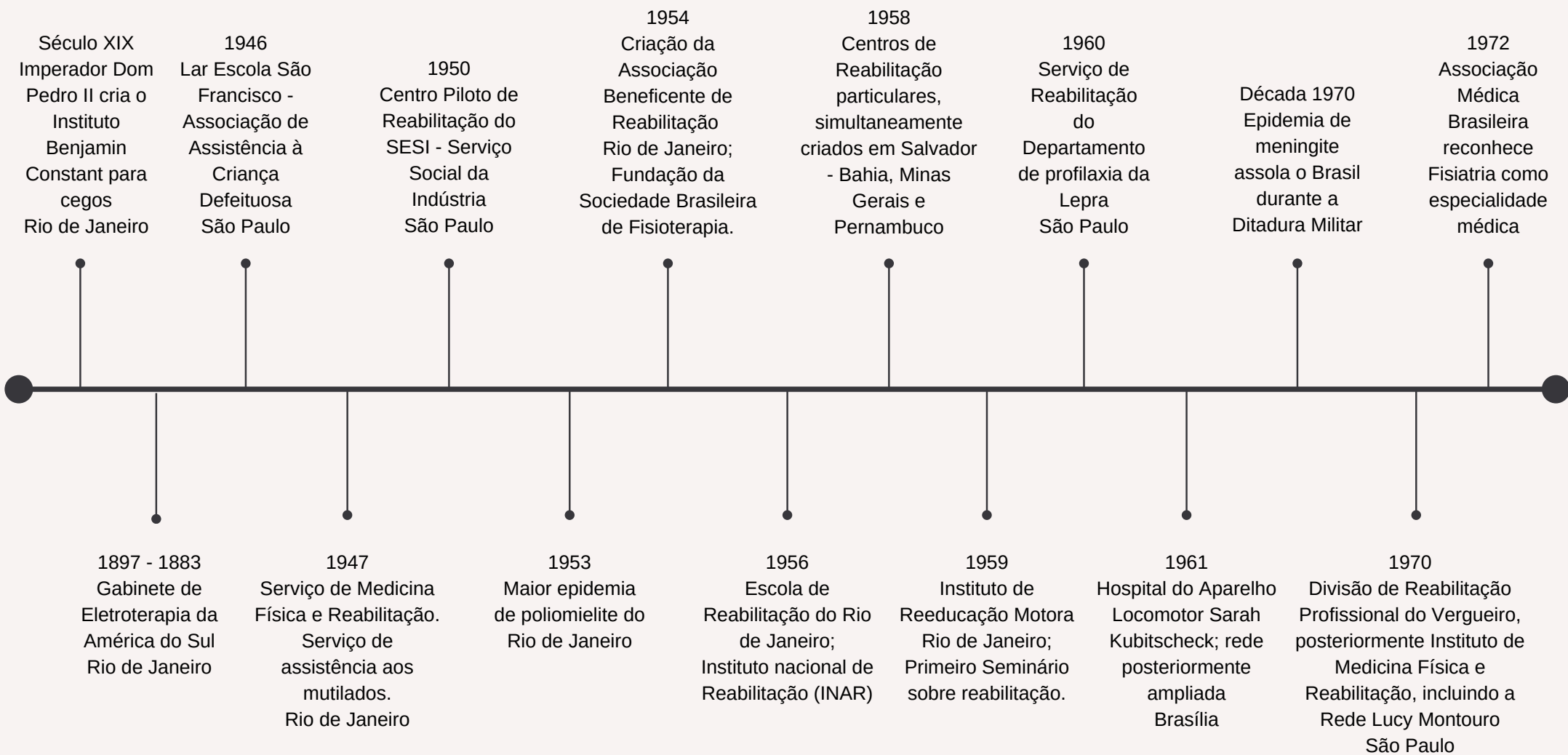


Figura 40. Linha do tempo com principais aspectos históricos da reabilitação no Brasil. Produção da autora; Dados Aparecida de Souza e Mancussi e Faro (2011)

A atuação inicialmente era fragmentada, mas, com o passar do tempo foi sendo aprimorada e tornando-se mais ampla. Hoje o Brasil conta com diversas ferramentas que instituem e gerem os serviços de reabilitação no país.

Atualmente no Brasil, as principais referências nacionais de atendimentos em reabilitação são a Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação e a Rede de Reabilitação Lucy Montoro.

A Rede SARAH, fundada em 1961, é administrada pela Associação das Pioneiras Sociais e conta hoje com nove unidades hospitalares. Segundo o MS:

localizadas em Brasília (DF), com um hospital e um Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação, Salvador (BA), São Luís (MA), Belo Horizonte (MG), Fortaleza (CE), Rio de Janeiro (RJ), Macapá (AP) e Belém (PA). Estes hospitais não atendem urgências e emergências. (BRASIL. Ministério da Saúde. Modelos de Organização de serviços de reabilitação: uma revisão da literatura. 2013, p.72)



Figura 41. Interior Sarah Brasília Centro. Fonte: Arquitetura, uma experiência em saúde.

A Rede de Reabilitação Lucy Montoro foi criada em 2008 e faz parte do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Estado de São Paulo, e atua em casos de alta complexidade. Conta com duas unidades na cidade de São Paulo, uma em Ribeirão Preto e uma em São José do Rio Preto.

Além dessas redes, o atendimento a PcD's conta também com instituições de cunho social em parceria com governos, como a AACD – Associação de Assistência à Criança com Deficiência, APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Instituto Pestalozzi, entre outros. Há também os centros estaduais geridos pelo SUS, bem como associações e instituições de atuação de cunho local espalhadas por todo o território.

A principal referência no estado de Goiás é o (CER IV) CRER – Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo. Fundado em 2002, o CRER já realizou mais de 70 mil atendimentos. Conta com estrutura física de mais de 33 mil metros quadrados equipados com 50 consultórios multiprofissionais, 20 leitos de UTI adulto, 8 salas cirúrgicas, 11 leitos de recuperação pós-anestésica, 156 leitos de internação, 4 piscinas de hidroterapia, centro de diagnóstico, laboratório de marcha e oficina ortopédica. Apesar de o CRER ser um centro de altíssima excelência, não é capaz de suprir toda a demanda do estado, como apontado no capítulo seguinte.

A oferta desses serviços no estado de Goiás conta com 14 unidades, presentes em 4 Macro Regiões, 7 Micro Regiões e distribuídas em 9 cidades, sendo: 11 CER II, 2 CER III e um CER IV (CRER), distribuídos segundo a seguinte tabela:

MACRO REGIÃO	MICRO REGIÃO	MUNICÍPIO	CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO - CER	MODALIDADE
CENTRO OESTE	CENTRAL	GOIÂNIA	CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo	CER IV Física, Intelectual Auditiva e Ofic. Ortopédica
			ADFEGO - Associação dos Deficientes Físicos do Estado de Goiás	CER II Física e Intelectual
			APAE - Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Goiânia	CER II Física e Intelectual
			Associação Pestalozzi de Goiânia	CER II Física e Intelectual
			CORAE - Centro de Orientação, Reabilitação e Assistência ao Encefalopata	CER II Física e Intelectual
			Clínica Escola Vida - PUC	CER II Física e Intelectual
	TRINDADE	Vila São José Bento Cotoolengo	CER III Física, Intelectual e Auditiva	
OESTE II	SÃO LUÍS DE MONTES BELOS	Centro de Reabilitação José de Siqueira	CER II Física e Intelectual	
RIO VERMELHO	GOIÁS	Serviço e Fisioterapia São Domingos (Asilo São Vicente de Paulo)	CER II Física e Intelectual	
CENTRO NORTE	PIRINEUS	ANÁPOLIS	APAE - Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis	CER III Física, Intelectual e Auditiva
	SÃO PATRÍCIO	CERES	Centro Regional de Referência em Reabilitação de Ceres	CER II Física e Intelectual
SUDOESTE	SUDOESTE I	RIO VERDE	Associação Pestalozzi de Rio Verde	CER II Física e Intelectual
		SANTA HELENA DE GOIÁS	Centro Especializado em Reabilitação - CER	CER II Física e Intelectual
SUDESTE	ESTRADA DE FERRO	CATALÃO	Centro de Reabilitação Dr. Antônio Marot	CER II Física e Intelectual

Tabela 3. Centros Especializados em reabilitação – CER. Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Estado de Goiás. Montagem da autora.

Figura 42*
Mapa do Brasil
S/ Escala



LEGENDA

REGIÕES EM SAÚDE

- Macrorregião Nordeste
- Macrorregião Sudeste
- Macrorregião Centro-Norte
- Macrorregião Centro-Oeste
- Macrorregião Sudoeste
- Cidade com CER

Distribuída no território, a tabela 3 se apresenta conforme a figura 43.

Em análise territorial, constata-se que a região mais adequadamente servida em reabilitação é a macrorregião Centro-Oeste, especialmente na região metropolitana, seguida das regiões Centro Norte e Sudoeste. Os limites do estado, à exceção da região Sudeste, se apresentam mais desassistidos. A região Nordeste não conta com nenhum CER.

A região Sudoeste, objeto deste estudo, possui dois CER II, localizados em cidades limítrofes: Rio Verde e Santa Helena de Goiás. Por uma dinâmica espacial, a região Nordeste se aplica como uma forte candidata a ser o alvo desta intervenção, no entanto, sua proximidade geográfica com Brasília e a Rede Sarah, gera uma dinâmica de demanda diferente do restante.

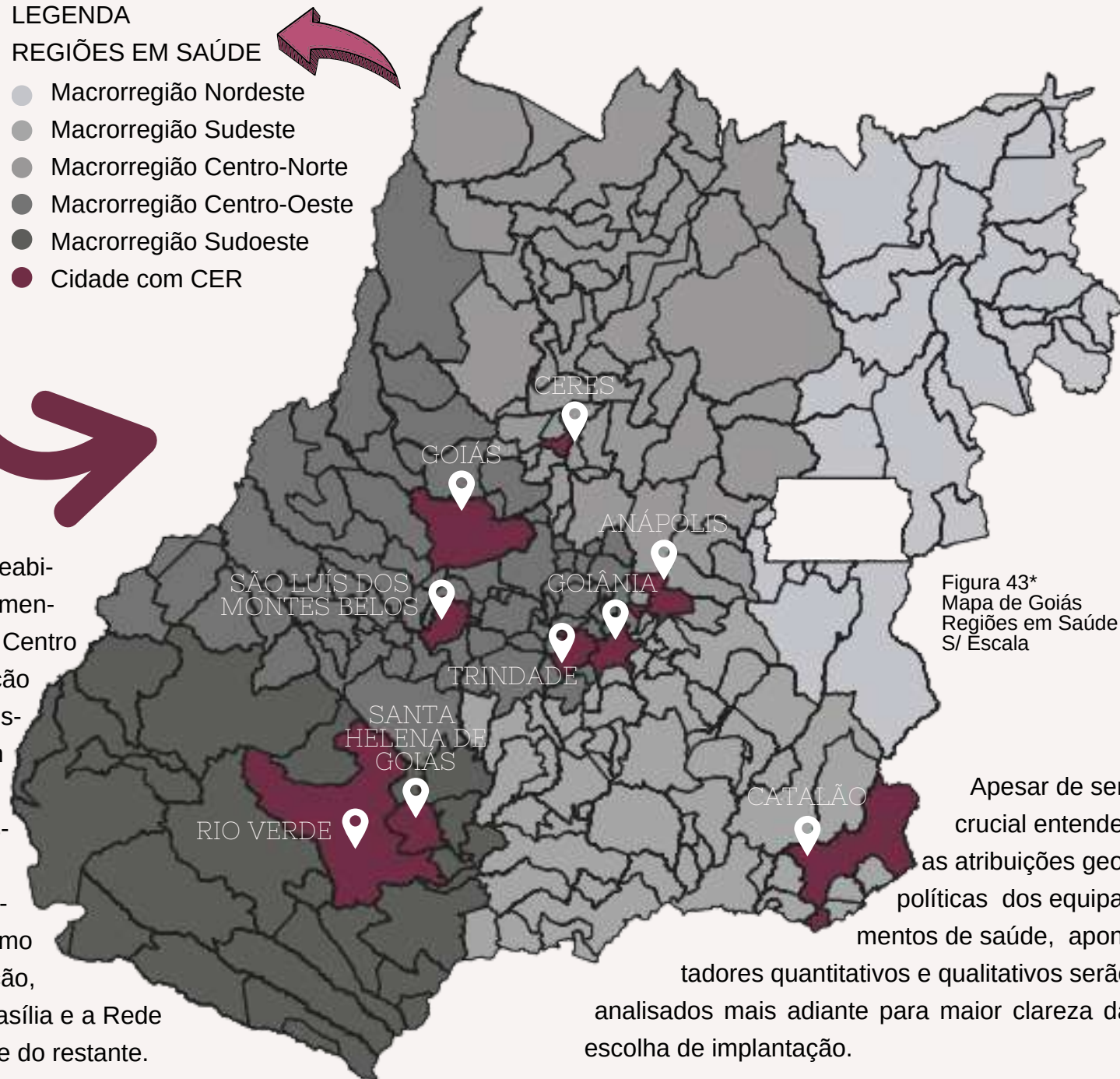


Figura 43*
Mapa de Goiás
Regiões em Saúde
S/ Escala

Apesar de ser crucial entender as atribuições geopolíticas dos equipamentos de saúde, apontadores quantitativos e qualitativos serão analisados mais adiante para maior clareza da escolha de implantação.

* Figura 42. Mapa do Brasil apresentando o estado de Goiás. Figura 10. Mapa do Estado de Goiás apresentando as Macrorregiões em saúde segundo a Secretaria Estadual de Saúde e onde estão localizados os equipamentos em reabilitação no Estado. Ambos sem escala. Produzidos pela autora.

[3.3 ARQUITETURA DA SAÚDE]

A arquitetura, independentemente a que se destine, é protagonista da vida humana. Na vida urbana o homem passa quase todo o seu tempo em um espaço construído e, mesmo quando não está em um edifício, muito provavelmente estará em um ambiente planejado para algum fim. Hertzberger afirma que:

O essencial é que, seja lá o que se faça, onde quer que se organize o espaço e de que maneira, ele terá inevitavelmente certo grau de influência sobre a situação das pessoas. A arquitetura, na verdade, tudo aquilo que se constrói, não pode deixar de desempenhar algum tipo de papel nas vidas das pessoas que a usam, e a principal tarefa do arquiteto, quer ele goste, quer não, é cuidar para que tudo o que faz seja adequado a todas as situações [...] e se afirme a igualdade de todas as pessoas. (HERTZBERGER, H. Lições de arquitetura. 2015, p. 174.)

Sob a perspectiva de espaços hospitalares ou terapêuticos, a relação espaço-saúde é extremamente íntima e a conexão homem-natureza é fundamental. Ulrich (1984), aponta que pacientes internados em hospitais que possuem espaços com maior conforto ambiental e com vistas ou relação com a natureza se recuperam muito mais fácil e rapidamente de seus quadros de enfermidade e necessitam de muito menos medicação do que pacientes confinados a espaços menos interativos.

Nesse viés, uma corrente crescente na produção arquitetônica é a biofilia. Segundo a arquiteta Bia Rafaelli (2020), o termo surgiu na biologia e passou a ser aplicado a estruturas físicas sob o cunho de design biofílico. Sua atuação molda-se a partir da reintegração dos usuários à natureza, através de iluminação natural, ar puro, paisagens, percepção do clima, presença de água, elementos vege-

tativos e animais, materialidades naturais, como pedras e madeiras, e, formas orgânicas, que remetam a espaços ancestrais, proporcionando agradabilidade, redução de stress e depressão, melhora no funcionamento corporal e de raciocínio.

O papel da arquitetura no processo do cuidado, deve também remeter à perspectiva ecossistêmica de saúde. Como colocado no subcapítulo anterior, a saúde é resultado de fatores múltiplos, que envolvem o ambiente, onde se insere o espaço arquitetônico, a natureza, o indivíduo e o social. A biofilia consegue remeter à reconexão com a natureza, mas a saúde ecossistêmica introduz a função das redes de interações humanas no processo homem-saúde. Como preconizado pelo Ministério da Saúde (2013), ao se falar em reabilitação, a condução da comunidade para dentro do processo terapêutico enriquece e acelera o processo de recuperação, além de ser fundamental para o pertencimento do indivíduo.

Em 1943 Winston Churchil, então Primeiro Ministro da Inglaterra, disse: “Primeiros moldamos os edifícios, depois eles nos moldam”. Este raciocínio é relacionado hoje a vários conceitos arquitetônicos. Uma das correntes que exploram esse modo de projetar é a neuroarquitetura. Segundo o NEUROARQ Academy (2021), os espaços influenciam o ritmo e funcionamento cerebral dos indivíduos. A criação do bom ou mau espaço se relaciona diretamente a como nossas experiências e sentidos geram impactos individuais capazes de aumentar ou diminuir o bem-estar, o humor e

a produtividade, se refletindo no habitat, natural ou construído e, influenciando a cultura e comportamentos coletivos. O organograma abaixo representa o mapa mental da neurociência aplicada à arquitetura:

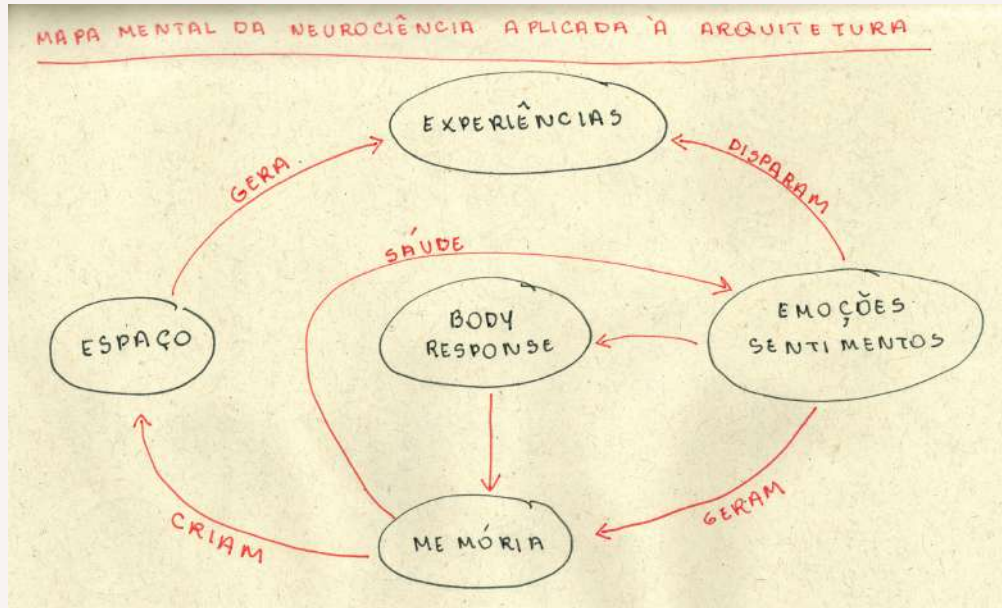


Figura 44. Neurociência aplicada à arquitetura. Fonte: Webinar NEUROARQ Academy (2021). Croqui da autora.

João Filgueiras Lima (Lelé), um dos principais nomes em arquitetura hospitalar no Brasil, ao desenvolver as diretrizes e partido da Rede Sarah de Hospitais conseguiu traduzir esses conceitos: com uma forte presença de integração natureza x edifício, conseguiu excelentes resultados de desempenhos: térmico, acústico, de qualidade do ar, recuperação, sociabilidade e satisfação dos usuários. Lelé revolucionou os centros em reabilitação ao instituir o conceito de “cama-maca”, adequando todo o espaço arquitetônico para que os pacientes, independentemente da condição em saúde,

tivessem grande mobilidade e acesso integral à estrutura física do hospital. Segundo LIMA (2012):

As principais vantagens que o emprego da cama-maca ofereceria em relação à convencional seriam: aumentar a prevenção contra a infecção cruzada, uma vez que, ao ser internado, o paciente receberia uma cama-maca rigorosamente limpa e desinfetada que o acompanharia durante toda a sua permanência no hospital; facilitar a introdução de uma nova filosofia de hospitalização denominada de “cuidados progressivos”, em que durante o tratamento o paciente seria deslocado gradativamente para espaços com características físicas e disponibilidades técnicas adequadas a cada estágio de evolução de seu quadro clínico; possibilitar que o paciente se deslocasse em seu próprio leito para os terraços ao ar livre, onde poderiam receber banhos de sol; e eliminar as transferências leito-maca ou vice-versa, quase sempre dolorosas ou desconfortáveis para pacientes imobilizados. (LIMA, JF. Arquitetura, uma experiência na área da saúde. 2012, p. 89.)



Figura 45. Cama maca. Fonte: LIMA, JF. Arquitetura, uma experiência na área da saúde. 2012, p.89.

Esse pontapé inicial gerou diversas mudanças na indústria hospitalar, que reverberam até hoje. É o início de um pensamento multifuncional sobre as necessidades de pessoas com deficiência. A dinamicidade do edifício e de seu mobiliário conseguem prover individualidade, e não só a uma etapa do processo.

Considere-se que um paciente entre acamado no hospital e utilize cama-maca. Com o tempo ele passa a utilizar uma cadeira de rodas e essa troca muda sua relação com tudo aquilo que o cerca: como ele realizará suas necessidades, a altura adequada da bancada do banheiro, como ele vai realizar anotações, a forma como ele vai pegar ou segurar um copo com água...

Esses movimentos humanos não fazem parte da legislação sobre desenho universal, mas a acessibilidade não mora em rampas. São nesses detalhes que moram a inclusão e a independência. A autossuficiência em atividades básicas do dia-a-dia provê dignidade, e o sentimento de bem-estar pessoal é um dos maiores impulsionadores da recuperação.

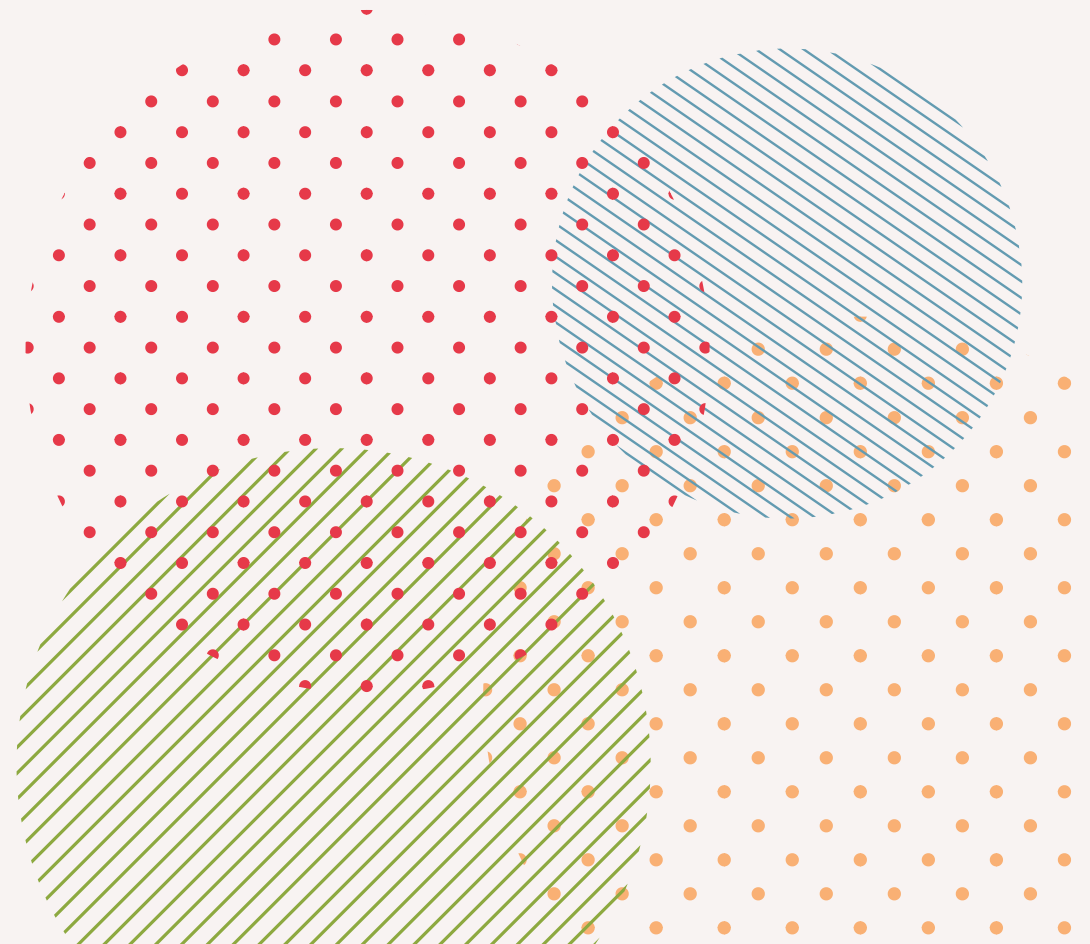
Ao se falar sobre essa dinamicidade, é importante pensar que em um equipamento público e coletivo, as necessidades são tão múltiplas que a própria estrutura física deve estar preparada para se movimentar e se adequar à demanda imediata.

Sustentabilidade e acessibilidade não são elementos extra de um projeto arquitetônico. Eles são tão necessários e inerentes à arquitetura quanto o próprio material construtivo. Duarte e Cohen (2018) partem da empatia espacial para cunhar o termo “Acessibilidade Emocional”. Segundo elas:

Um espaço só é plenamente acessível quando é capaz de transmitir ao usuário a sensação de acolhimento; quando são respeitados os aspectos emocionais, afetivos e intelectuais, indispensável para o estabelecimento de liga-

ções entre usuário e lugar. [...] A “Acessibilidade Emocional” significa, portanto, a capacidade do Lugar de acolher seus visitantes, de gerar afeto, de despertar a sensação de fazer parte do ambiente e de se reconhecer como pessoa bem vinda. Esse conceito destitui a ideia de que a acessibilidade acontece apenas com a supressão de barreiras físicas. Assim, a “Acessibilidade Emocional” engloba toda a ambiência que envolve o usuário do lugar, tratando-o como um ser total, capaz de ativar sistemas complexos de relação com o espaço e com o outro. (DUARTE, CRS. COHEN, R. Acessibilidade Emocional. 2018, p.3)

Assim, conclui-se que o papel da arquitetura em instituições em saúde não se limita à funcionalidade principal do edifício, mas sim, em conceder aparatos para o pleno desenvolvimento emocional.



[4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS]

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizada extensa pesquisa bibliográfica e documental, contando com livros, artigos científicos, dissertações e teses publicados em diversas áreas, como arquitetura, medicina, psicologia, enfermagem e sociologia, além de documentos oficiais de órgãos responsáveis por diretrizes sobre a temática. Foram também abordadas narrativas pessoais de indivíduos que vivenciam a deficiência, além de descrições e utilização de imagens de recursos audiovisuais sobre o assunto.

Foram realizados levantamentos de dados de cunho público, através do IBGE e outras bases de dados, e, por meio de requisição específica a órgãos responsáveis através da lei da transparência. Foram abordados 4 (quatro) órgãos públicos para coleta de dados: CRER (Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo) de Goiânia; HURSO (Hospital de Urgência da Região Sudoeste) de Santa Helena; Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Rio Verde e Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás. Destes, apenas a Secretaria Estadual de Saúde deu anuência em fornecer dados, no entanto, os dados fornecidos esclareceram os questionamentos quantitativos e qualitativos acerca da escolha territorial da implantação do empreendimento.

Esta pesquisa qualifica-se como exploratória e de abordagem qualitativa. Segundo Schedler e Schneider (2014):

A pesquisa qualitativa é apropriada quando se enfrenta uma situação de incerteza, pois os resultados podem divergir das expectativas e também podem mudar o julgamento. Os dados são coletados para esclarecer possíveis problemas metodológicos, que não estão claros quanto ao problema de pesquisa. O método é menos estruturado, mas mais intensivo que as entrevistas por meio de questionários.

Os assuntos abordados são apontamentos históricos e estatísticos, análises sociais, demográficas, geopolíticas e arquitetônicas.

O capítulo 1 (um) apresenta a problemática da dinâmica de deslocamento para tratamentos e como isto se torna um impedimento à eficiência dos processos terapêuticos; o capítulo 2 (dois) discorre sobre a evolução linguística e social sobre a deficiência; o capítulo 3 (três) traça a correlação do papel do sistema de saúde nas oportunidades de cuidado a corpos com ou sem deficiência e o papel da arquitetura na recuperação de indivíduos; este capítulo, número 4 (quatro), apresenta os levantamentos de dados que introduzem os usuários do projeto e levam à conclusão da necessidade da implantação de um novo equipamento e quais critérios apontam sua localização; o capítulo 5 (cinco) apresenta projetos arquitetônicos que guiam diretrizes para necessidades físicas de um centro de habilitação e reabilitação e, por fim, o capítulo 6 (seis) consiste no processo projetual conduzido por todos os tópicos abordados.

Os subcapítulos a seguir apresentam os levantamentos de dados estatísticos acerca de perfil sociodemográfico das pessoas com deficiência no Brasil e no Estado de Goiás, bem como, dados quantitativos sobre a oferta e demanda de serviços de reabilitação no estado.

[4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS]



De aproximadamente 8 bilhões de habitantes no planeta, segundo a OMS cerca de 15% possui algum tipo de deficiência. Esse número corresponde a aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas, como apresentado anteriormente.



No Censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, constatou-se que haviam 197,5 milhões de habitantes no Brasil (à época). Segundo dados específicos levantados sobre PcDs, mais de 61 milhões de pessoas (anexo A), cerca de 31% da população, apresentava algum tipo de deficiência.



Dos 6 milhões de habitantes do estado de Goiás (2010), 1,8 milhões eram pessoas com deficiência (anexo A), o equivalente a 31% da população, assim como a taxa nacional, demonstrado no gráfico ao lado. Não foi divulgada amostragem específica sobre regiões ou cidades do estado.

POPULAÇÃO X DEFICIÊNCIAS (GOIÁS - 2010)

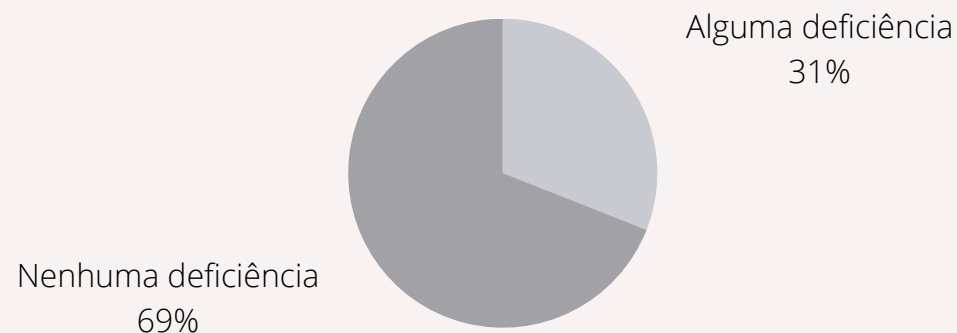


Figura 46. Gráfico de relação entre pessoas com e sem deficiência no estado de Goiás em 2010. Produzido pela autora a partir do anexo A. Dados IBGE.

Como dito anteriormente, existem 4 graus de deficiência: leve, moderado, grave ou severo e profundo. Em relação à população total, as deficiência se apresentam da seguinte maneira:

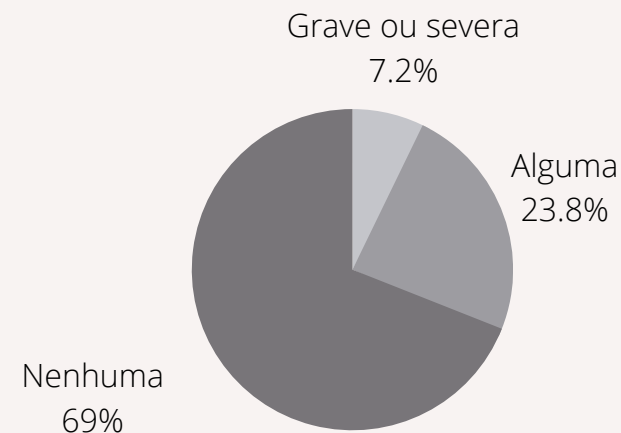


Figura 47. Gráfico de população com e sem deficiência por grau de dificuldade em Goiás - 2010. Produzido pela autora a partir do anexo A. Dados IBGE.

Se isolarmos os 31% das PcDs do restante da população, temos a seguinte configuração sobre os graus de deficiência:

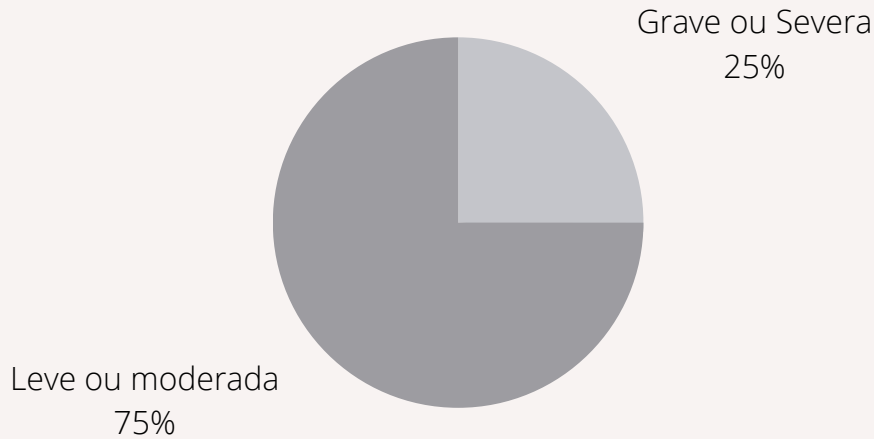


Figura 48. Gráfico de população com deficiência por grau de dificuldade em Goiás - 2010. Produzido pela autora a partir do anexo A. Dados IBGE.

Dos 25% que apresentam grande dificuldade, as deficiências se apresentam por tipos pelos seguintes índices:

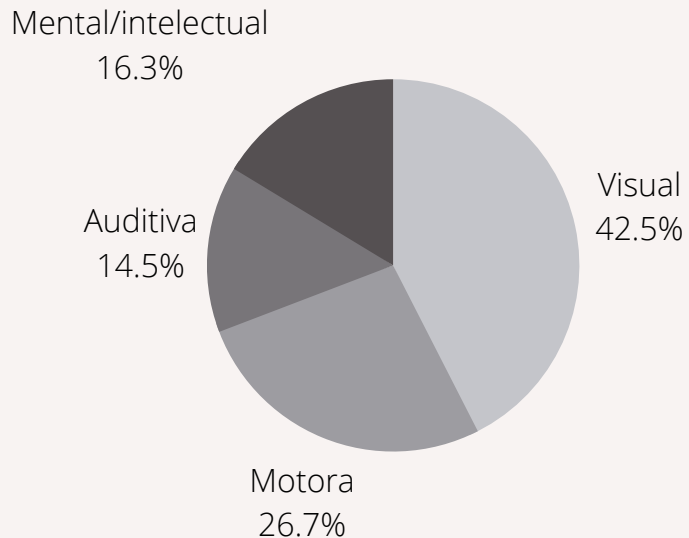


Figura 49. Gráfico de deficiências graves ou severas por tipo em Goiás - 2010. Produzido pela autora a partir do anexo A. Dados IBGE.

As pessoas com deficiência, além de numerosas, são consideradas das camadas sociais mais vulneráveis socioeconomicamente em todo o mundo. Dados do IBGE (anexo C) apontam que cerca de 42,4% das PcDs do estado de Goiás sobrevivem com valores que variam entre meio e um salário mínimo, enquanto 9,4% não possuem nenhuma renda.

DEFICIÊNCIA X RENDA
(GOIÁS - 2010)

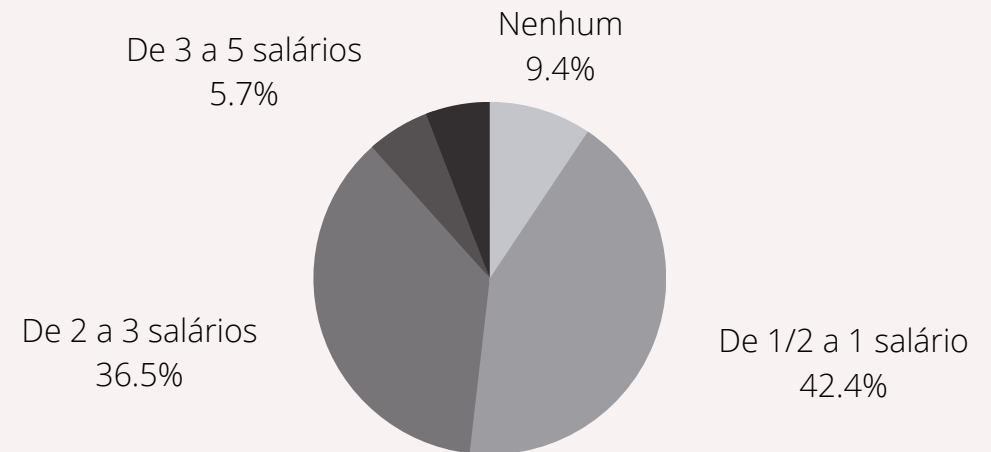


Figura 50. Gráfico de amostra de rendimento por salário mínimo entre PcDs no estado de Goiás em 2010. Produzido pela autora a partir do anexo C. Dados IBGE.

Os apontadores sobre rendimentos indicados no gráfico anterior se relacionam muito com o que foi discutido no capítulo Deficiência. Embora algumas pessoas com deficiências graves não consigam de fato desenvolver atividades do dia-a-dia, grande parte das PcD é apta a trabalhar, no entanto, as barreiras sociais impostas pela sociedade, muitas vezes impedem que essas pessoas sejam autônomas financeiramente, seja por não possuírem meios de se deslocar, pela empresa não estar adequada à inclusão, ou mesmo por impeditivos de qualificação ao

longo da vida, tanto que, os dados mostram que apenas aproximadamente 6% recebem mais de 3 salários mínimos mensais, o que indica baixa escolaridade entre a classe.

Considerando-se que a média brasileira de pessoas inseridas no mercado de trabalho fique na faixa etária entre 20 e 59 anos, temos os seguintes dados sobre a deficiência x trabalho:

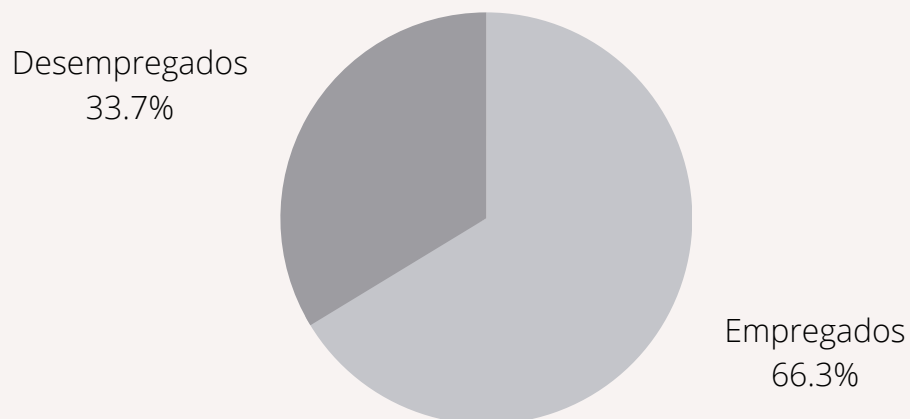


Figura 51. Gráfico de índice de desemprego em Goiás - 2010. Produzido pela autora a partir do anexo B. Dados IBGE.

Considerando-se que em outubro de 2010 o índice de desemprego no Brasil era de 6,1%, os dados apresentados pelo gráfico anterior indicam que no mesmo período, o desemprego entre PcDs era 5 vezes maior do que a média nacional.

Não obstante, a empregabilidade é ainda menor entre as mulheres. Em 2010 os indicadores apontam que dentre a população com deficiência no estado de Goiás, 756 mil eram mulheres e 593 mil eram homens (anexo B), no entanto, considerando-se o total de 66,3% da população empregada citada na Figura 51, considerando a mesma faixa etária no mesmo ano, temos a seguinte divisão sobre deficiência x trabalho por sexo:

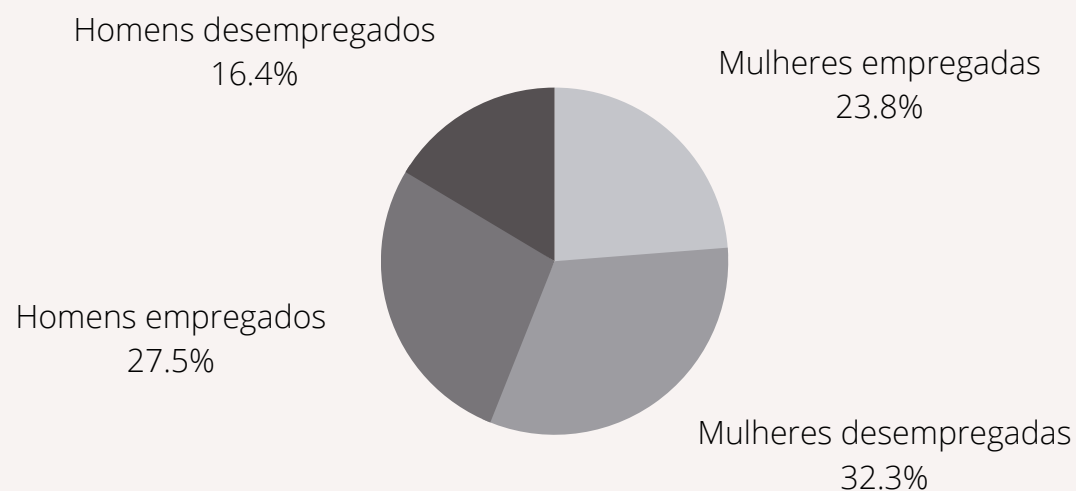


Figura 52. Gráfico de empregabilidade de PcDs por sexo. Produzido pela autora a partir do anexo B. Dados IBGE.

O gráfico acima mostra que as mulheres desempregadas eram duas vezes a quantidade de homens na mesma situação, indicando que a situação de vulnerabilidade entre as mulheres é muito maior.

É importante ressaltar, que os percentuais utilizados foram obtidos através de critérios de somatória, uma vez que não haviam indicadores para sobreposição de deficiências múltiplas.

Com isso, concluímos então que apesar da grande quantidade de pessoas com deficiência no estado, seu perfil é bastante plural. A maior parte delas não possuem deficiências graves, no entanto, a condição socioeconômica da maioria é precária.

Refletidos em um projeto de arquitetura, esses dados apontam que um equipamento em reabilitação que seja capaz de atender suas necessidades deve refletir, para além de cuidados médico-terapêuticos, em boas condições de alojamento, alimentação, cuidados infantis, capacitação e acolhimento.

[4.2 OFERTA E DEMANDA]

O ponto inicial de estudo para implantação deste projeto é o estado de Goiás. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, as 247 cidades do estado se organizam em 5 macrorregiões em saúde (anexo F) da seguinte forma:

- Nordeste, com 1.322.369 habitantes e 31 municípios divididos em 4 microrregiões;
- Sudeste, com 1.503.212 habitantes e 55 municípios divididos em 3 microrregiões;
- Centro-Norte, com 1.146.746 habitantes e 60 municípios divididos em 5 microrregiões;
- Centro-Oeste, com 2.350.769 habitantes e 72 municípios divididos em 4 microrregiões. É também onde fica Goiânia;
- Sudoeste, com 694.371 habitantes e 28 municípios divididos em 2 microrregiões.

Como dito anteriormente, o equipamento em reabilitação de maior complexidade e que atende maior parte da demanda estadual é o CRER, porém, além dele, existem outras 13 unidades de CER, locados nas cidades de Goiânia, Trindade, Anápolis, São Luís dos Montes Belos, Ceres, Goiás, Catalão, Santa Helena e Rio Verde (Tabela 3 e Figura 43).

Dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (anexo G) apontam que de todos os atendimentos do CRER realizados entre 2015 e 2020, dentre as 10 cidades que mais procuraram pelos serviços, as 9 primeiras se encontram em Goiânia ou região metropolitana, considerando-se o entorno de Goiânia e de Brasília, que conta com duas unidades da Rede Sarah.

Ampliando o campo da análise para as 30 cidades que mais tiveram demanda do equipamento, percebe-se dois momentos (anexo G): primeiro de que a maior parte dos atendimentos vem da macrorregião Centro-Oeste (9 cidades), logo, subentende-se que a proximidade da oferta em reabilitação possibilita que pessoas que estejam territorialmente mais próximas tenham condições de realizar seus tratamentos adequadamente, então, isso indicaria que não é a demanda que gera esses apontadores, e sim, a oferta por localização geográfica; segundo, que apesar de outras cidades possuírem CER, o grau de especialização do atendimento continua gerando demanda externa, demonstrados pelo fato de 5 das 8 cidades com CER (fora Goiânia) estarem na lista de maior demanda, levando a crer que cidades que possuem equipamentos mas que são de baixa complexidade não estão excluídas de necessidade de um novo equipamento.

Assim, para escolha do local de implantação foram levadas em conta as seguintes considerações:

- A região Centro-Oeste não possui necessidade de implantação pois possui a melhor infraestrutura;
- As macrorregiões Nordeste e Centro-Norte estão muito próximas a Brasília, e, a Rede Sarah é a principal referência nacional em reabilitação;
- A região Sudeste possuiu a menor demanda de atendimento pelo CRER nos anos analisados (anexo F), indicando que, pela proximidade ao estado de Minas Gerais, parte dos atendimentos são provavelmente direcionados a Uberlândia e Belo Horizonte.

Desta forma, através do cruzamento de dados geográficos, numéricos e percentuais fornecidos pelos anexos E, F, G e H, resumidos na página anterior, adotados critérios qualitativos e quantitativos, a opção mais favorável para implantação é a Macrorregião Sudoeste. Isto se dá pelos seguintes motivos:

- Rio Verde fica em 10º lugar no ranking de demanda, sendo precedido apenas por cidades metropolitanas, o que, por si só já é grande indicativo de aplicabilidade uma vez que, entre cidades menores, acaba ficando em 1º lugar;
- Outras duas cidades (Jataí e Mineiros) da MR se apresentam na lista de 30 maiores demandas;
- Rio Verde é a quarta maior cidade do estado, ficando atrás apenas de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis, e, com suas qualificações de cidade média, desempenha um papel centralizador de destaque, algo não tão presente em outras macrorregiões, assim, por suas características de conexões, possui uma alta potencialidade em atender satisfatoriamente toda a Macrorregião em que se insere e, possivelmente, também regiões vizinhas;
- Segundo OLIVEIRA (2017), em uma análise de PcDS empregadas nos municípios com maior concentração de vínculos empregatícios (dados de 2016), listadas Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde, Itumbiara, Catalão e Jataí, a cidade de Rio Verde fica em 5º lugar (segundo figura 53). Este dado, não indica alguma política de inclusão especial, que ocorra no município, mas sim, que por sua quantidade populacional, a quantidade de PcDs é alta, o que se correlaciona com os dados de demanda listados no primeiro tópico.

PcD EMPREGADAS NOS MUNICÍPIOS COM MAIOR CONCENTRAÇÃO DE VÍNCULOS - SET/2016

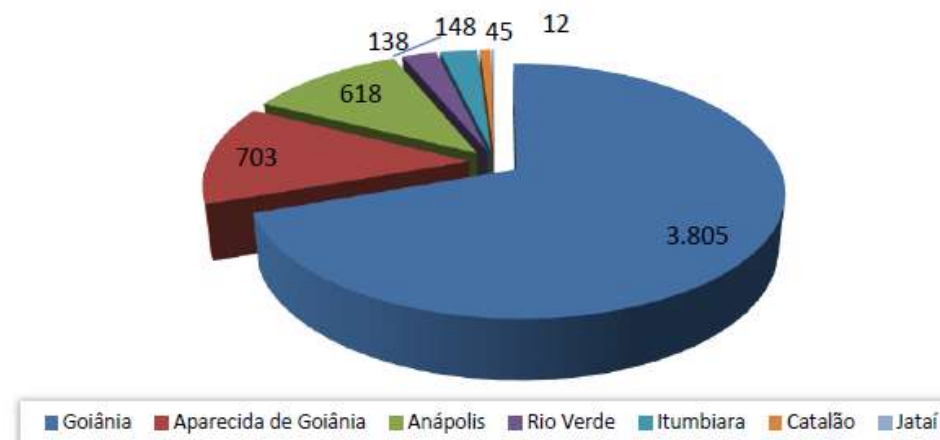


Figura 53. Fonte: OLIVEIRA, MS. A inserção de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho no Estado de Goiás. 2017, p.112.

A partir dessas pontuações, determina-se assim que o equipamento objeto deste estudo será locado no estado de Goiás, Macrorregião Sudoeste, Microrregião em Saúde Sudoeste II, cidade de Rio Verde.



Figura 54. Mapa de Goiás com MR Sudoeste. Produzido pela autora.



Figura 55. MR Sudoeste com cidade de Rio Verde. Fonte: Eliezer França (2021)

[5 ESTUDOS DE CASO]

5.1 Sarah Kubitschek - Salvador

Localizado na Bahia, cidade de Salvador, essa unidade da Rede Sarah se destaca por ter seus equipamentos acessíveis a nível do solo, permitindo fácil mobilidade aos usuários.

A construção principal é um bloco monolítico que se divide por setores embora todos sejam acessíveis entre si.

O programa é bastante diversificado e inclui equipamentos voltados ao público infantil, atividades sociais e educação. O padrão construtivo modular de Lelé se encaixa em volumes de organização lineares e simétricos.

O modelo de enfermaria coletiva contribui para a interação social entre os pacientes, sem deixar perder a privacidade quando necessário, através de mecanismos móveis ou mudança para quartos individuais.

Entre as principais características desta arquitetura se encontra a grande galeria responsável por distribuir correntes de ar sempre renovados, de baixo para cima, com sistema natural de umidificação.

LEGENDA ÚNICA

- Privativa
- Terapias/lazer
- Educacional
- Hospitalar
- Serviços
- Galerias de circulação

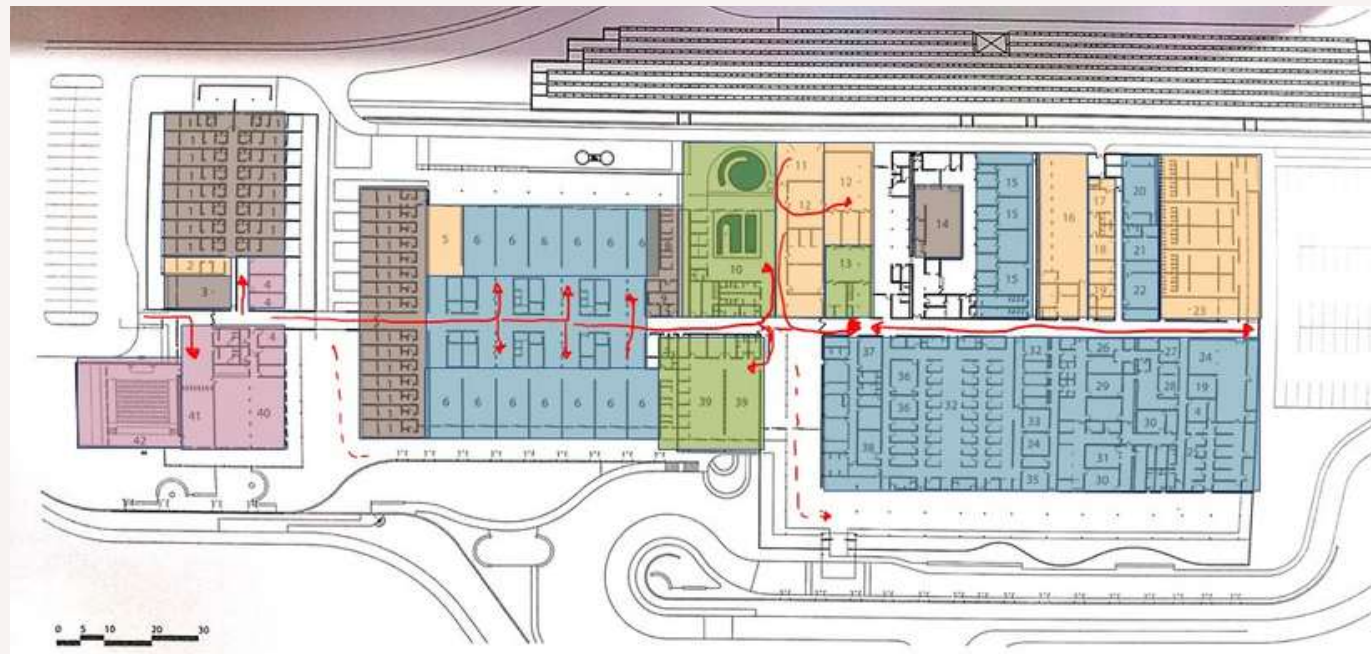


Figura 56. Planta térrea - Sarah Salvador. Fonte: LIMA, JF. Arq. Uma experiência na área da saúde. 2012, p. 133. Analisada pela autora.



Figura 57. Planta subsolo Sarah Salvador. Fonte: LIMA, JF. Arq. Uma experiência na área da saúde. 2012, p. 132. Analisada pela autora.

A continuação do sistema de galerias são os shads pré-moldados de metal em formato orgânico pelos quais o ar quente sai e permitem, simultaneamente entrada de luz natural a todo tempo, permitindo flexibilidade em estarem abertos ou fechados.

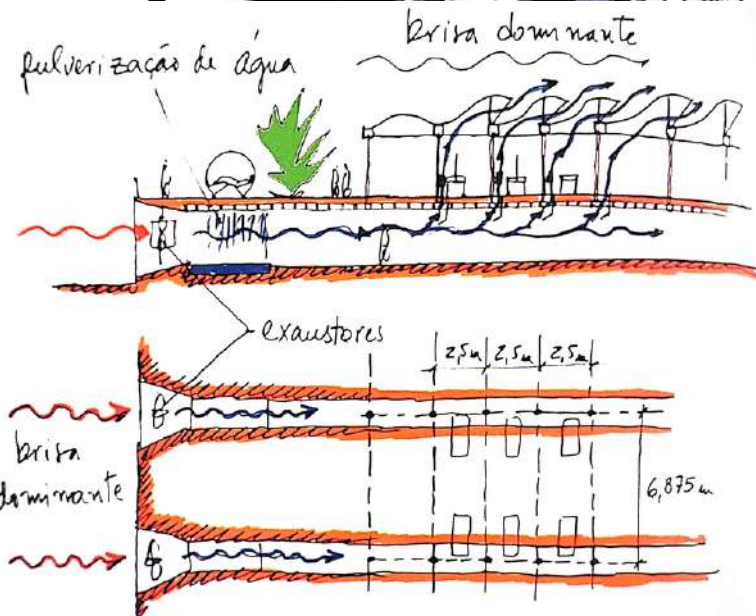


Figura 58. Esquema de circulação do ar - Sarah Salvador. Fonte: LIMA, JF. Arq. Uma experiência na área da saúde. 2012, p. 112.

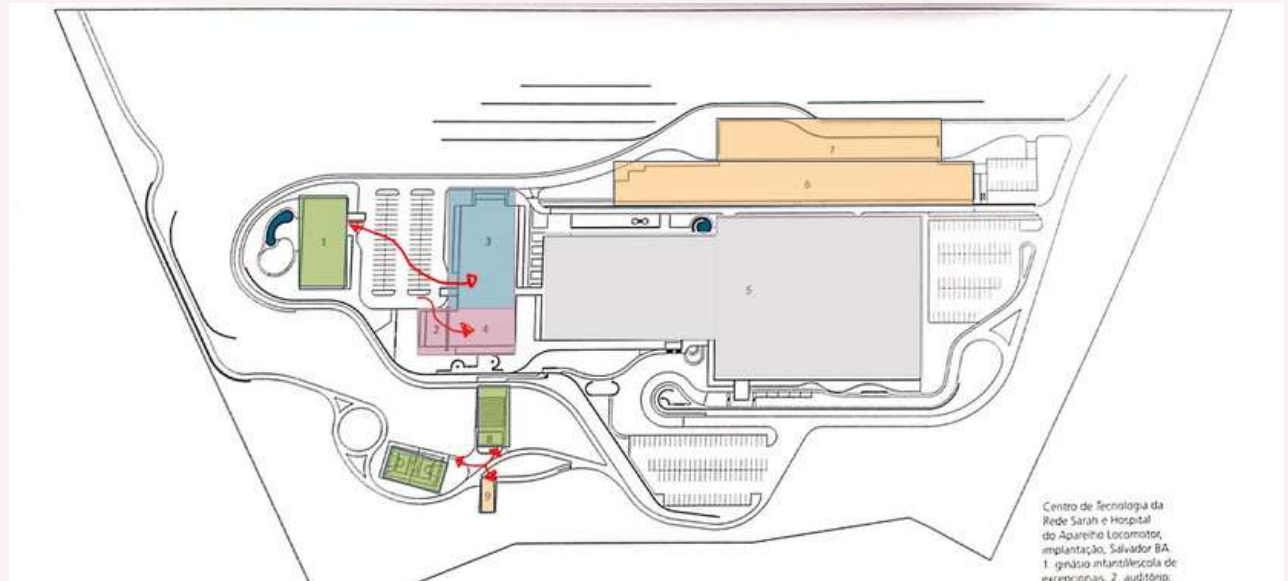


Figura 59. Planta pav. superior / cobertura - Sarah Salvador. Fonte: LIMA, JF. Arq. Uma experiência na área da saúde. 2012, p. 131. Analisada pela autora.

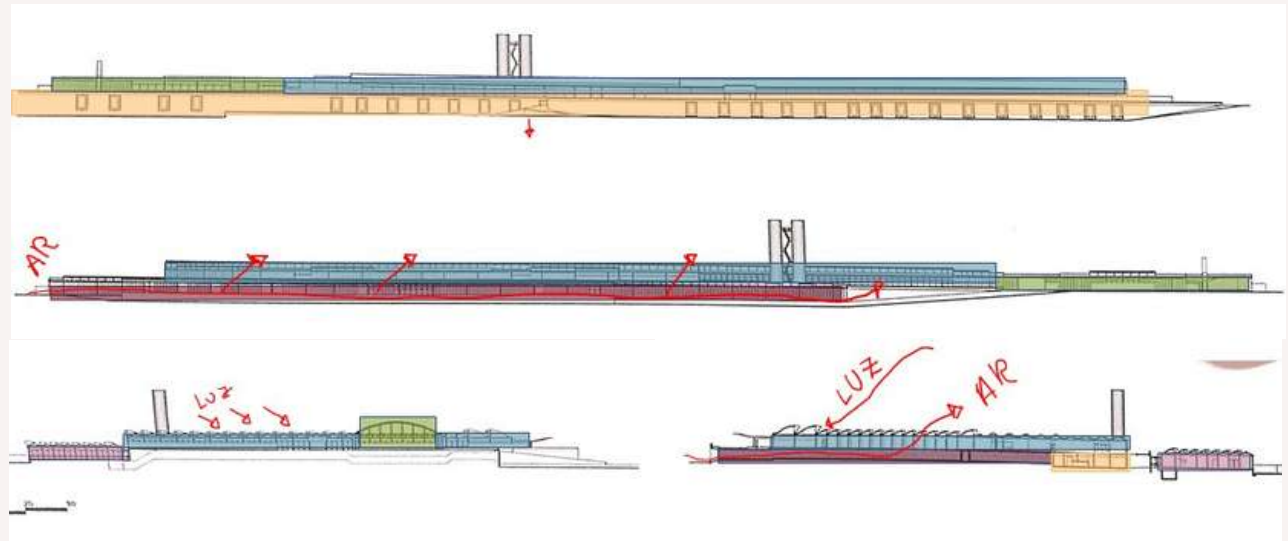


Figura 60. Cortes transversais e longitudinais - Sarah Salvador. Fonte: LIMA, JF. Arq. Uma experiência na área da saúde. 2012, p. 130. Analisados pela autora

LEGENDA ÚNICA

- Privativa
- Terapias/lazer
- Serviços
- Educacional
- Hospitalar
- Galerias de circulação do ar

A terceira função das galerias é permitir a passagem de serviços básicos de forma rápida e confortável aos funcionários. O fato de que toda a parte de manutenção pode ser realizada com um adulto em pé, permite que a localização de eventuais problemas estruturais sejam identificados rapidamente.

Outra característica marcante de Lelé é a integração/separação dos espaços coletivos com grandes espaços ajardinados que garantem simultaneamente interação com a natureza e elementos externos, mas com elementos que conferem privacidade e intimidade.

Por fim, vale-se ressaltar os pisos vînicos utilizados nas ambiências hospitalares, que garantem estabilidade e segurança para a mobilidade que é realizada sobre rodas constantemente.

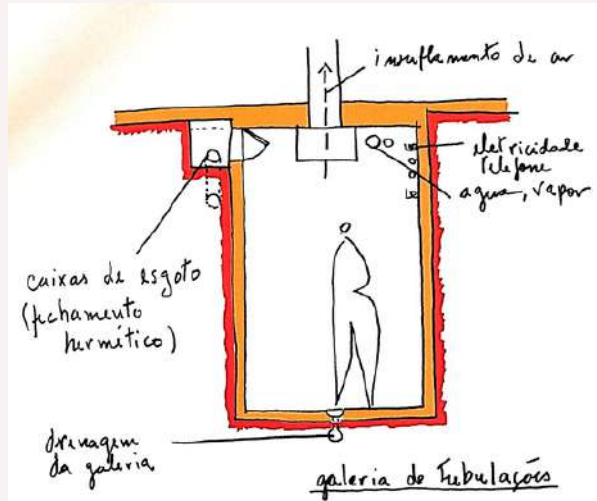


Figura 61. Esquema de manutenção predial - Sarah Salvador. Fonte: LIMA, JF. Arq. Uma experiência na área da saúde. 2012, p. 126.



Figura 62. Enfermaria Coletiva - Sarah Salvador. Fonte: LIMA, JF. Arq. Uma experiência na área da saúde. 2012, p. 122.



Figura 63. Jardim lateral - Sarah Salvador. Fonte: LIMA, JF. Arq. Uma experiência na área da saúde. 2012, p. 122.

[5 ESTUDOS DE CASO]

5.2 Beit-halochem Rehabilitation Center Kimmel - Israel

Com 6.000m², os arquitetos o apelidaram de "A Rocha". O prédio se mistura à coloração da paisagem com seus materiais expostos e formas que lembram grandes pedras ou montanhas. A implantação é fragmentada por setores que se interligam por grandes áreas de circulação acessíveis. Um ponto marcante é sua angulação, raramente ortogonal, que se inclina tanto no plano horizontal quanto vertical.

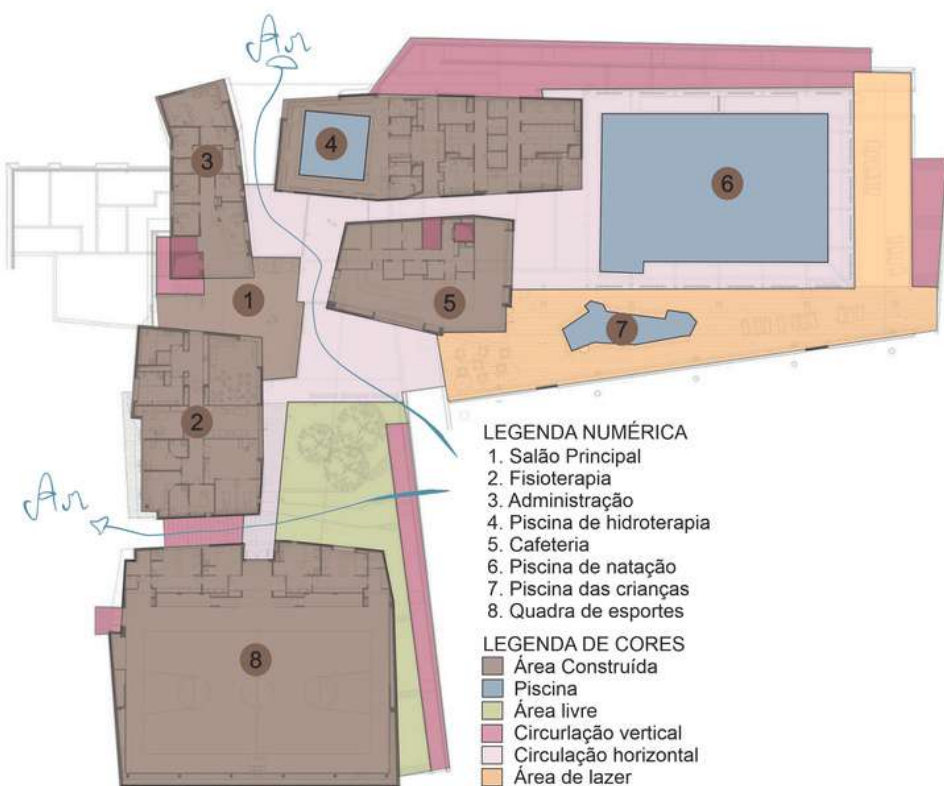


Figura 64. Planta térrea. Beit-halochem Rehabilitation Center Kimmel. Fonte: Archdaily, analisado pela autora.

Toda a piscina principal é inclinada, se tornando inteiramente uma rampa. O partido aproveita bastante das separações entre blocos para criar áreas eficientes de circulação cruzada, conforto térmico e aproveitamento de iluminação natural. Intercalando o terracamento entre pés direitos simples e duplos, é gerada integração visual entre pavimentos e expressões formais muito marcantes, por dentro e por fora.

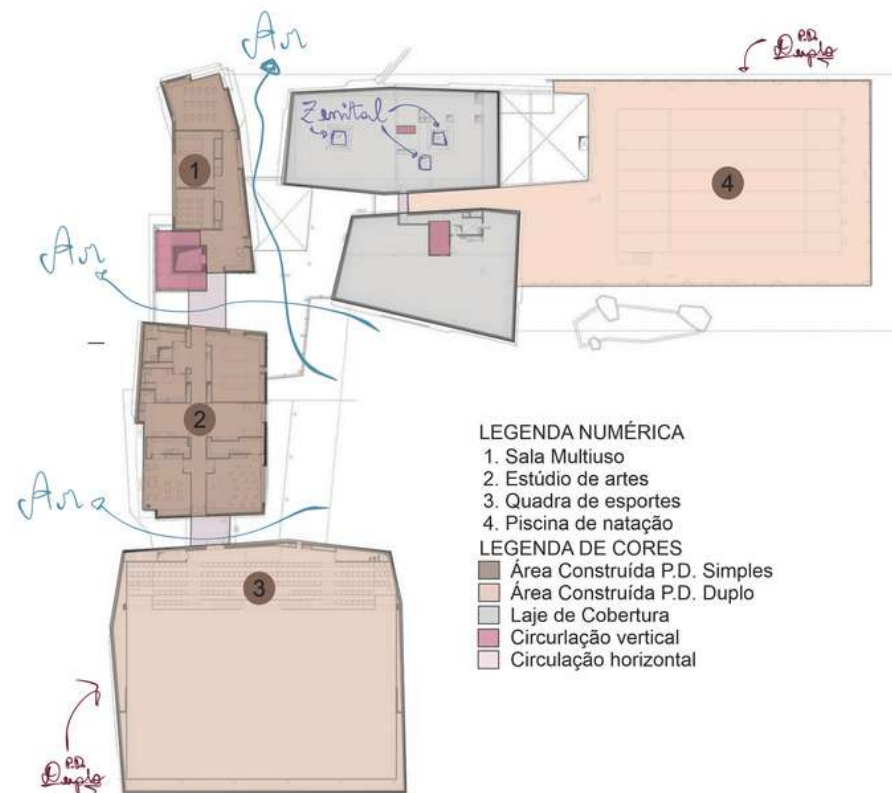
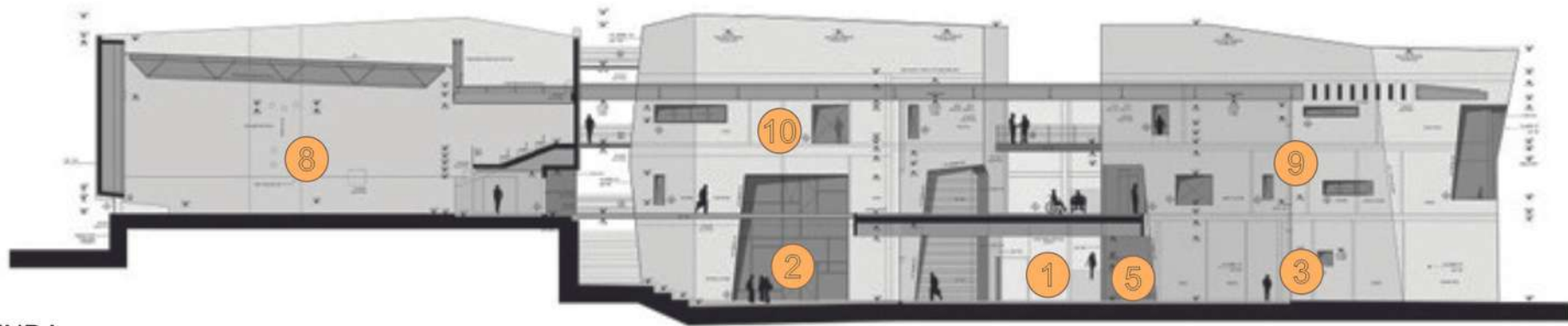


Figura 65. Planta 1º Pav. Beit-halochem Rehabilitation Center Kimmel. Fonte: Archdaily, analisado pela autora.



LEGENDA

1. Salão Principal
2. Fisioterapia
3. Administração
4. Piscina de hidroterapia
5. Cafeteria
6. Piscina de natação
7. Piscina das crianças
8. Quadra de esportes
9. Sala Multiuso
10. Estúdio de artes

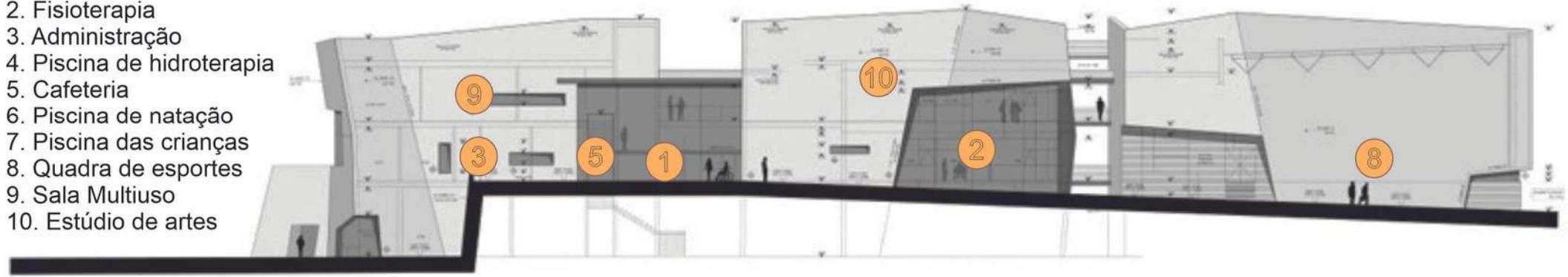


Figura 66. 2 cortes transversais e um longitudinal. Beit-halochem Rehabilitation Center Kimmel. Fonte: Archdaily, analisado pela autora.



Figura 67.*



Figura 68.*

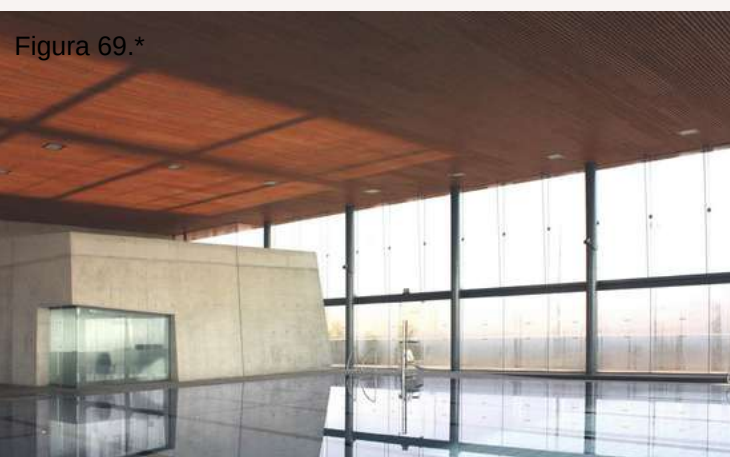


Figura 69.*

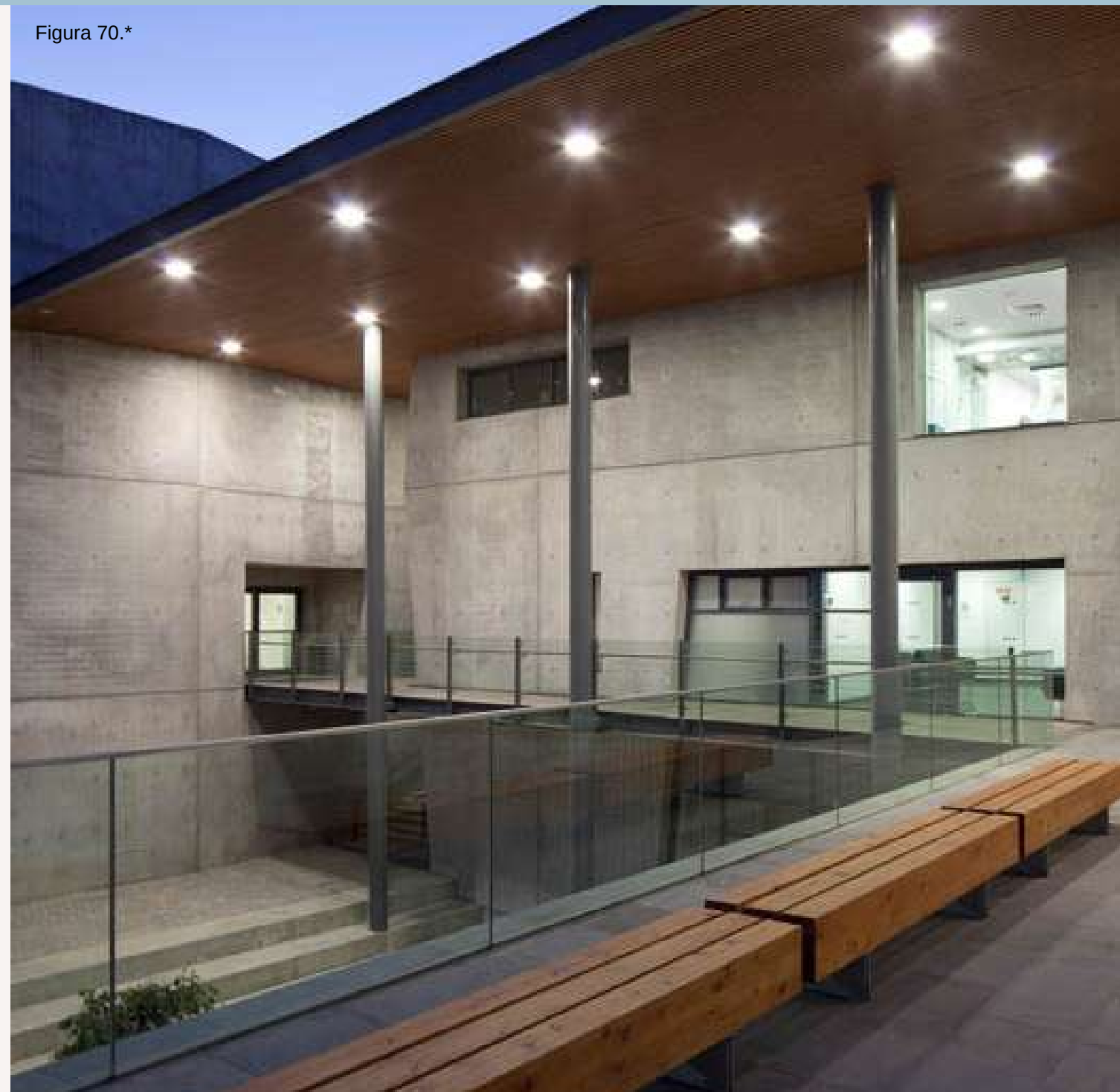


Figura 70.*

* Figuras 67 a 70. Fotos externas e internas do Beit-halochem Rehabilitation Center Kimmel - Israel. Fonte: Archdaily. Disponível em: <https://bit.ly/3GQTage>

[6 PROJETO ARQUITETÔNICO]
[6.1 ESTUDO DO LUGAR]

A cidade de Rio Verde é a maior cidade da Macrorregião Sudoeste de Goiás*, sendo também a 4ª maior cidade do estado*. Concentra grande parte dos serviços especializados da região e de comércios atacadistas. Se conecta com praticamente todas as menores cidades e tem um papel importante na distribuição de fluxo entre a MR e o restante de Goiás e estados vizinhos.

Possui a maior extensão territorial e o 6º maior PIB da MR*. É um pólo educacional, contando com 6 universidades. Abriga centros industriais voltados a tratamento de grãos.



População estimada*:
247.259 habitantes



Densidade populacional*:
21,05 hab/km²



PIB per capita (2018)*:
R\$ 41.815,21



Área territorial*:
8.386km²

Figura 71.
BrasilxGoiás
Prod. da autora

Figura 72.
GoiásxMR
Prod. da autora

LEGENDA

- macrorregião Sudoeste
- Município de Rio Verde
- Conexões entre outros municípios
- BR-060
- GO-174
- GO-333
- GO-210
- GO-452

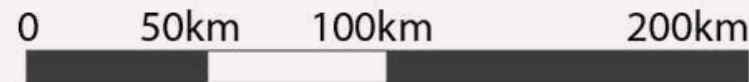
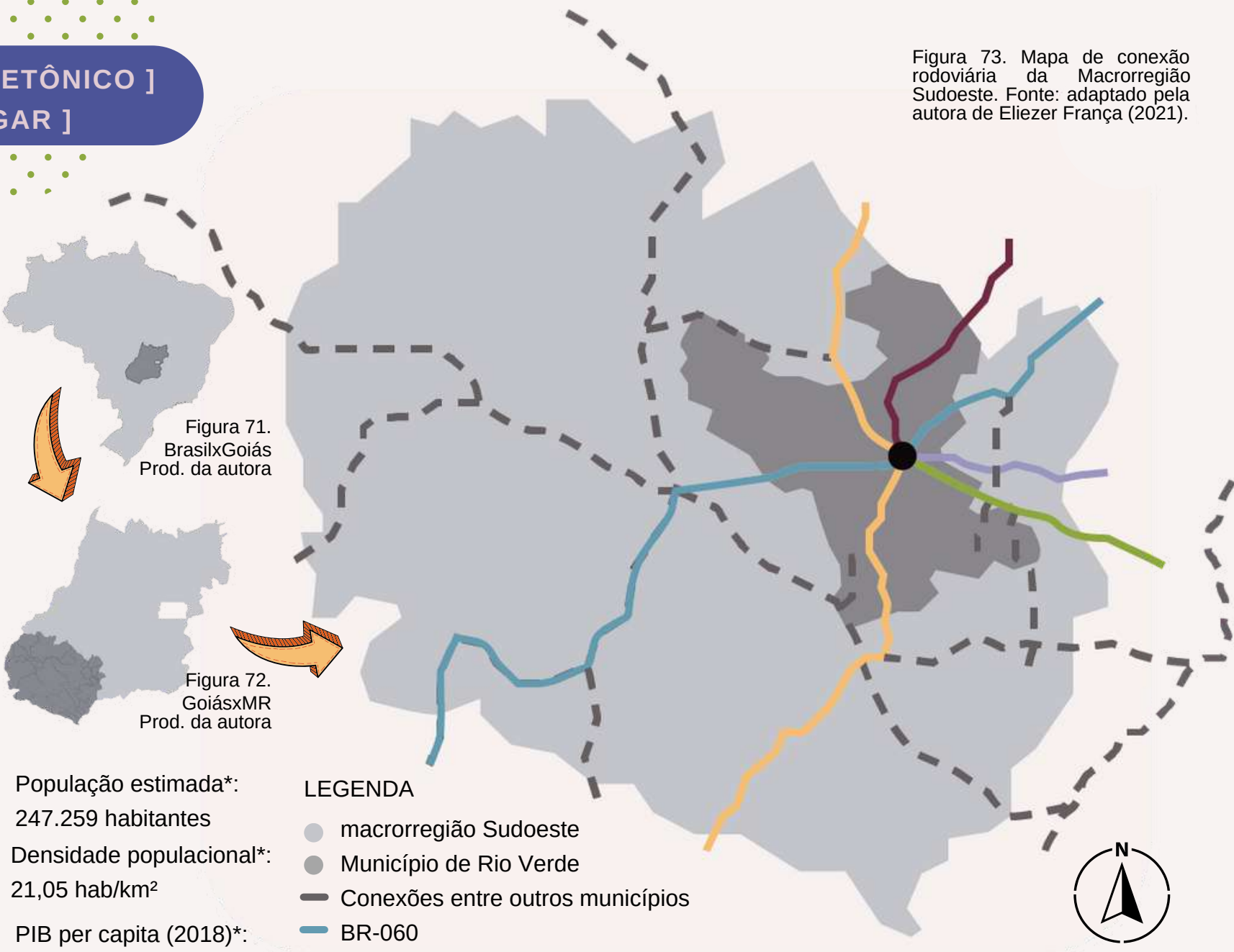


Figura 73. Mapa de conexão rodoviária da Macrorregião Sudoeste. Fonte: adaptado pela autora de Eliezer França (2021).



* Dados do IBGE cidades para projeção de 2021.

[EQUIPAMENTOS EM REABILITAÇÃO RV]

A cidade de Rio Verde conta hoje com 8 equipamentos que realizam atendimentos voltados à habilitação e reabilitação de PcDs. Estes atuam em áreas como educação inclusiva, terapias assistidas por cavalos, fisioterapias e hidroterapias. O CER II gerido pela Fundação Pestalozzi é o equipamento de maior especialização, porém, todos eles atuam em uma rede integrada entre si afim de possibilitar o melhor atendimento possível com os recursos disponíveis. Estes órgãos atuam em parceria com a Prefeitura e, dentre eles, apenas a clínica COT é de cunho particular.

O mapa ao lado indica as linhas de ônibus existentes no município. Percebe-se que elas não cobrem toda a cidade, mas, em relação a equipamentos em reabilitação, conseguem prover bom deslocamento. As linhas de transporte intermunicipais conseguem ser providas de conexões de distribuição local, auxiliando pessoas de outros municípios a utilizarem esses serviços. No sentido de mobilidade urbana, a ADEFIRV também realiza um papel importante em possibilitar atendimento, atuando em realizar o transporte adequado de PcDs em veículos adaptados, de maneira gratuita.

LEGENDA











	Equoterapia do Sindicato Rural		Associação de Deficientes Físicos de Rio Verde (ADEFIRV)		Clínica COT Ocupacional
	Centro de Equoterapia Dona Gercina		Fundação Pestalozzi - unidade CER II e Escola DUNGA		Rotas de ônibus
	Centro de Ensino Especial Bom Pastor		Fundação Pestalozzi - unidade de apoio e profissionalização		Rodoviária
					Pontos de ônibus intermunicipal



Figura 74. Mapa de Rio Verde com equipamentos em reabilitação, rotas de ônibus municipais e pontos de ônibus intermunicipais. Produzido pela autora. Fonte das rotas: Viação Paraúna LTDA.

O município de Rio Verde é um pólo de agropecuária, o que é possibilitado pela grande extensão de seu território. Sua estrutura viária reflete este fator contando com diversas saídas para áreas rurais, bem como sendo circundada por rodovias que realizam a distribuição de produtos e insumos para todo o país e interligam a cidade a toda a Macrorregião (MR) Sudoeste.

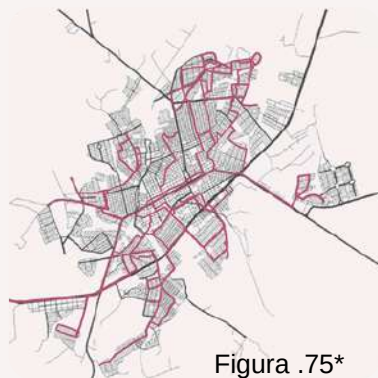


Figura .75*

Por ser a maior cidade da MR, atua como centralidade importante, não só para produtos agropecuários, mas também pela oferta de produtos e serviços, sendo um local bastante procurado para atendimentos de especialidades médicas, geralmente de cunho particular.

Sua distribuição viária atua de forma a interligar toda a cidade à Avenida Presidente Vargas, sendo a rua de principal suporte logístico e infraestrutura local. Apesar de o fluxo entre bairros ser um pouco disforme, em geral a cidade possui muitas vias de mão única, gerando várias avenidas importantes que se complementam paralelamente.

É possível chegar a extremos da cidade de forma bastante rápida através da BR-060, e por essa razão, no perímetro urbano a rodovia conta com no mínimo 3 pistas ao longo de sua extensão. Um fator relevante à mobilidade urbana é que, em geral, os semáforos da Av. Presidente Vargas encontram-se quase sempre sincronizados, gerando ondas verdes constantes e minimizando chances de engarrafamento.

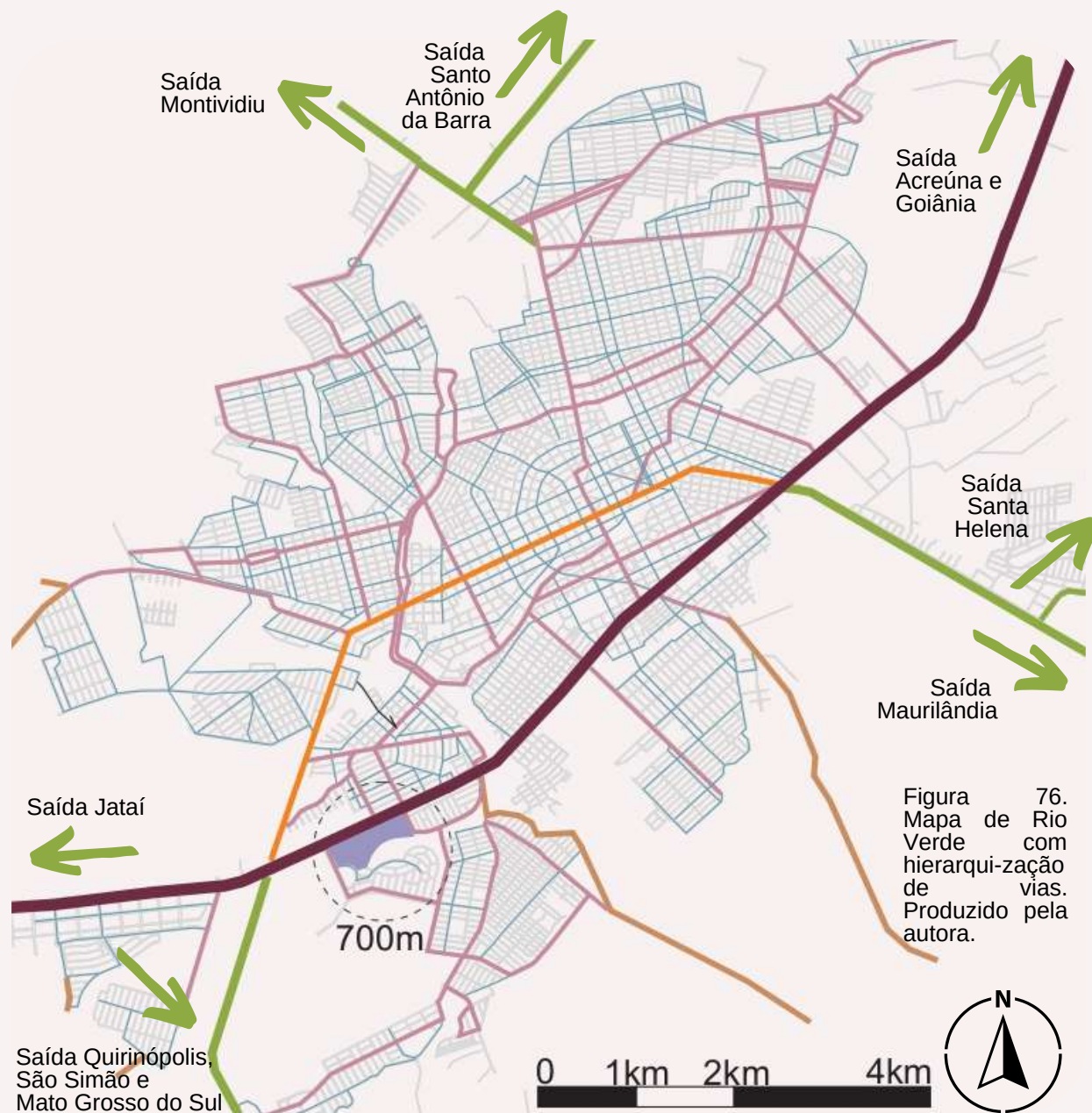


Figura 76. Mapa de Rio Verde com hierarquização de vias. Produzido pela autora.

LEGENDA

Rodovias estaduais	Principal	Coletoras	Intervenção
BR-060	Arteriais	Locais	Recorte
Saídas rurais			

* Figura 75. Município de Rio Verde com rotas de ônibus sinalizadas. Produzido pela autora.

Figura 77. Massas vegetativas.*



- LEGENDA**
- Intervenção
 - Área de APP
 - Arruamento
 - Recurso hídrico/
Córrego do Sapo

A região conta com três áreas de APP, sendo que uma delas se encontra imediatamente na parte posterior à gleba escolhida para intervenção. A APP em questão é a nascente do Córrego do Sapo, que segue por um grande trecho da cidade.

Figura 78. Mapa de hierarquia viária do entorno*



- LEGENDA**
- Intervenção
 - Ruas locais
 - Ruas coletoras
 - Av. Principal
 - GO-174
 - BR-060

A gleba fica às margens da BR-060, responsável pela conexão entre a Macrorregião e Goiânia, bem como a ligação entre GYN e Mato Grosso do Sul. À esquerda, se encontra a GO-174, ligando RV a Quirinópolis e região. Um pouco a frente se torna Av. Presidente Vargas.

* Figuras 77 e 78. Fonte: adaptados pela autora de Eliezer França (2021).

Figura 79. Mapa de cheios e vazios. Produção da autora.



LEGENDA 0 250m 500m 1.000m 1.500m Escala Gráfica

- Lotes edificados
- Intervenção
- Área de APP
- Área Rural
- Praças
- Arruamento
- Recurso hídrico

A área se divide em duas situações: uma de loteamentos mais antigos que se encontram majoritariamente construídos e bastante adensados, e uma de novos loteamentos que ainda estão começando a se desenvolver, configurando grandes vazios urbanos.

Figura 80. Mapa de uso do solo. Produção da autora.

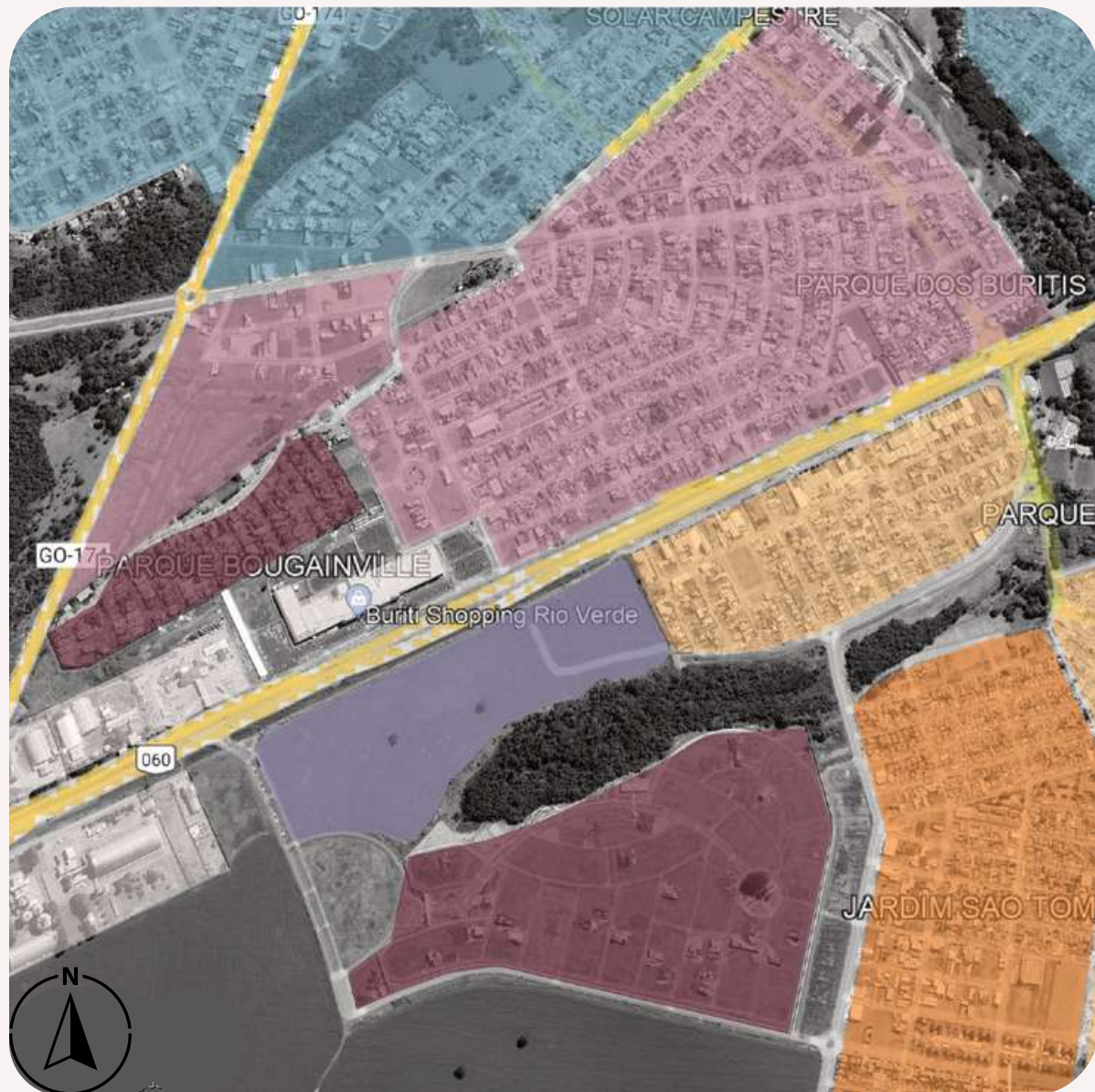


LEGENDA 0 250m 500m 1.000m 1.500m Escala Gráfica

- Intervenção
- Habitacional
- Serviços
- Comercial
- Industrial
- Área Rural
- Praças

Em frente à gleba se encontra o principal shopping center da cidade, que torna o local um centro comercial e de alimentação, no entanto, o entorno é majoritariamente residencial, apresentando alguns serviços e indústrias e poucos comércios espalhados.

Figura 81. Distribuição socioeconômica no entorno. Produção da autora.



LEGENDA

● Classe média	● Condomínio Fechado	● Classe baixa
● Intervenções	● Classe alta	● Serviços/comercio/ind.
		● Classe ext. baixa

0 500m 1.000m 2.000m

Escala Gráfica

O recorte ao lado foi realizado a partir de leitura de tipologia arquitetônica. A proximidade com a rodovia gerou um atraso no desenvolvimento da área, sendo que, os loteamentos mais adensados são bairros de habitação popular que por decisões políticas foram locados em áreas mais afastadas da centralidade urbana, já os bairros ainda em construção são bairros de classe alta ou condomínios fechados.

A presença massiva de habitações se deve a três fatores: moradores de bairros de classe alta em geral utilizam veículos individuais para se deslocarem no território, não exigindo pluralidade de equipamentos próximos; os bairros de habitação popular não têm políticas de estimulação ao comércio e, por fim, a presença do shopping e suas inúmeras ofertas inibem o desenvolvimento de pequenos comerciantes por receio de não possuírem demanda.

É um recorte territorial interessante, abrigando equipamentos industriais, um centro comercial, habitações de alto padrão e bairros de habitação popular em um trecho geográfico bem próximo. No entanto, a formatação do planejamento urbano acentua bastante as diferenças entre cada situação socioeconômica.

As imagens a seguir apontam a evolução urbana do recorte a partir de imagens de satélite nos anos de 2007, 2012, 2017 e 2021. Percebe-se que posterior às habitações populares, a promessa e a construção do Shopping Buriti foram fatores que impulsionaram rapidamente o desenvolvimento da região através de novos loteamentos e especulação imobiliária.



Figura 82. Mancha urbana em 2007.*



Figura 83. Mancha urbana em 2012.*



Figura 84. Mancha urbana em 2017.*



Figura 85. Mancha urbana em 2021.*

* Figuras 82 a 85. Fonte: Google Earth 2021.



LEGENDA

- Intervenção
- Arruamento



Figura 86. Equipamentos no entorno.

O levantamento de equipamentos na região corrobora com as análises anteriores, apresentando apenas um supermercado, uma padaria, um salão, uma clínica, um hotel, uma escola e uma Unidade Básica de Saúde em escala de bairro.

Os serviços presentes às margens da BR-060 são voltados a veículos, o que é estratégico dado ao fluxo e, o setor fabril se encontra a sudeste da gleba, sendo legado de um antigo zoneamento municipal. As imagens abaixo demonstram o entorno.



Figura 87. Vista para a Gleba.*



Figura 88. Vista para o Shopping Buriti.*



Figura 89. Vista para bairro do lado oposto da BR-060.*



Figura 90. Vista para bairro ao lado da gleba.*

* Figuras 46 a 49. Fonte: Google Earth 2021.

[6.2 CONDICIONANTES FÍSICAS]

O Zoneamento Bioclimático Brasileiro é o resultado da consideração das zonas de conforto humano em relação a dados climáticos e estratégias de construção que visam estabelecer critérios para o conforto térmico passivo nas edificações, fornecendo orientações e diretrizes construtivas para a concepção arquitetônica.

Nosso objeto de intervenção é localizado em latitude 17,49° Sul e longitude 50,56° Oeste, no horário de Greenwich -3 e a 735m de altitude. Se situa na Zona Bioclimática 6.

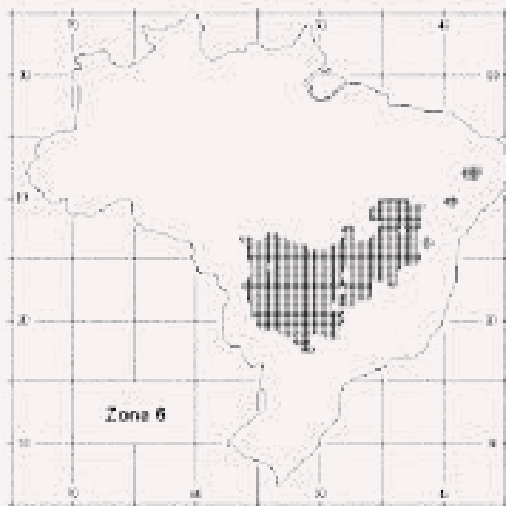


Figura 91. Zona 6 do zoneamento bioclimático brasileiro. Fonte: NBR 15.220.

Segundo a base de dados do INMET (Instituto Nacional de Meteorologia), a cidade possui dois grandes períodos: um bastante úmido e outro bastante seco. A temperatura é em geral bastante quente ao longo do ano, exceto no inverno, quando possui temperaturas baixas. A temperatura média varia entre 37°C e 10°C.

Segundo a NBR 15.220 de 2005, as recomendações construtivas são:

- Uso de aberturas médias e sombreadas;
- Paredes pesadas;
- Coberturas leves com isolamento térmico.

As estratégias bioclimáticas são:

- Resfriamento evaporativo;
- Ventilação seletiva no verão;
- Vedações internas pesadas no inverno.

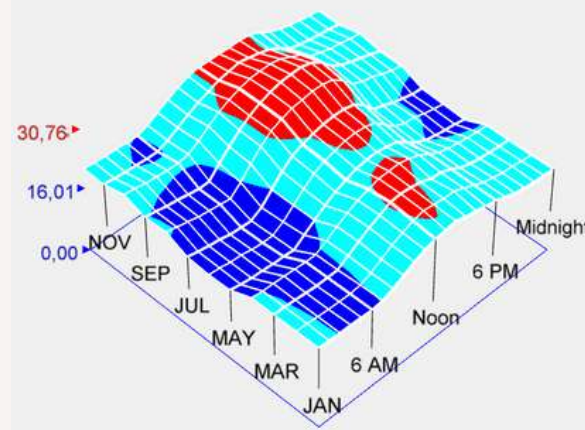


Figura 92. Gráfico demonstrando zonas de conforto térmico durante o dia na região de Rio Verde. Fonte: Climate Consultant a partir do INMET.

O gráfico ao lado e a carta solar abaixo, apontam as mudanças de temperatura ao longo do ano e do dia, concluindo que em média:

- Entre 17h e 8h há um período de frio;
- Entre 8h e 11h há um período de conforto térmico;
- Entre 11h e 17h há um período quente.

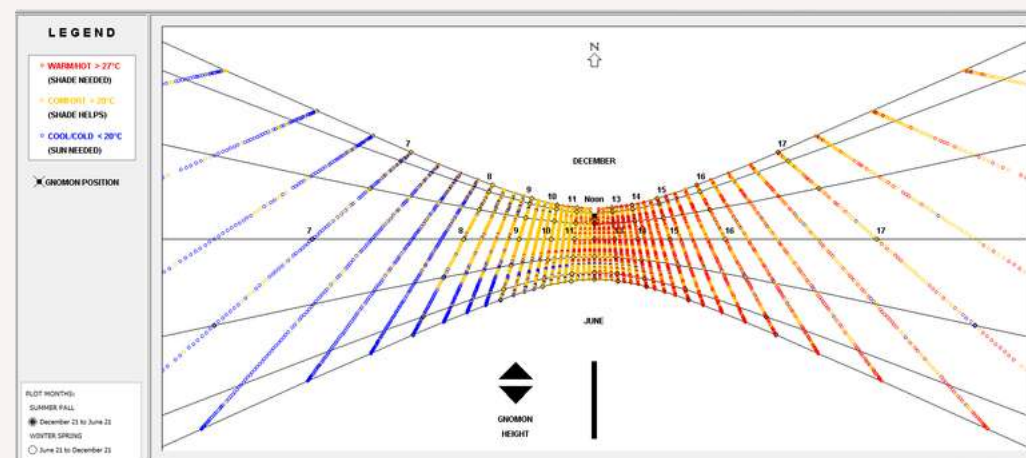


Figura 93. Carta solar da cidade de Rio Verde. Fonte: Climate Consultant a partir de dados do INMET.

Baseado nessas informações, entende-se que as estratégias a serem adotadas relativas a conforto térmico no empreendimento devem ser versáteis dado à variação regular do clima local, devendo seguir, segundo a NBR 15.220, índices de transmitância térmica inferior a $U < 2,20$ para paredes de vedação externa, $U < 2,00$ para cobertura e aberturas que variem entre 15% e 25% da área projetada.

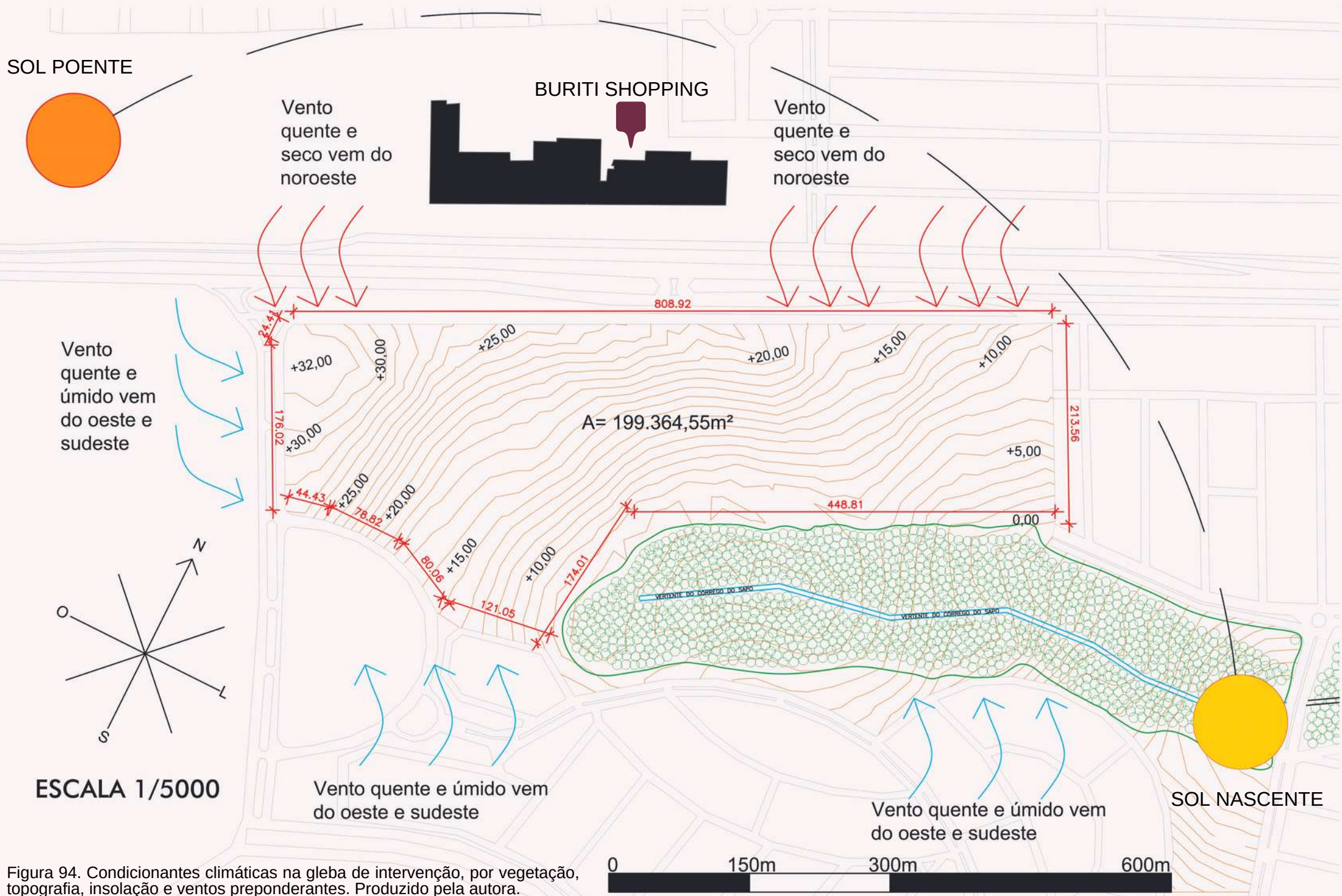


Figura 94. Condicionantes climáticas na gleba de intervenção, por vegetação, topografia, insolação e ventos preponderantes. Produzido pela autora.

As imagens ao lado, representam a elevação da gleba. No sentido longitudinal a gleba apresenta 23 metros de desnível ao centro, representando uma inclinação de 7% e, no sentido transversal, 12 metros de desnível, ao centro, com inclinação de 5%. No entanto, a leitura topográfica sobre a gleba, exibida na imagem anterior, demonstra que dentro de seus limites há um desnível total de 32 metros de altura, o que se configura em um desafio ao desenho universal. Para vencer essa topografia, estratégias como terraceamento e composição e interligação entre diferentes níveis se farão necessárias.

A região possui dois ventos preponderantes, segundo o INMET: vento quente e úmido vindo do oeste e sudeste, e vento quente e seco vindo da região noroeste - o mesmo sentido da BR-060. Para abafar sons e o vento indesejados, deverá ser criada barreira vegetal espessa entre o equipamento e a via.

Segundo a Prefeitura Municipal de Rio Verde (2021):

as estações da cidade são bem definidas, apresentando seca entre maio e outubro e chuvosa de novembro a abril. A vegetação é constituída de cerrado e matas residuais. Seu solo é do tipo latossolo vermelho escuro com texturas argilosa e areno-argilosa. (Portal da Prefeitura Municipal de Rio Verde, 2021.)

A APP limítrofe é uma vertente do Córrego do Sapo. Sua configuração sugere uma área de nascente, e sua vegetação encontra-se densa, isto leva a crer que sua microbiota deve encontrar-se preservada, logo, é necessário que haja muito cuidado na implantação a fim de não desequilibrar sua fauna e flora.

As informações sobre solo associadas à proximidade à APP sugerem que deve-se haver cuidado quanto ao tipo de fundação ideal a ser implantada e o grande desnível demanda de intervenções para coleta de águas pluviais.



Imagem 95. Perfil de elevação longitudinal. Neste sentido o terreno apresenta 23 metros de desnível, sendo mais alto na lateral esquerda. Fonte: Google Earth.



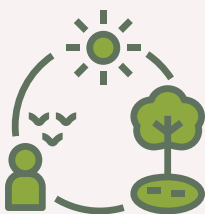
Imagem 96. Perfil de elevação transversal. Neste sentido o terreno apresenta 12 metros de desnível, sendo mais alto na frente. Fonte: Google Earth.

[6.3 CONCEITO]



[BIOFILIA]

Biofilia quer dizer amor à vida, e sua aplicação na arquitetura pode ser entendida como a necessidade de integrar a natureza aos ambientes construídos.



[SAÚDE ECOSSISTÊMICA]

Tudo o que acontece na vida de um indivíduo impacta sua saúde. A experiência com o espaço é uma unidade deste total e, para não ocorrerem opressões espaciais, é necessário se considerar o todo.



[NEUROARQUITETURA]

Nosso cérebro processa tudo o que acontece ao nosso redor. A neuroarquitetura procura trazer bem-estar e produtividade através de pequenas compreensões individuais proporcionadas por experiências e sentimentos positivos gerados pelo espaço físico.



[DINAMICIDADE]

As necessidades individuais não são as mesmas o tempo todo, logo, os elementos construtivos também não devem ser fixos. De um painel solar, a uma bancada de banheiro, tudo deve ser adaptável.



[EMPATIA ESPACIAL]

Espaços acessíveis não se limitam à capacidade de locomoção. A criação de mecanismos que possibilitem reconhecimento e bem-estar estão vinculados à autonomia e pertencimento que um espaço pode criar.

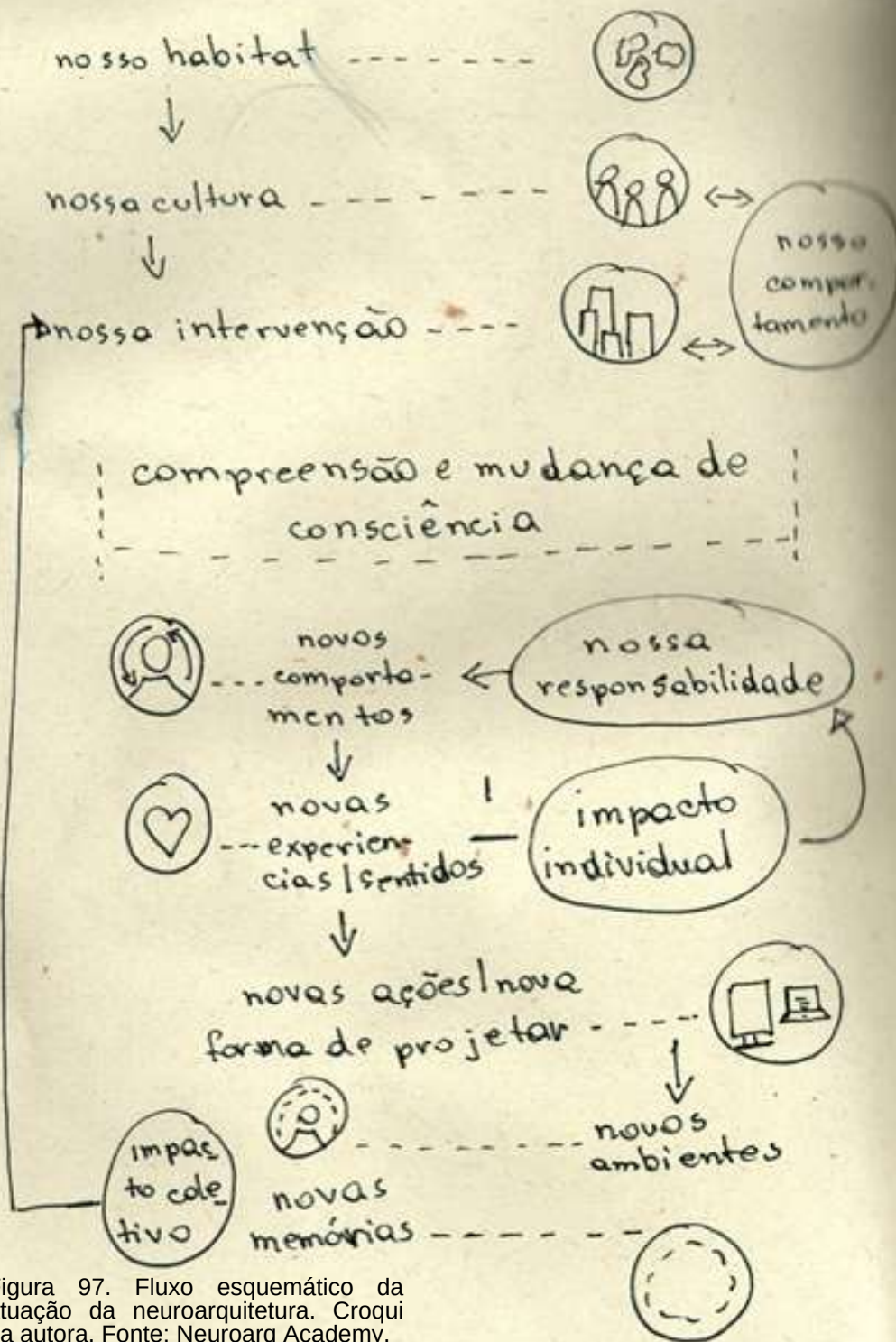


Figura 97. Fluxo esquemático da atuação da neuroarquitetura. Croqui da autora. Fonte: Neuroarq Academy.



Figura 98*



Figura 99*



Figura 100*

Já há algum tempo, mas especialmente em um mundo pós pandêmico, observamos uma revisão de crenças e valores humanos. A união da comunidade é uma aposta futura. Padrões de consumo foram alterados e a crise econômica foi acelerada, levando o coletivo a repensar o valor das pessoas, o impacto ambiental e o que é ou não essencial.

O receio de locais aglomerados também deve permanecer, logo, a reconfiguração dos espaços públicos é necessária para facilitar o acesso a higiene e distanciamento social. Isto, no entanto, não significa que espaços coletivos não voltarão a ser ocupados e, cabe aos arquitetos conseguir projetar espaços seguros e solidários, capazes de colaborar para o bem estar individual e coletivo, de maneira sustentável e suficiente.

Espaços virtuais se tornam cada dia mais utilizados, e o esgotamento mental que isso pode provocar, têm elevado a busca humana pela reconexão com a natureza. Não apenas espaços ornamentais, mas de agricultura urbana se tornam mecanismos terapêuticos e de integração ecossistêmica no sentido indivíduo-natureza-coletividade-saúde.

Como apresentado no capítulo Saúde, diversos fatores influenciam a resposta humana a processos terapêuticos, entre eles as atividades sociais. A integração da comunidade e inserção desta a esses espaços elevam a autoestima, o sentimento de pertencimento e habilidades de interação do usuário.

O aspecto mais crucial deste trabalho, no entanto, é o desenho universal. Para se atingir metas de empatia espacial e dinamicidade, é necessário entender que todos são usuários, logo, tudo deve ser acessível. Escrivaninhas, bancadas, armários, aberturas, horta, auditório. Tudo deve estar acessível a todos, o tempo todo e, suas necessidades mudam.. Além disso, a arquitetura deve prever que o espaço da pessoa com deficiência não é apenas como paciente, mas como médico(a), diretor(a), cozinheiro(a), enfermeiro(a), recepcionista, etc. Logo, o desenho universal não é sobre rampas, mas sobre possibilidade plena de capacidade e autonomia.

[PROGRAMA DE NECESSIDADES]

Na primeira etapa projetual, pensando-se em uma predefinição de setorização e implantação, o programa de necessidades consistiu em:

- 1 Conexão do empreendimento com o Buriti shopping através de via exclusivamente pedonal através de rebaixamento da via expressa;
- 2 Barreira Vegetal que bloqueie o ruído e vento indesejável vindo da BR-060; 20m largura
- 3 Alojamento que permita o acolhimento de pacientes em estado de não internação, bem como seus acompanhantes e familiares; 1000m²
- 4 Estufa capaz de servir simultaneamente como ferramenta terapêutica, produção de alimentos saudáveis para o empreendimento e acolhimento das comunidades carentes no entorno; 6.700m²
- 5 Espaço amplo de socialização e entretenimento que convide a comunidade a adentrar ao espaço; 47.000m²

- 6 Complexo esportivo; 8.000m²
- 7 Canil para treinamento de cães guias; 5.000m²
- 8 Unidade Administrativa 1.500m²
- 9 ·Complexo hospitalar amplo em dimensões afim de ser capaz de prover aberturas interiores satisfatórias para os propósitos conceituais, que venha a abrigar as alas de tratamento biomédico, internação, fisioterapias e espaços cirúrgicos. 18.000m²

Neste programa foram consideradas intenções projetuais iniciais que foram distribuídas segundo as figuras 101 a 105 das páginas a seguir:

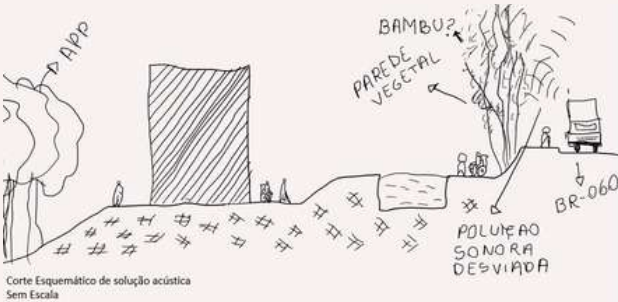


Figura 103. Croqui - teste. Corte transversal preliminar esquemático sobre barreira vegetativa.

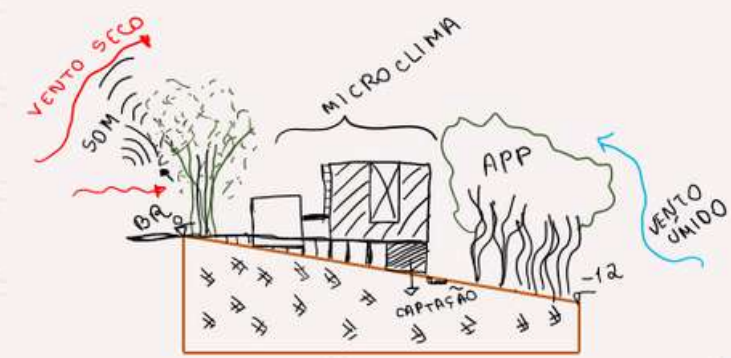


Figura 104 Croqui - teste. Corte transversal preliminar esquemático supondo conexões por níveis sentido. Produção da autora. Sem escala

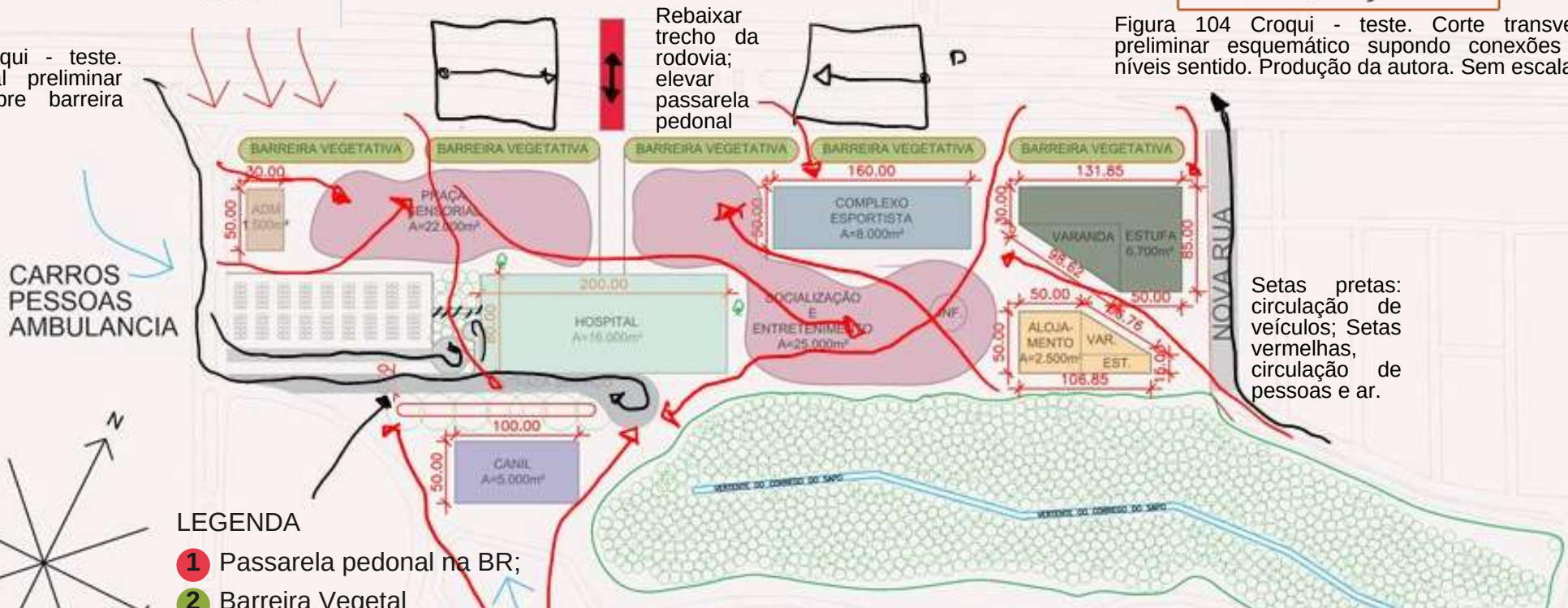


Figura 48. Implantação setorizada. Escala 1:5.000. Produção da autora.

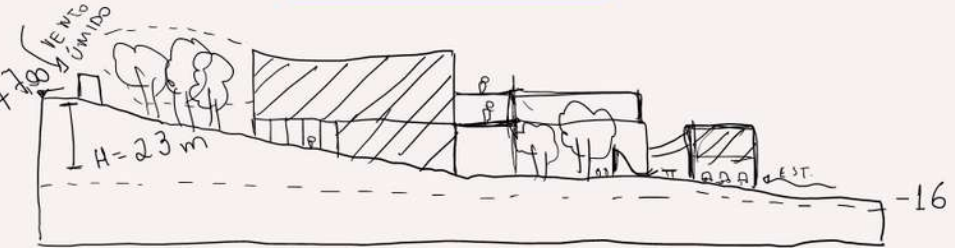
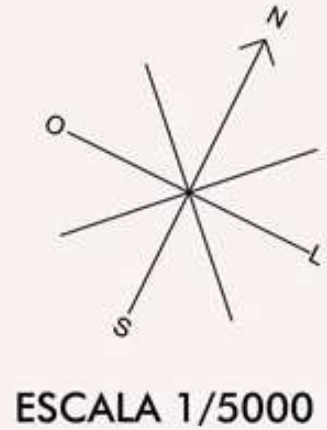


Figura 105. Croqui - teste. Corte longitudinal preliminar esquemático supondo conexões por níveis sentido. Produção da autora. Sem escala

- LEGENDA
- 1 Passarela pedonal na BR;
 - 2 Barreira Vegetal
 - 3 Alojamento
 - 4 Estufa
 - 5 Espaço de socialização
 - 6 Complexo esportivo
 - 7 Canil
 - 8 ADM
 - 9 Hospital



Tendo definidos os complexos principais, foi-se então necessária uma revisitação do programa afim de construir seus pormenores. Algumas alterações acabaram ocorrendo, ficando então a previsão de 7 grandes serviços, subdivididos:

1. Unidade de exames de imagem.
2. Terapias: divididas em 3 setores - terapias físicas, terapias especializadas e educação.
3. Área clínica | Hospitalar: dividida em 3 setores - núcleo médico especializado, ambulatório e setor cirúrgico.
4. Serviços: distribuídos por todas as áreas
5. Administração
6. Canil
7. Hospedagem

Em uma programação de fluxos, se organizam da seguinte forma:

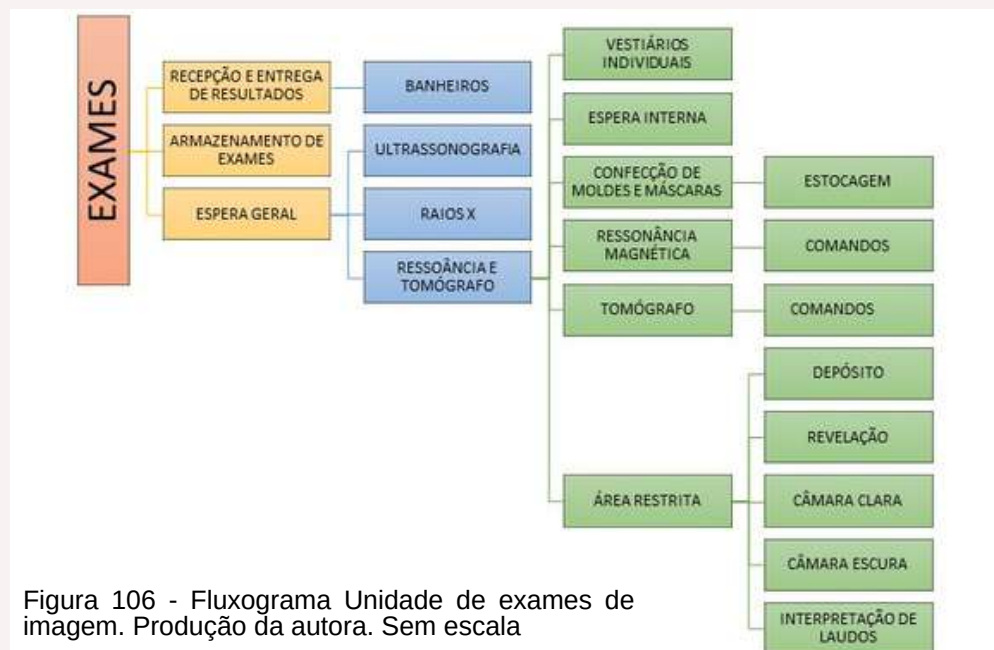


Figura 106 - Fluxograma Unidade de exames de imagem. Produção da autora. Sem escala

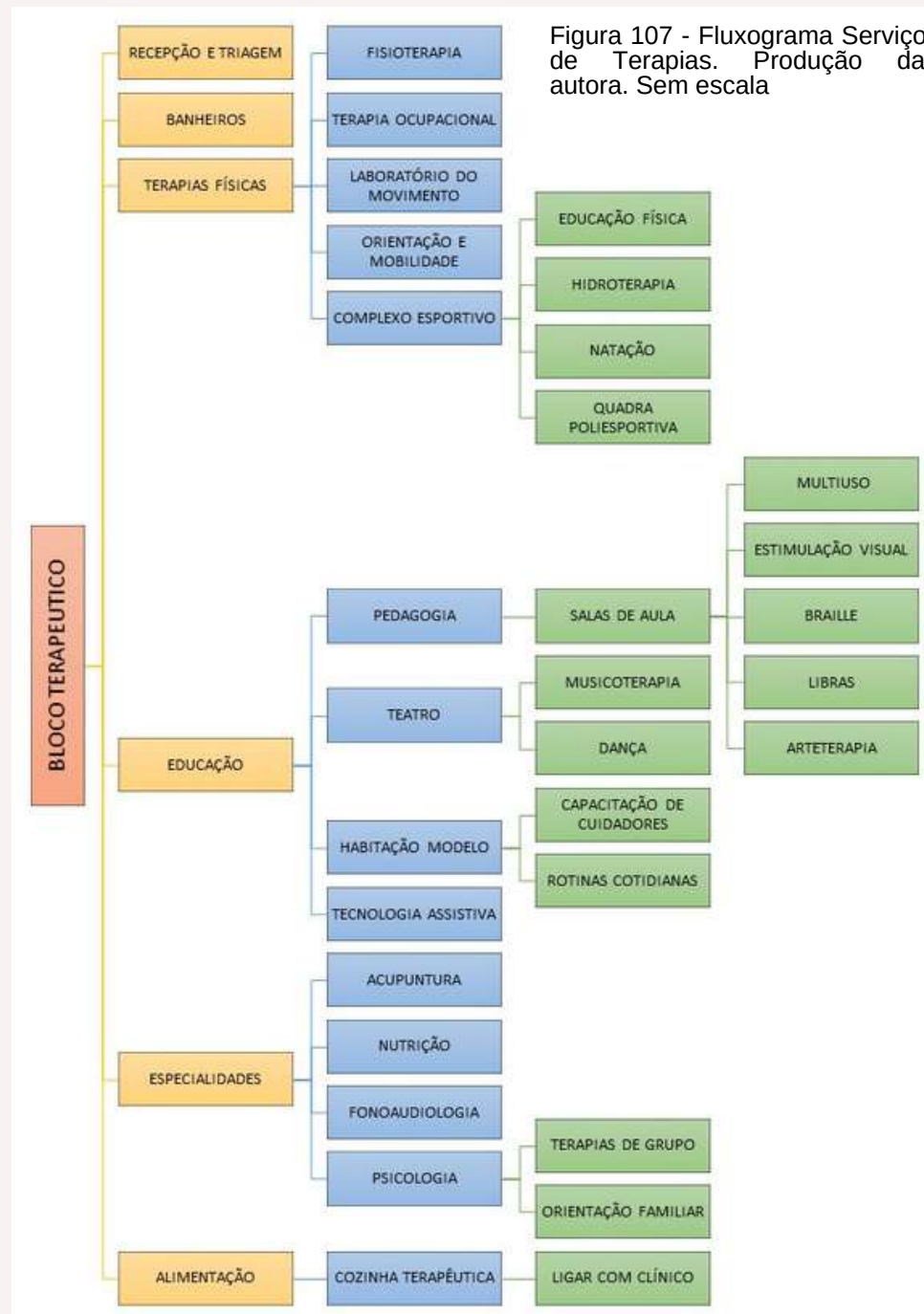
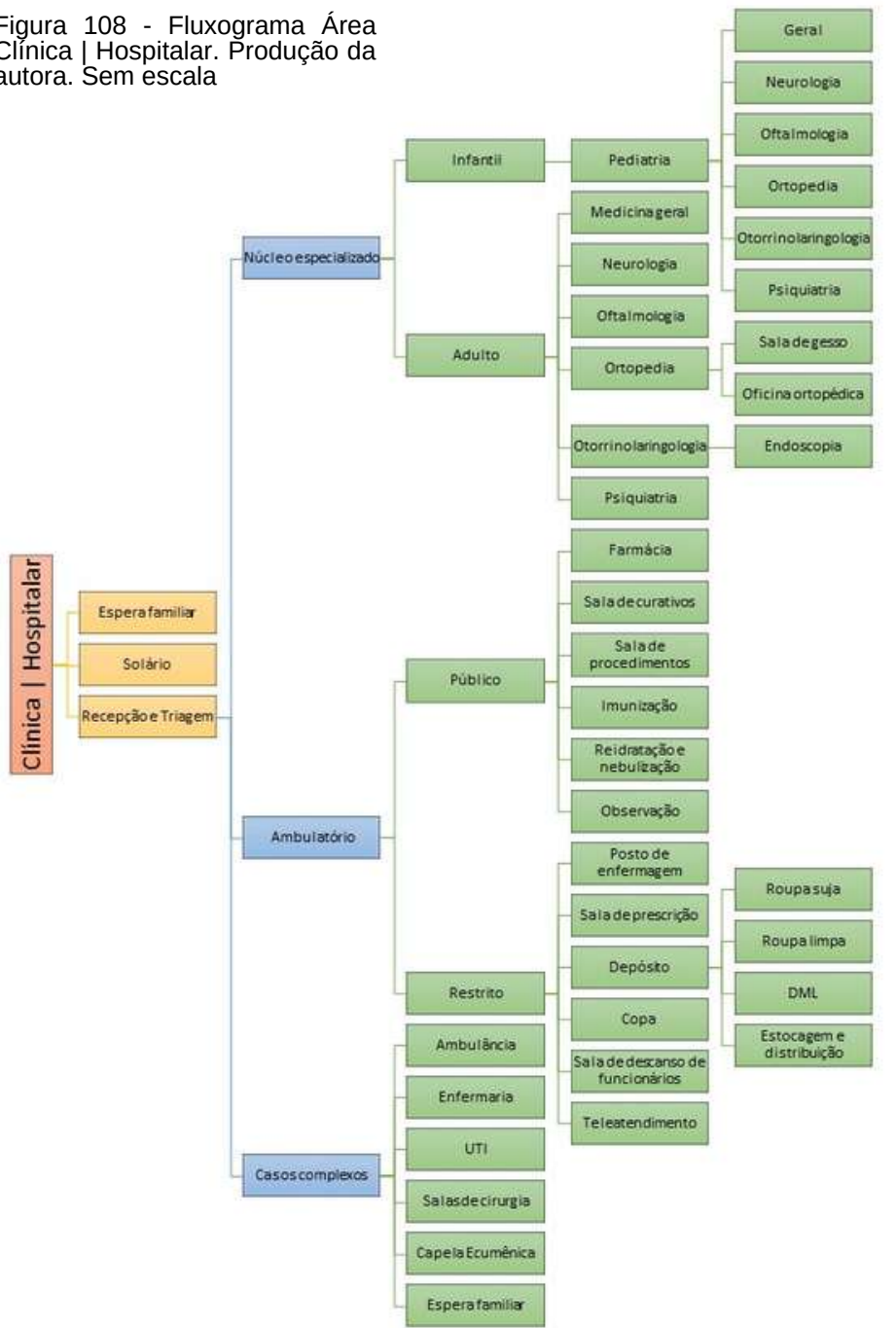


Figura 107 - Fluxograma Serviço de Terapias. Produção da autora. Sem escala

Figura 108 - Fluxograma Área Clínica | Hospitalar. Produção da autora. Sem escala



SERVIÇOS

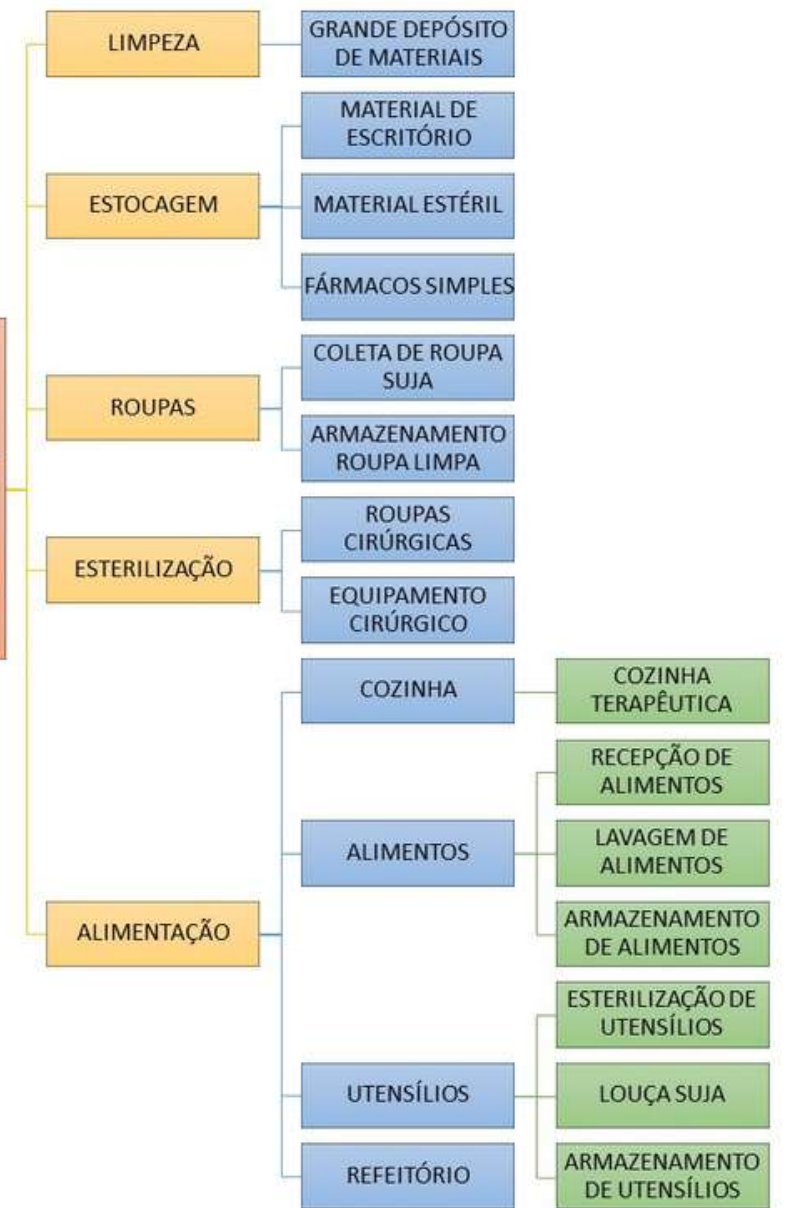


Figura 109 - Fluxograma de serviços. Produção da autora. Sem escala

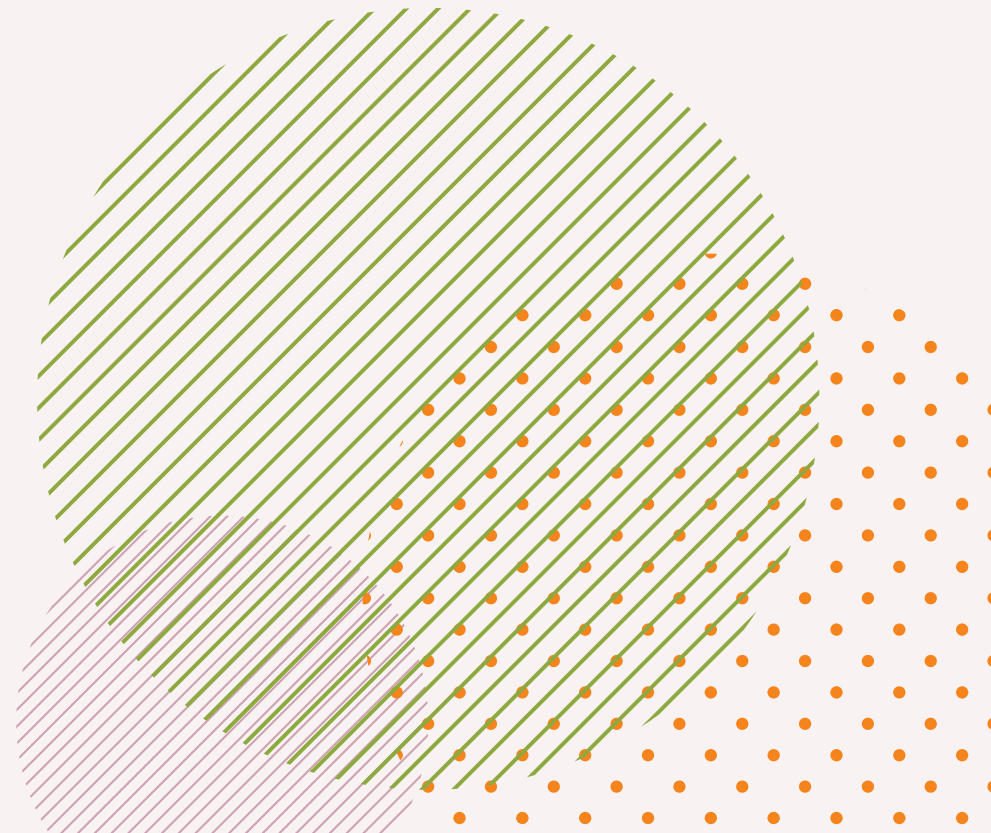


Figura 110 - Fluxograma da Administração. Produção da autora. Sem escala

Para além destes, fica o canil composto de clínica veterinária, área de treinamento, baias de alojamento dos cães e área de adaptação entre tutor permanente e animal.

O fluxograma, como exposto, ao mesmo tempo em que distribui e gera conexões entre as áreas, dá também bastante liberdade projetual, uma vez que podem se agrupar em monoblocos ou serem distribuídos por modelo pavilhonar.

Neste sentido, ao se pensar em avanço projetual, fica ainda muito incerto qual partido arquitetônico adotar para implantação. Assim, requereu-se uma re-análise das características do lugar.



[O QUE DIZ O LUGAR?]

Ao se analisar atentamente a imagem abaixo, podemos perceber linhas que vão da margem da gleba próxima à GO em direção à APP. Elas cortam o terreno em quatro linhas principais, com bifurcações. Estas foram aqui denominadas de "Caminhos da Água".

Estes caminhos dizem muito sobre o lugar, sua topografia, seu curso histórico natural, e, em respeito especial à nascente que se origina no sítio, se tornaram um norteador para as próximas considerações projetuais, começando um processo de experimentação que englobava fluxograma, topografia e Caminhos da Água.



Figura 111- Vista perspectivada da Gleba por satélite. Fonte: Google Earth 2022.

Figura 112*

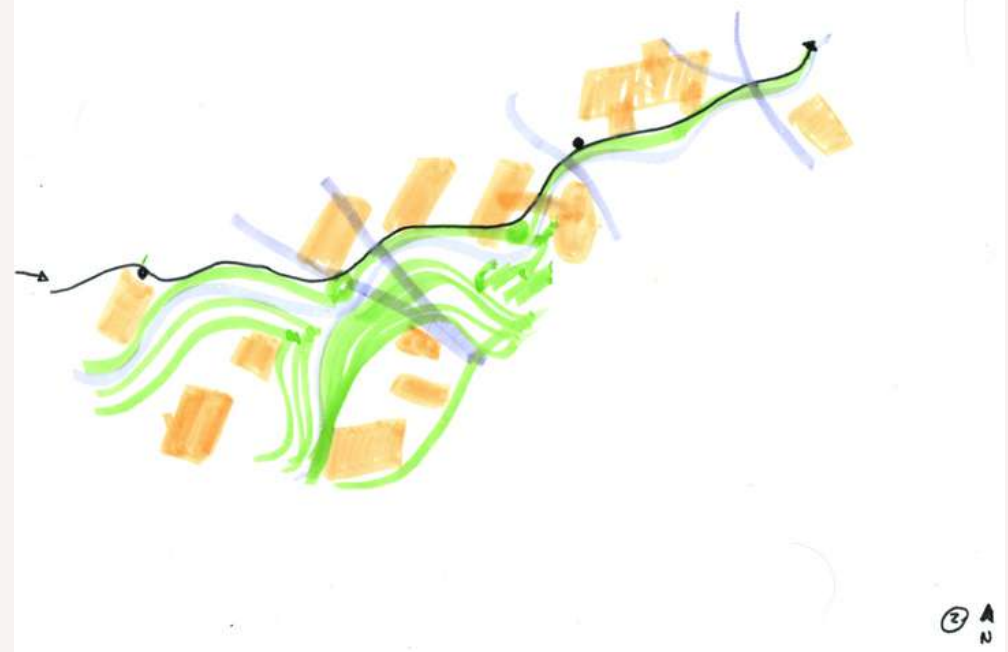


Figura 113*

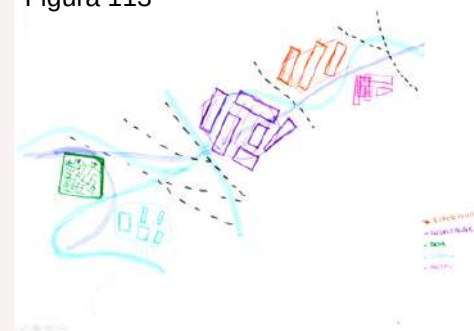
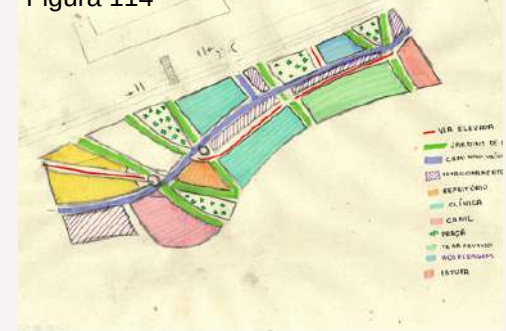


Figura 114*



Este último desenho se aproximava das intenções de subdivisões de fluxograma pretendidos, no entanto, nesta etapa de projeto houve um imprevisto envolvendo a gleba, que exigiu um exercício de pausa:



Figura 115. Imagem de satélite da Gleba. Fonte: Google Earth 2021.



Figura 116. Imagem de satélite Gleba. Fonte: Google Earth 2022.

Levantamento de georreferenciamento realizado no ano de 2021 apresentava a gleba como uma unidade, com sugestão de interligação de vias, já no mês de abril de 2022, a mesma foi dividida e sofreu movimentações de terra impactantes, com grande área de aterramento, confirmada por visita in loco, conforme figuras 117 a 120.

Esta intervenção se configura bastante agressiva e gera uma ruptura da área, criando uma zona de separação entre os elementos urbanos já existentes e mesmo a área ainda não utilizada.

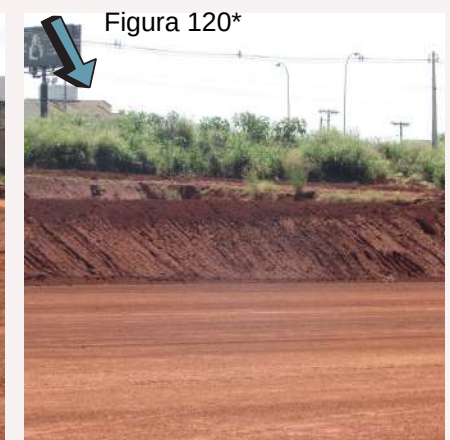




Figura 121*



Figura 130*



Figura 129*



Figura 128*



Figura 122*

À parte a área aterrada, grande parte da gleba se encontra com vegetação rasteira, tendo em toda extensão apenas duas árvores. A silhueta do entorno apresenta poucos marcos urbanos e nos limites da gleba, baixa infraestrutura urbana. A terra possui uma coloração avermelhada muito típica do cerrado, assim como vegetação característica. A APP se encontra cercada nos limites externos e o condomínio aos fundos se apresenta impenetrável. Os loteamentos vizinhos apresentam muitas marcas de especulação imobiliária.



Figura 127*



Figura 123*



Figura 124*



Figura 125*



Figura 126*

[DE VOLTA À PRANCHETA]

Diante do novo cenário, e pelas percepções originadas da visita, tomou-se partido da separação desta área do contexto imediato do complexo hospitalar, surgindo então a decisão da criação de uma zona secundária ao projeto principal, destinada a loteamento habitacional que abrigue o serviço "Hospedagem" do programa de necessidades.

Mas para quê uma área tão grande para o serviço hospedagem? A proposta é simples: abrigar os colaboradores e prestadores do empreendimento em seu entorno imediato, ao mesmo tempo que possui unidades específicas destinadas a lar temporário daqueles que necessitem se alojar para a continuidade de tratamento, seu ou de familiar.

Simultaneamente à criação do loteamento, define-se interligação de vias, de forma a otimizar o fluxo urbano, aproximar os bairros periféricos da parte central da cidade, aprimorar o deslocamento entre a cidade e o empreendimento e viabilizar melhores linhas de ônibus para o mesmo.

Não obstante, ao considerar diretrizes das análises feitas anteriormente, e valorizando os Caminhos da Água, chegamos finalmente a uma diretriz de implantação: criação de grandes quadras que se interrompam para a passagem de jardins de chuva da GO até a APP, inclinação das quadras para melhor adequação à topografia, mínima intervenção veicular possível, separação da área habitacional, adoção do modelo pavilhonar de construção hospitalar, inspirada na distribuição dos fluxos na gleba e intervenções rodoviárias que priorizem o pedestre.

Para priorização de eixos pedonais, interrompe-se a via secundária que separava a gleba da rodovia, juntando a área non aedificandi ao empreendimento criando uma grande área florestada como zona de amortecimento de ruído e proteção do Complexo, deslocando o acesso veicular às laterais.

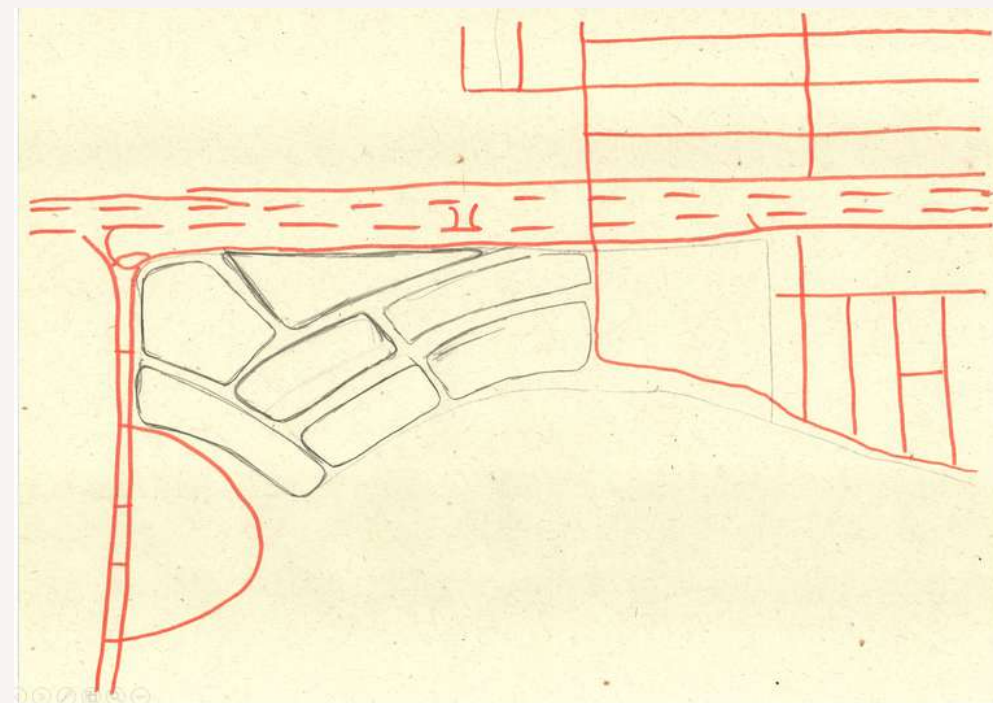


Figura 131. Esquema de implantação. Produzido pela autora. Sem escala.

Desta forma, fechamos a implantação do Complexo de acordo com as pranchas do subcapítulo a seguir.

[6.5 IMPLANTAÇÃO]

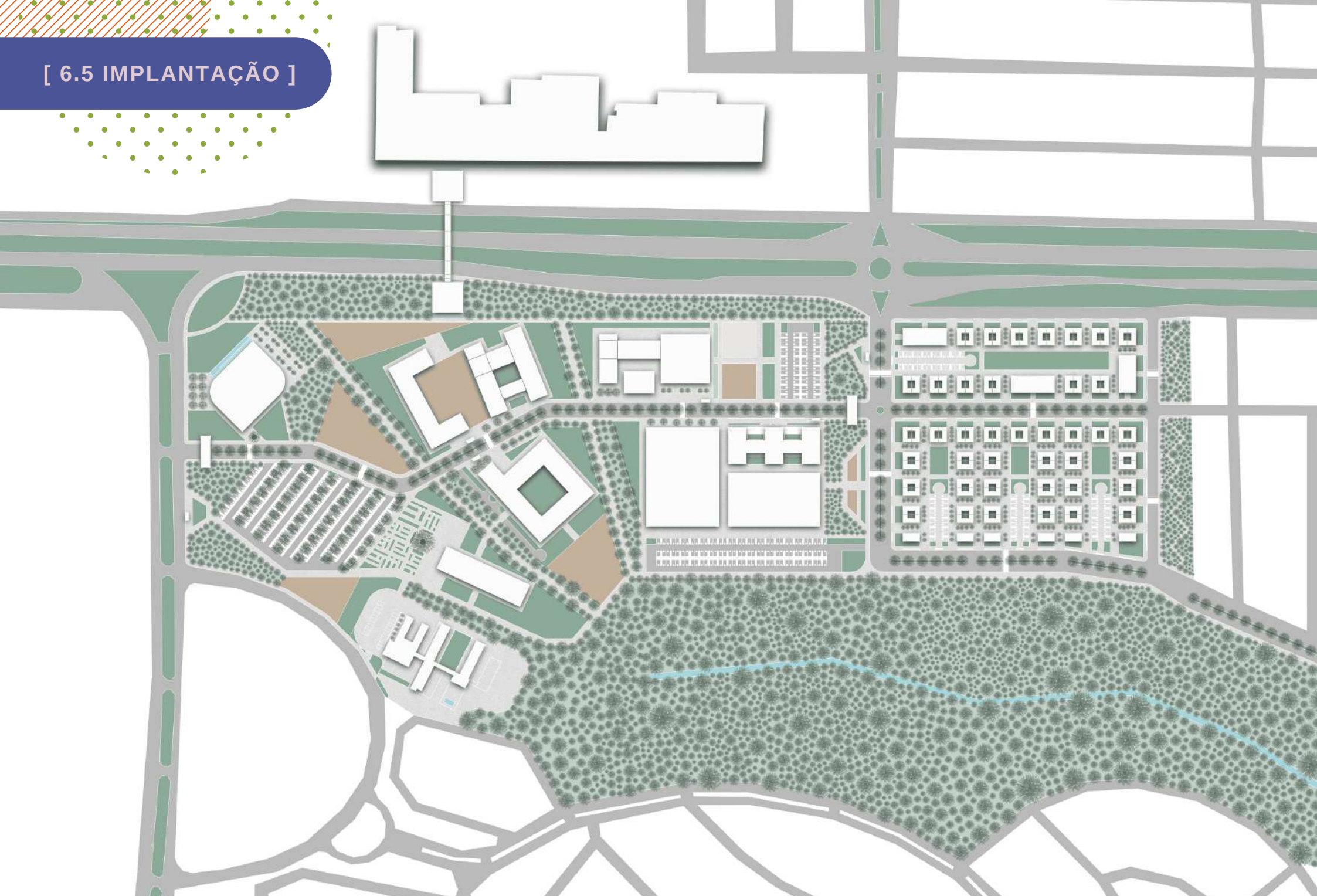


Figura 132. Esquema ilustrativo de implantação. Produzido pela autora. Sem escala.

Buriti Shopping

MEMORIAL DESCRITIVO

Com uma área de aproximadamente 200.000m², o projeto do Centro de Cuidado Valoriza foi idealizado a fim de ser um complexo que atenda a necessidades médico-terapêuticas funcionando em conjunto com um parque urbano de ambientes de estar e lazer.

Tomando partido da APP limitrofe, o complexo se une e funde à área de preservação, criando uma gama de novos setores de reflorestamento de cerrado. O deslocamento pelo projeto se torna uma experiência natural e sensorial, que se aproveita da topografia e características do lugar.

Os Caminhos da Água, apresentados anteriormente, foram norteadores que cortam o projeto em 4 eixos arborizados e permeáveis e ajudam a setorizar os equipamentos, criando zonas entre-espacos e caminhos pedonais guias entre o complexo e a APP.

A topografia da gleba apresenta inclinação média de 5%, assim, grande parte do planejamento segue o curso natural do terreno. Apesar de haver um grande desnível apresentado ao longo do sítio de intervenção em decorrência de sua grande escala, poucos ajustes são necessários para garantir a acessibilidade plena do terreno em escala micro, uma vez que o declive se encontra dentro das normas, exigindo pouco terracamento e maior intervenção apenas nas áreas construídas uma vez que se tratam de grandes construções.

A criação da rua que cruza o complexo em seu eixo segue traçado topográfico e traz para o centro do empreendimento uma característica frontal, alinhando as entradas principais das edificações para dentro, virando as costas para a rodovia, gerando um acesso veicular controlado e mais seguro.

A zona de amortecimento vegetal criada entre a BR-060 e o empreendimento colabora na criação de um ambiente isolado, alheio à movimentação frenética do contexto imediato, permitindo ao usuário um contato mais calmo e próximo à natureza circundante e às oportunidades criadas pelo programa do complexo. A zona foi criada bloqueando o fluxo de uma rua secundária que passava paralela à rodovia, e alterando o traçado de entrada e saída de veículos para fora dos limites do projeto principal, gerando novas vias e obrigando os veículos a passarem por zonas de transição e diminuição de velocidade antes de adentrarem o complexo.

Dentro da zona de amortecimento, se encontra uma plataforma de travessia que deve interligar o empreendimento ao Buriti Shopping. O trajeto deve passar por cima da BR-060 e oportunizar de maneira segura a comunicação entre ambos.

Uma faixa de reflorestamento foi adicionada aos limites da APP, afim de ampliar sua área e se misturar com o traçado do complexo.

O projeto conta com 9 praças principais mais uma horta comunitária. Cada uma possui uma característica diferente e desempenhar nas atividades do dia-a-dia do complexo e se relaciona com os edifícios mais próximos a ela. Sua função é primordial na descontração do ambiente clínico e na atração da comunidade local para dentro do Centro, além de permitir atividades terapêuticas ao ar livre e oportunidades de socialização.

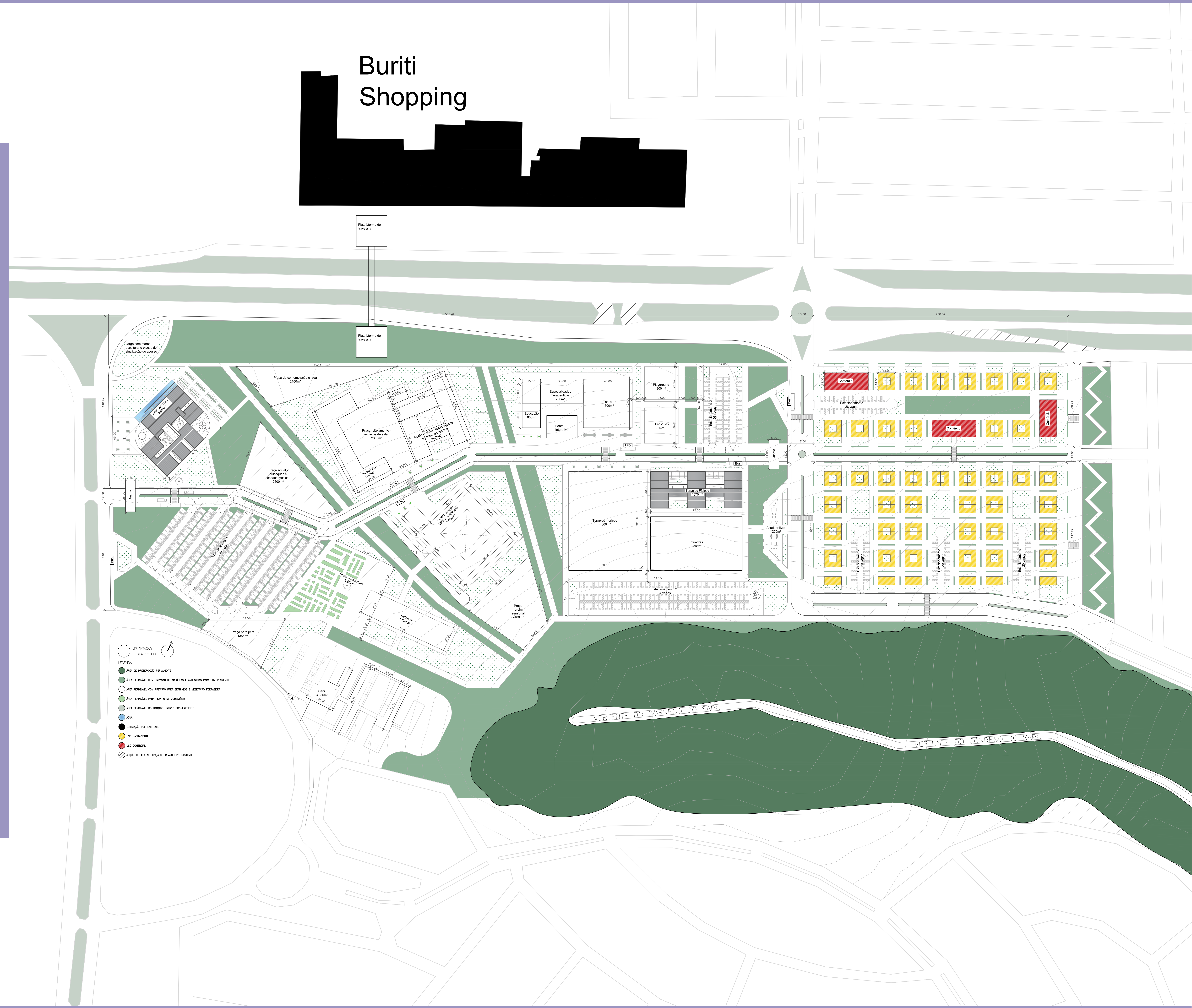
A implantação dos edifícios possui formas plurais. Cada prédio tem seu próprio programa e eles funcionam de forma complementar, apesar de sua independência. Tomando partido da arquitetura pavilhonar, os blocos foram implantados segundo suas necessidades espaciais seguindo implicações topográficas do sítio, cada um com uma solução arquitetônica independente e adequada ao seu local de implantação, sendo, no entanto, majoritariamente de construções de apenas um pavimento.

O canil para treinamento de cães guia é localizado em um extremo do complexo, afim de manter os ruídos mais abafados. Sua estrutura é mais independente, possuindo uma entrada de veículos própria pela rua posterior, pois suas necessidades são um pouco diferentes. Apesar de não ser necessariamente dependente do restante do complexo, ainda se interligam, possibilitando que o público possa visitar os cães, e que estes possam aproveitar de passeios pelas rotas pedonais, além da praça anexa direcionada para brincadeiras e exercícios específicos para pets, para os cães residentes e os visitantes da comunidade.

A área habitacional e de hospedagem, localizada na extremidade leste do projeto, funciona como um anexo do complexo, criando uma pequena vila de casas térreas que oportunizam alojamento de qualidade a servidores, pacientes e acompanhantes. Permitem a criação de vínculos de vizinhança em coabitação, ao mesmo tempo em que preservam características de privacidade do ambiente interno.

Os blocos escolhidos a serem detalhados arquitetonicamente foram os de Administração e Terapias Físicas. O primeiro por ser o equipamento comum a todos os outros, devendo conter a estrutura de união e gestão de todo o complexo. O segundo por ser o edifício mais específico dentro da temática de reabilitação física-motora.

QUADRO DE ÁREAS	
Área Total da Gleba	212.206m ²
Área construída	35.803m ²
Edifícios do complexo de saúde	27.965m ²
Edifícios da área habitacional	7.838m ²
Área permeável	73.194m ²
Área com gramíneas e vegetação rasteira	23.017m ²
Área arborizada	50.177m ²
Praças	16.269m ²



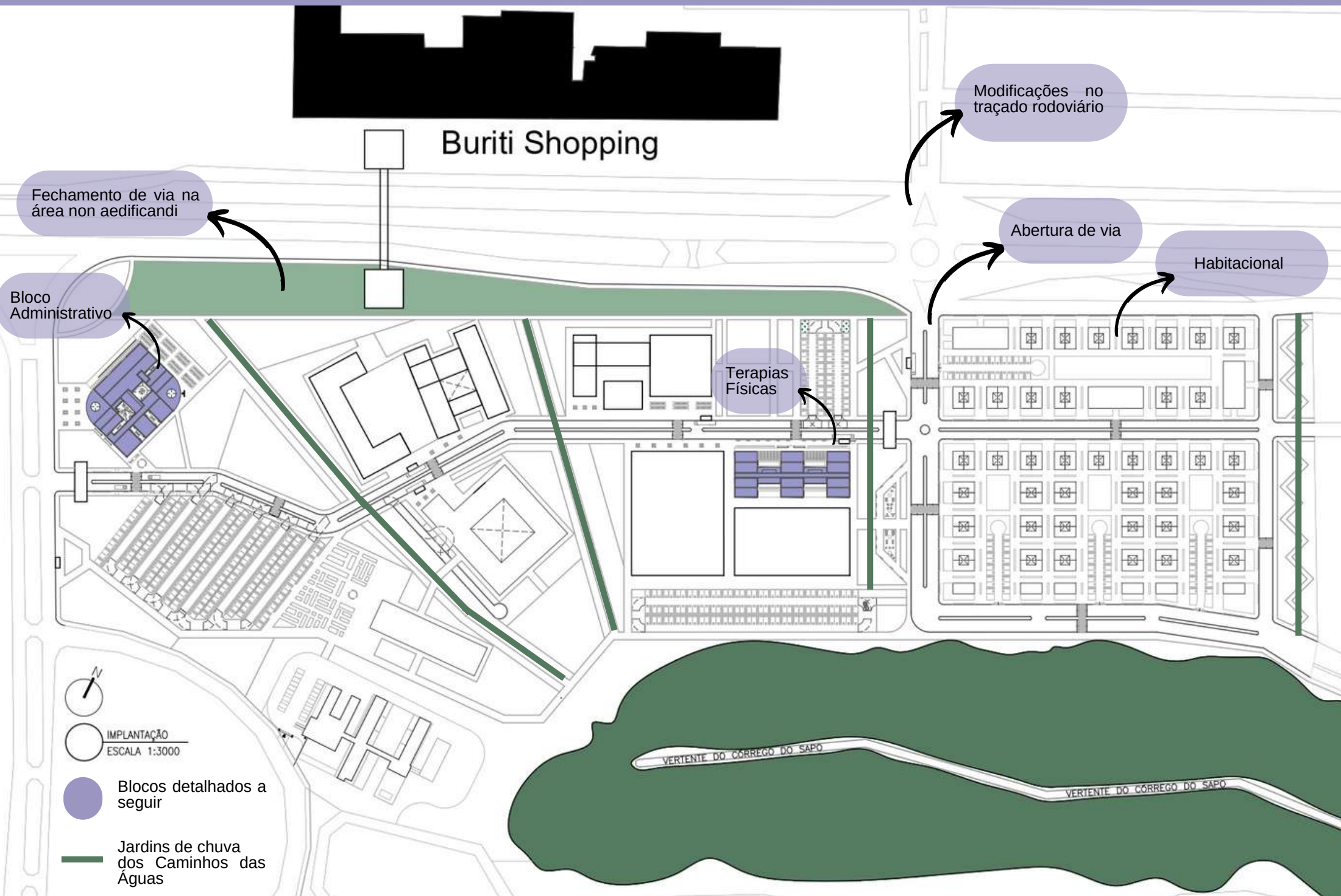


Figura 134. Esquema ilustrativo de implantação. Produzido pela autora. Escala 1:3000.

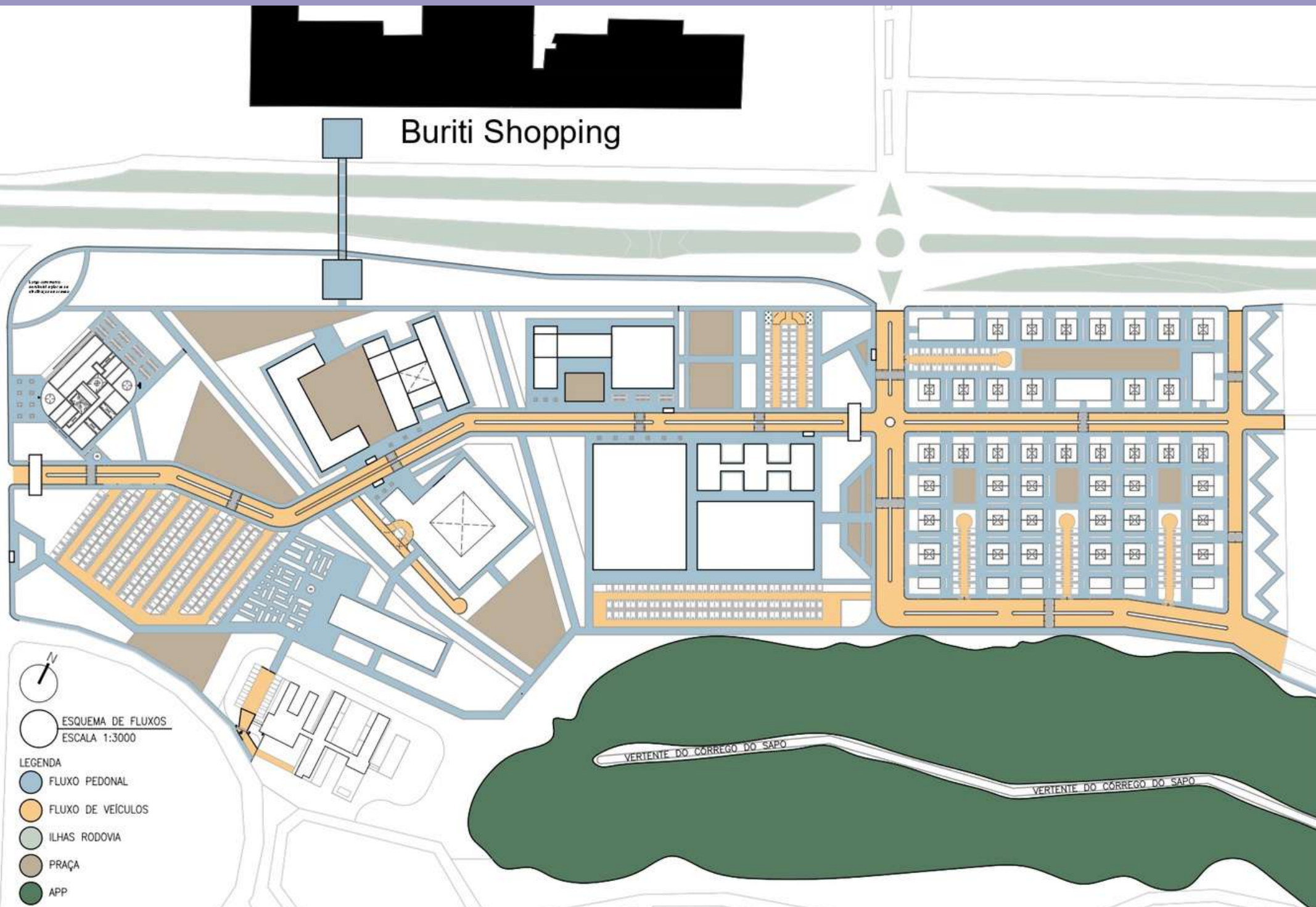


Figura 135. Esquema ilustrativo de fluxos na implantação. Produzido pela autora. Escala 1:3000.



Figura 136. Perspectiva do complexo vista da rua que cruza o complexo, contemplando em primeiro plano o bloco ambulatorial e de centro cirúrgico, enfermaria e CME.

[6.6 PROJETO ARQUITETONICO - TERAPIAS FÍSICAS]

O prédio de terapias físicas é parte do conjunto de três edifícios destinados exclusivamente à realização de atividades físico-motoras. Conta com consultórios e espaços destinados à fisioterapia, pilates, turbilhões terapêuticos e salas de cinesio e mecanoterapias.

Com 1.670m² de área construída em nível térreo, sua implantação parte de 6 blocos quadriculares interligados por um amplo corredor, separados por áreas de estar ao ar livre. No partido arquitetônico ressalta-se a topografia do terreno, sendo então distribuído em 3 níveis com 1 metro de desnível cada, afim de amenizar sua inserção no complexo e realizar de forma sutil a transição entre-blocos sem grandes movimentações de terra.

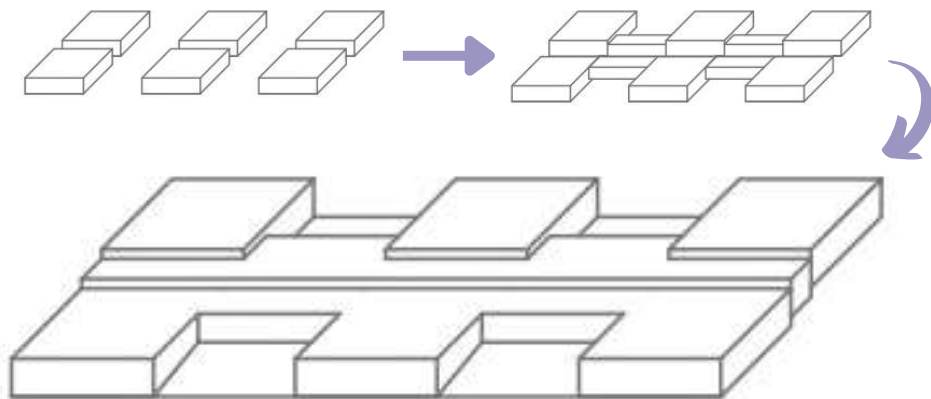


Figura 137. Diagrama de evolução de composição volumétrica. Produzido pela autora. Sem escala.

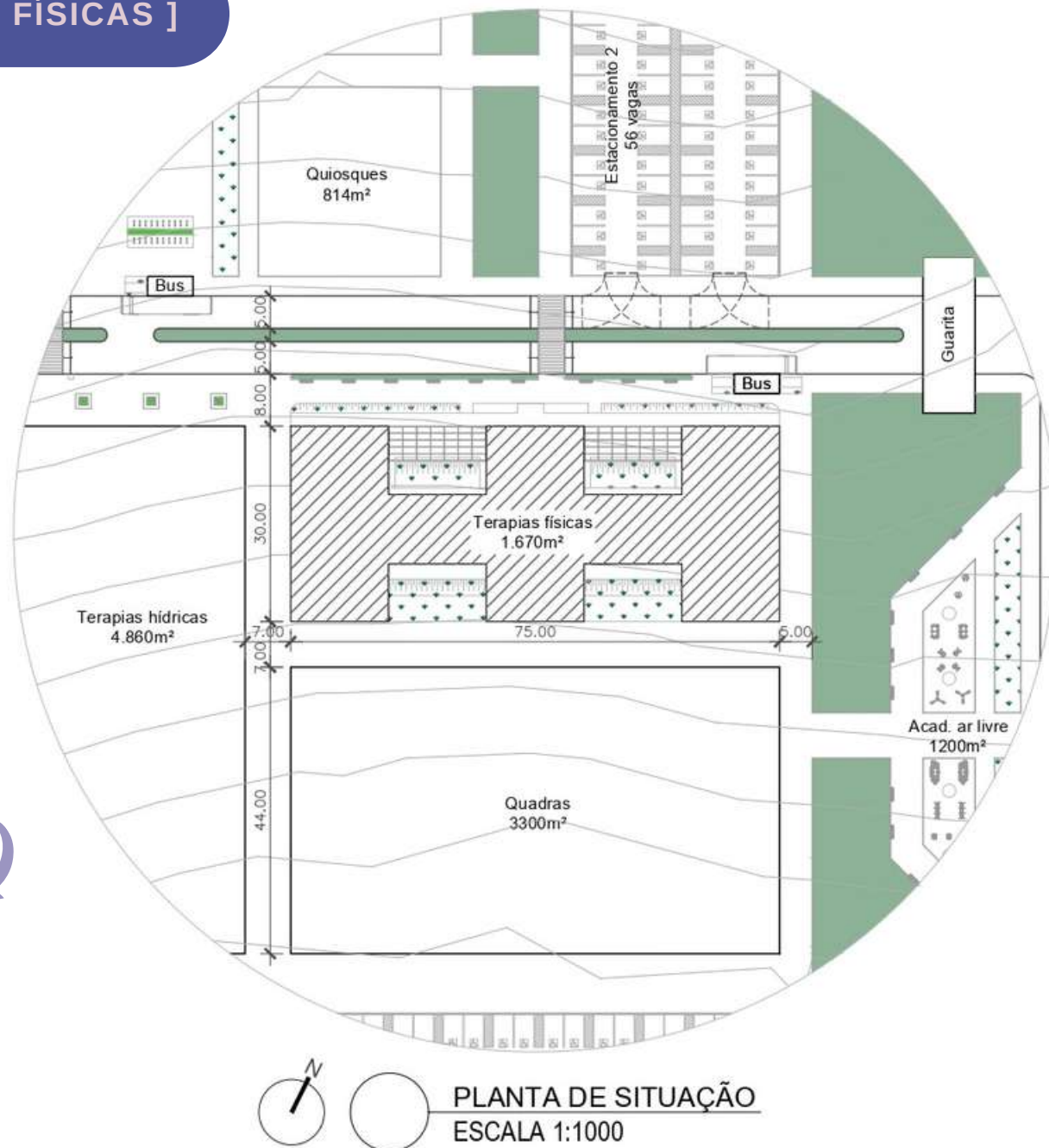
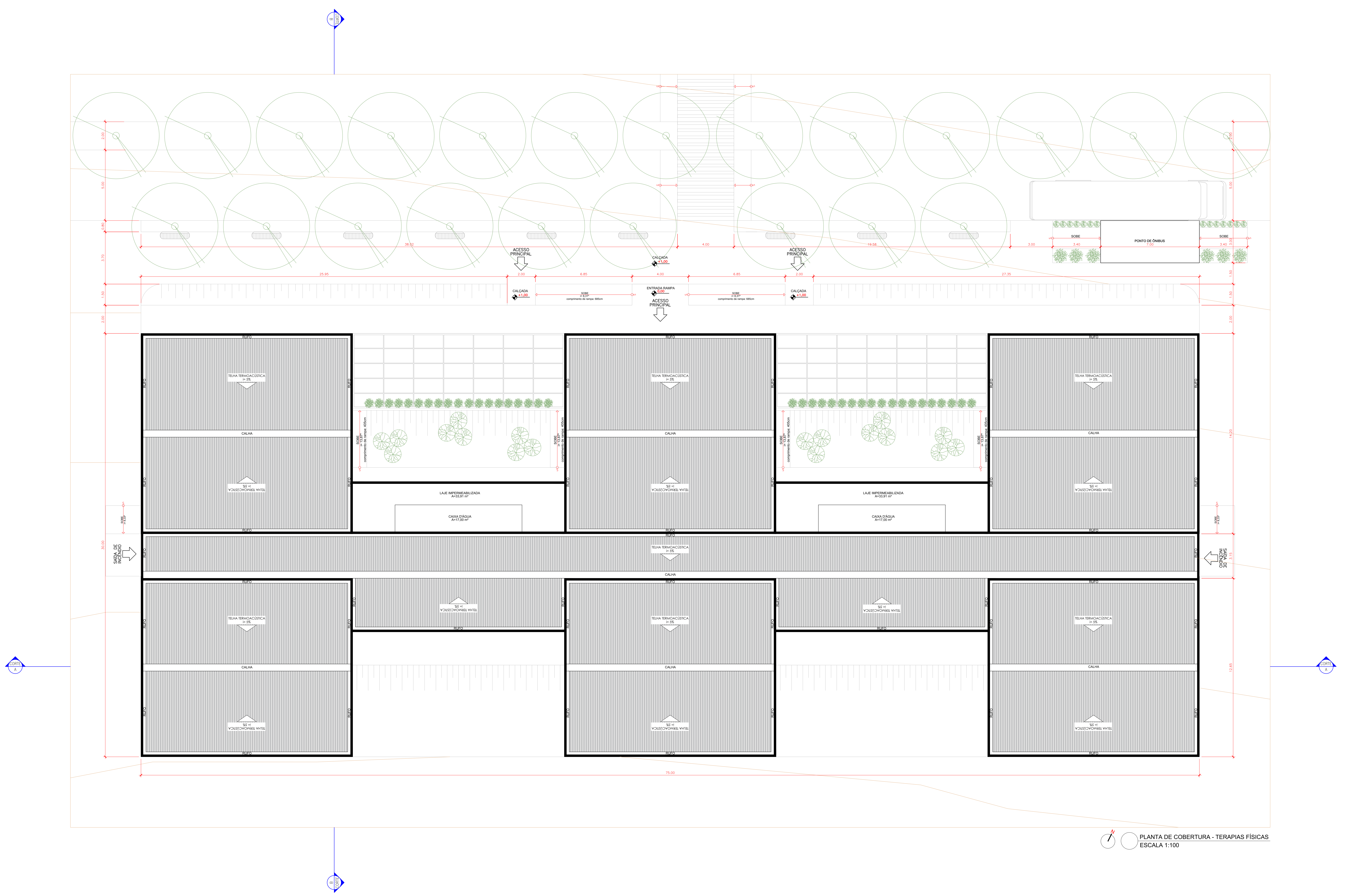


Figura 138. Planta de Situação Terapias Físicas. Produzido pela autora



PLANTA DE COBERTURA - TERAPIAS FÍSICAS
ESCALA 1:100

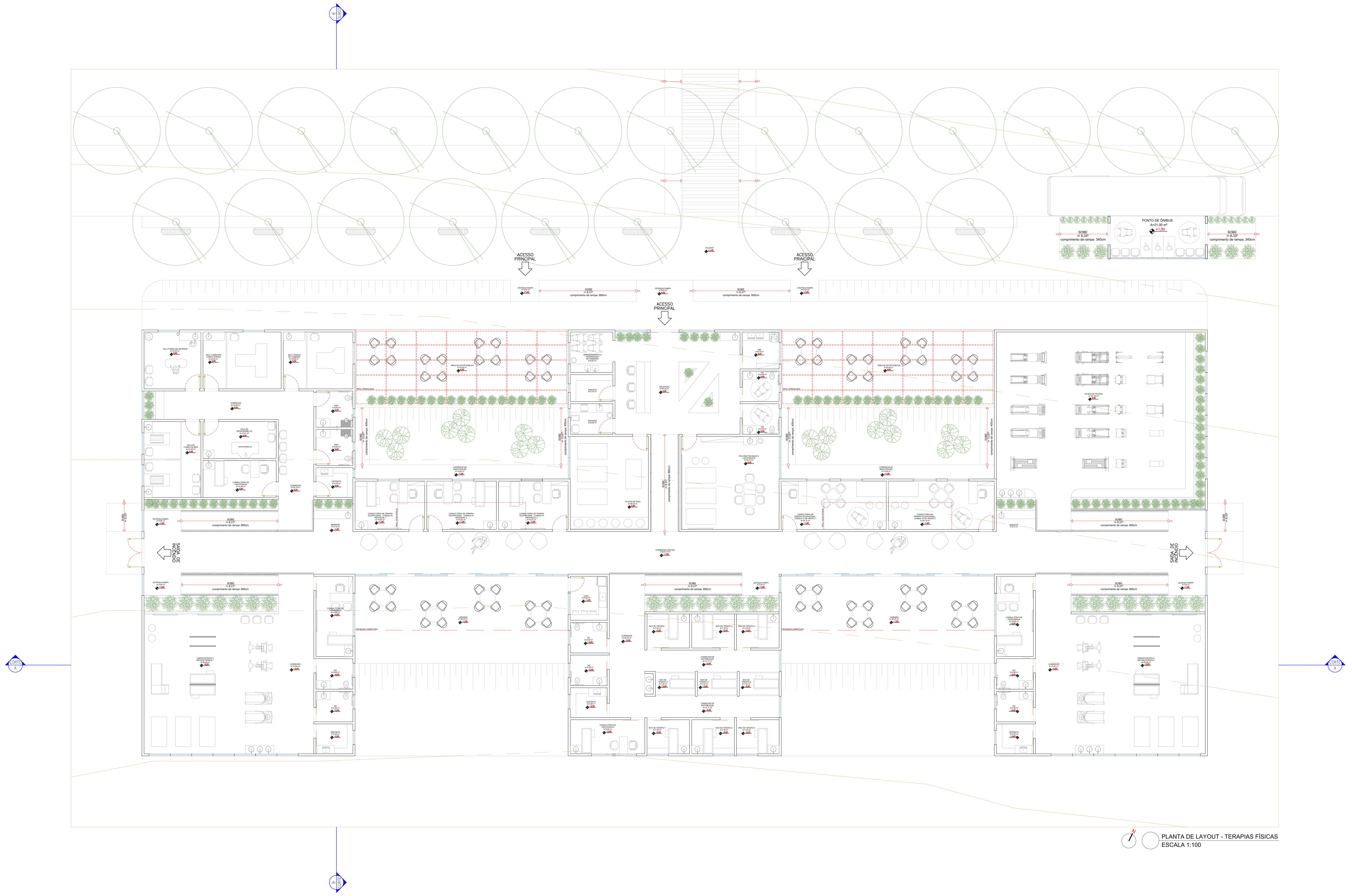


Figura 140. Planta de Layout - Terapias Físicas. Escala 1:100. Produzido pela autora.

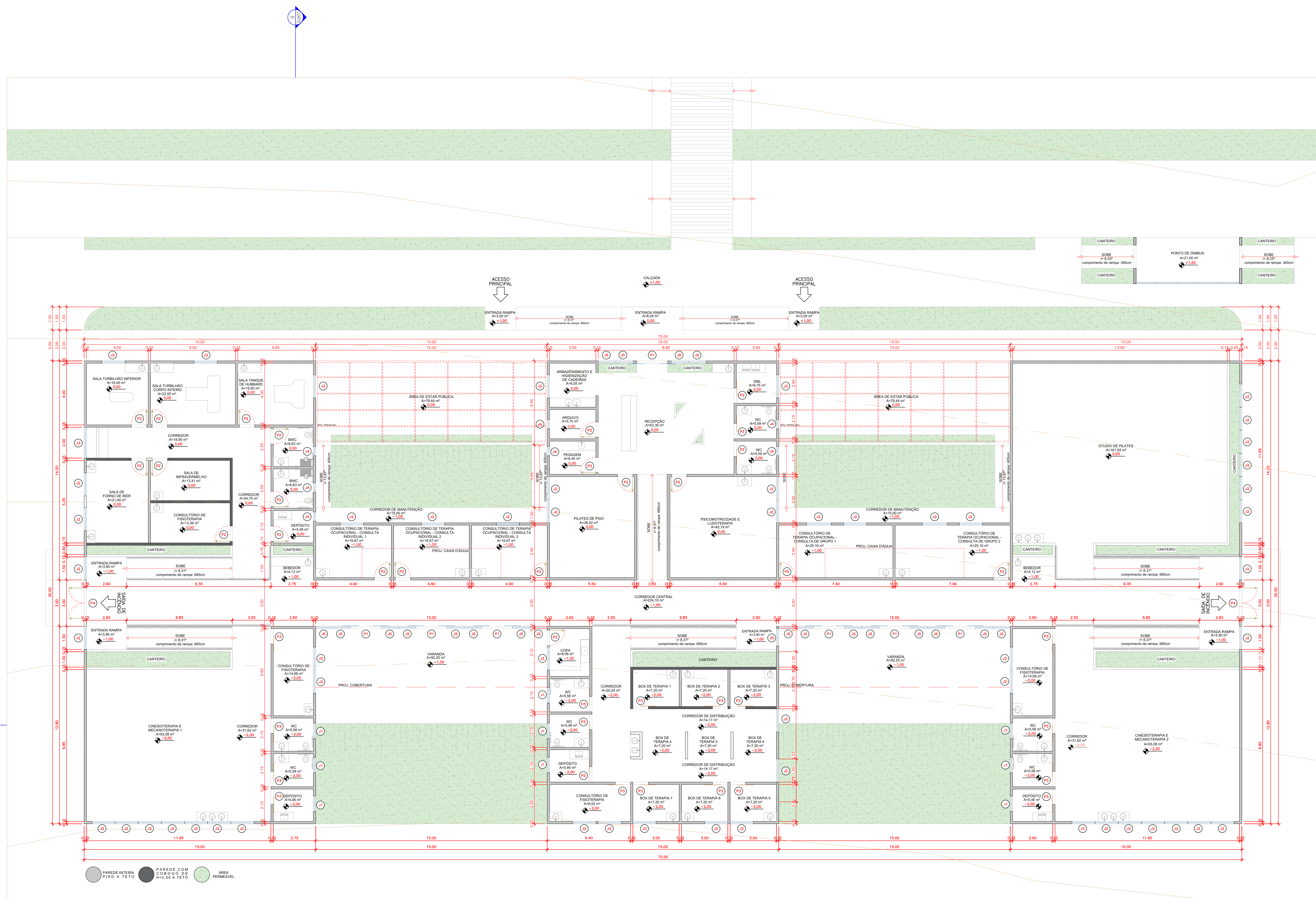


Figura 141. Planta baixa - Terapias Físicas. Escala 1:100. Produzido pela autora.

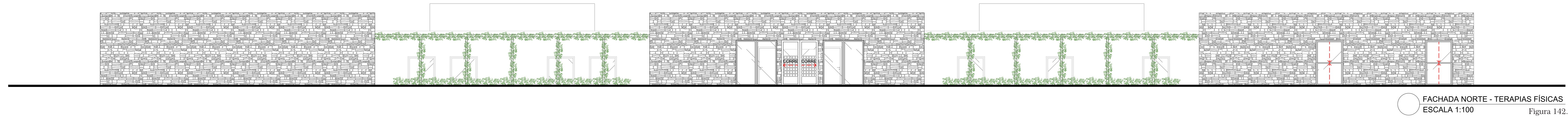
PLANTA BAIXA - TERAPIAS FÍSICAS
ESCALA 1:100

CÓD.	LARGURA	ALTURA	PETORIL	JANELAS		TIPO	MATERIAL	QTD.
				FOLHAS				
J1	1	1	2	1		BASCULANTE	PERFIL METÁLICO COM PINTURA NA COR PRETA E VIDRO	9
J2	1,5	2,5	1m na cota -2 0 nas cotas 0 e -1		2	GUILHOTINA	PERFIL METÁLICO COM PINTURA NA COR PRETA E VIDRO	54
J3	2	1,5	1	1		BASCULANTE	PERFIL METÁLICO COM PINTURA NA COR PRETA E VIDRO	1
J4	0,6	0,6	1,5	1		BASCULANTE	PERFIL METÁLICO COM PINTURA NA COR PRETA E VIDRO	7
J5	1,15	2,5	0	1		FIXA	PERFIL METÁLICO COM PINTURA NA COR PRETA E VIDRO	21

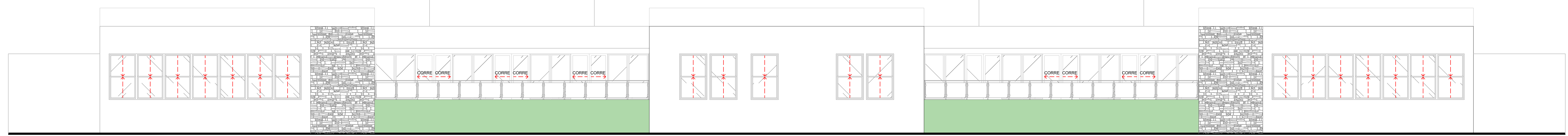
Tabela 4. Quadro de esquadrias - janelas - Terapias Físicas. Produzido pela autora.

CÓD.	LARGURA	ALTURA	FOLHAS	PORTAS		MATERIAL	QTD.
				TIPO			
P1	2	2,5	2		CORRER	PERFIL METÁLICO COM PINTURA NA COR PRETA E VIDRO	7
P2	1	2,1	1		ABRIR	MADERA COM PINTURA EM TINTA LATEX NA COR BRANCA	18
P3	1	2,1	1		CORRER	MADERA COM PINTURA EM TINTA LATEX NA COR BRANCA	21
P4	2	2,5	2		ABRIR	CORTA FOGO	2

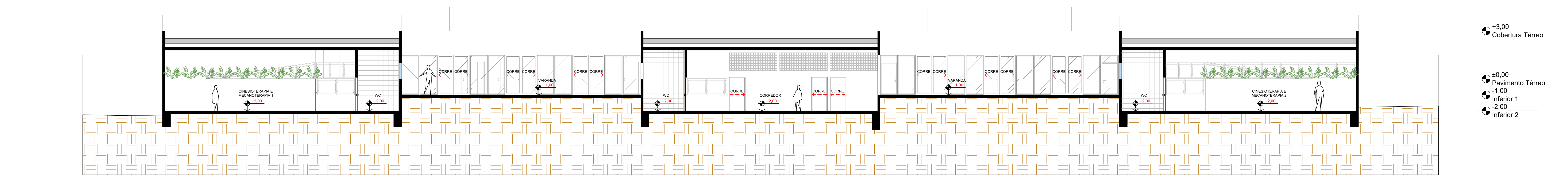
Tabela 5. Quadro de esquadrias - portas - Terapias Físicas. Produzido pela autora.



FACHADA NORTE - TERAPIAS FÍSICAS
ESCALA 1:100
Figura 142.

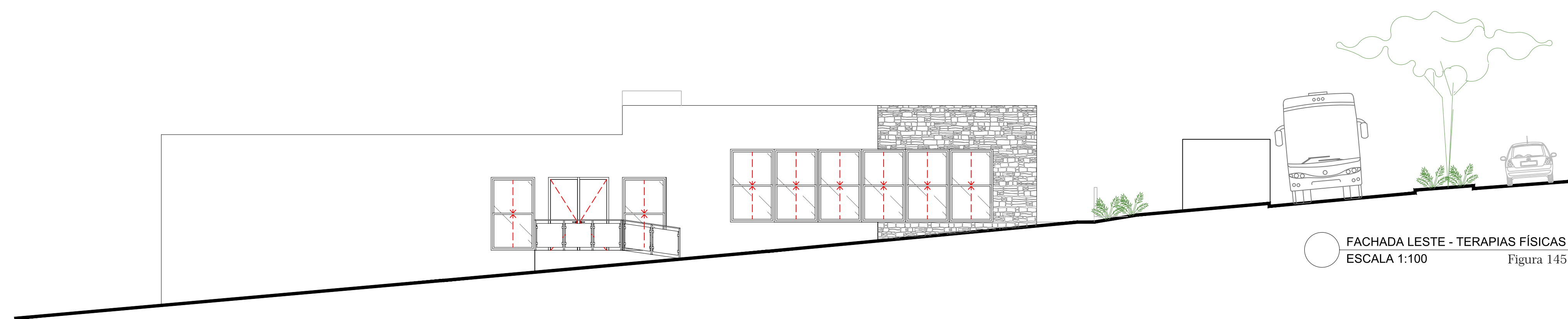


FACHADA SUL - TERAPIAS FÍSICAS
ESCALA 1:100
Figura 143.

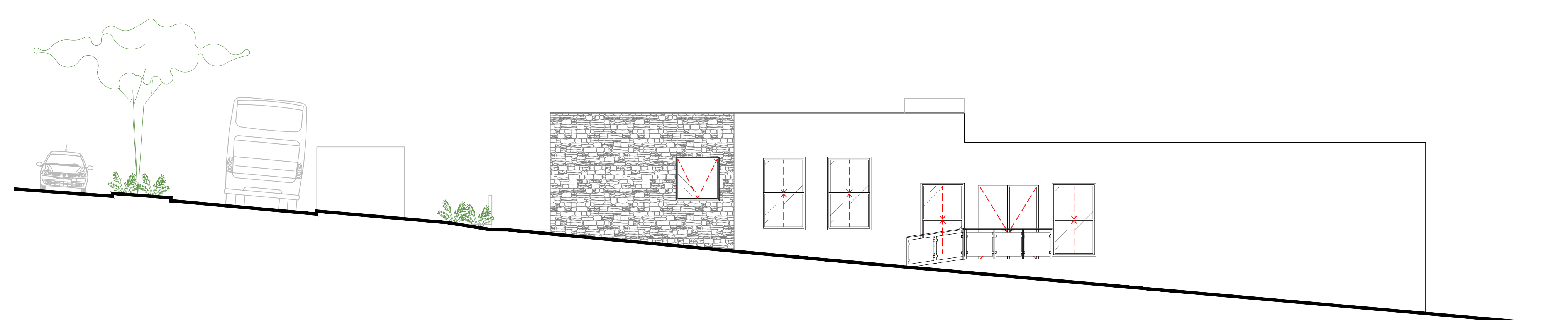


CORTE AA - TERAPIAS FÍSICAS
ESCALA 1:100
Figura 144.

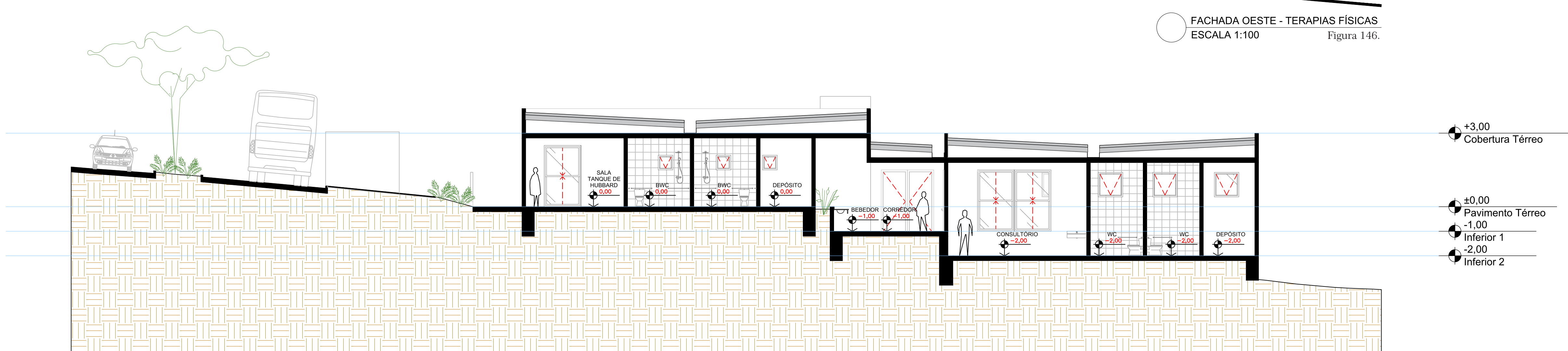
- +3.00 Cobertura Térreo
- +0.00 Pavimento Térreo
- 1.00 Inferior 1
- 2.00 Inferior 2



FACHADA LESTE - TERAPIAS FÍSICAS
ESCALA 1:100
Figura 145.



FACHADA OESTE - TERAPIAS FÍSICAS
ESCALA 1:100
Figura 146.



CORTE BB - TERAPIAS FÍSICAS
ESCALA 1:100
Figura 147.

- +3.00 Cobertura Térreo
- +0.00 Pavimento Térreo
- 1.00 Inferior 1
- 2.00 Inferior 2

Figura 148. Perspectiva de fachada frontal Terapias Físicas. Produzido pela autora



Figura 149. Perspectiva de fachada posterior Terapias Físicas. Produzido pela autora

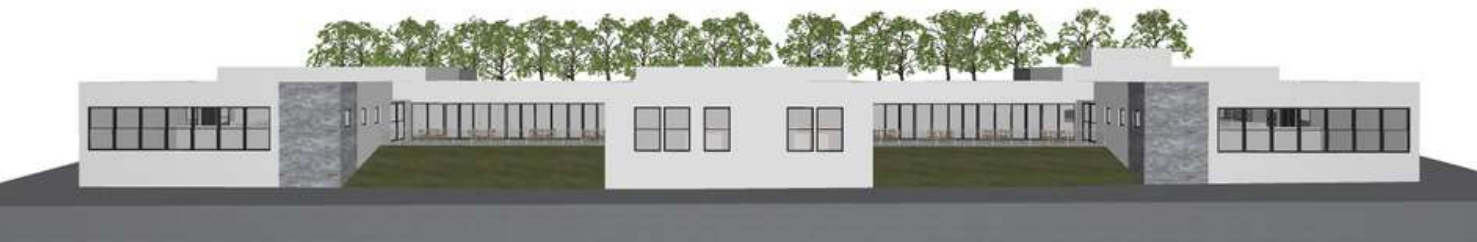


Figura 151*



Figura 152*



Figura 153*



Figura 150. Perspectiva de fachada frontal. Produzido pela autora



Figura 154. Perspectiva de fachada frontal vista da rua. Produzido pela autora



Figura 155. Perspectiva de área de estar pública. Produzido pela autora



Figura 156. Perspectiva da fachada posterior com foco na varanda. Produzido pela autora



Figura 157. Perspectiva das fachadas posterior e oeste. Produzido pela autora

[6.7 PROJETO ARQUITETONICO - ADMINISTRAÇÃO]

O prédio administrativo possui um programa diverso, transitando entre questões administrativas, ensino e pesquisa e área de funcionários.

Com 2.600m² de área construída em nível térreo, sua implantação parte de um monobloco perfurado por 5 jardins internos. A implantação é realizada em 3 níveis, com 0,50cm de desnível entre si.

A construção assume contornos arredondados, que corroboram com o conceito do edifício e fazem a convergência de entradas independentes para diferentes zonas do programa.

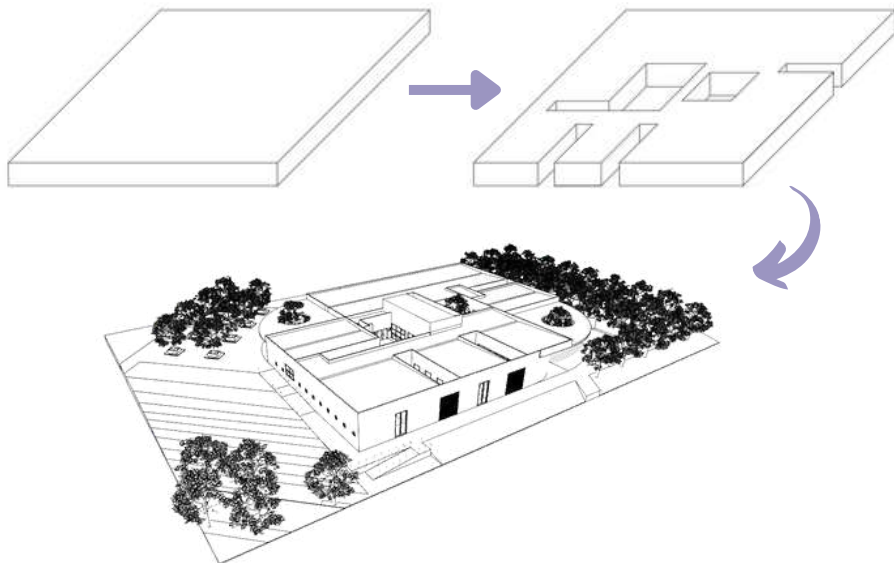


Figura 158. Diagrama de evolução de composição volumétrica. Produzido pela autora. Sem escala.

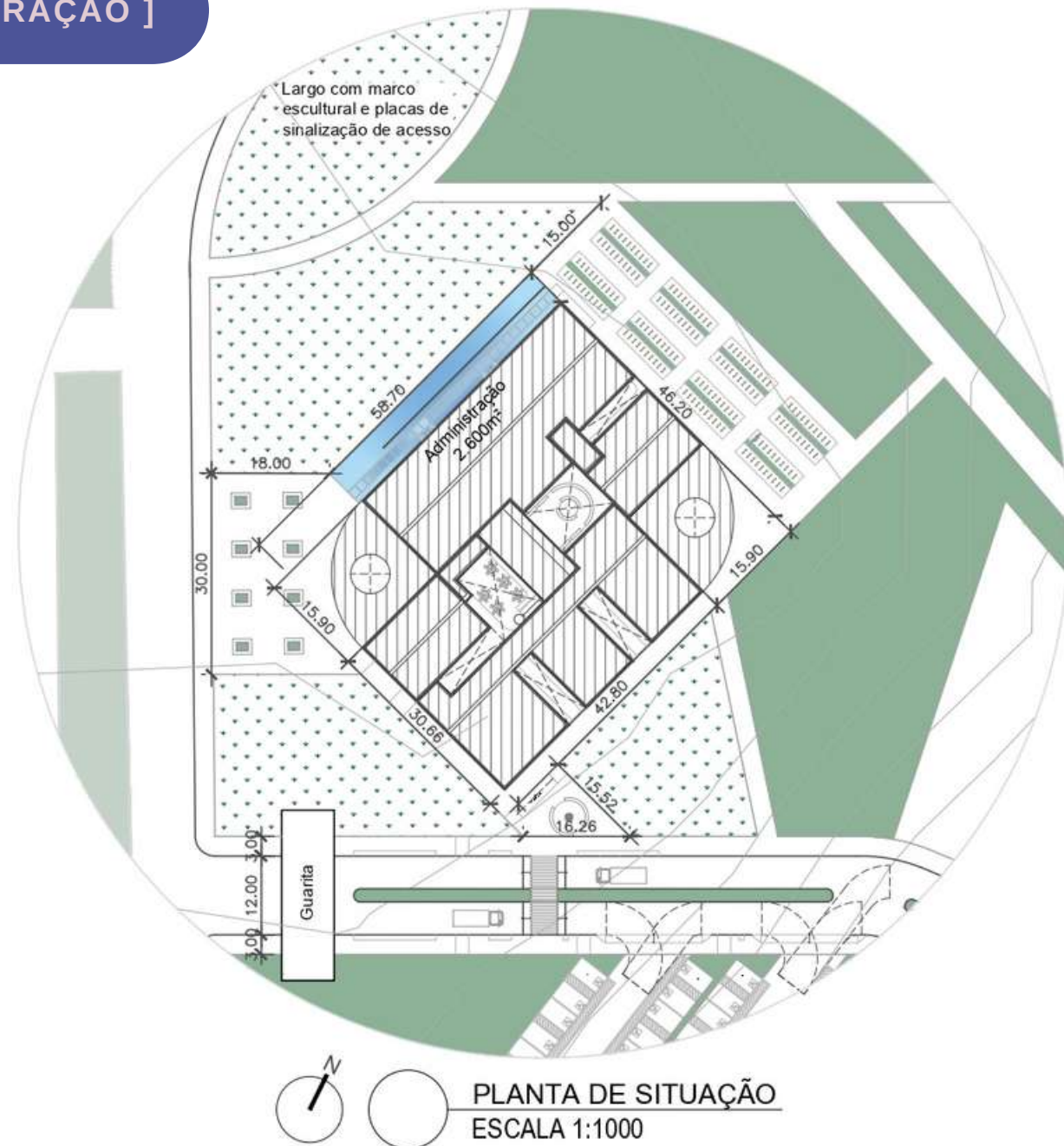
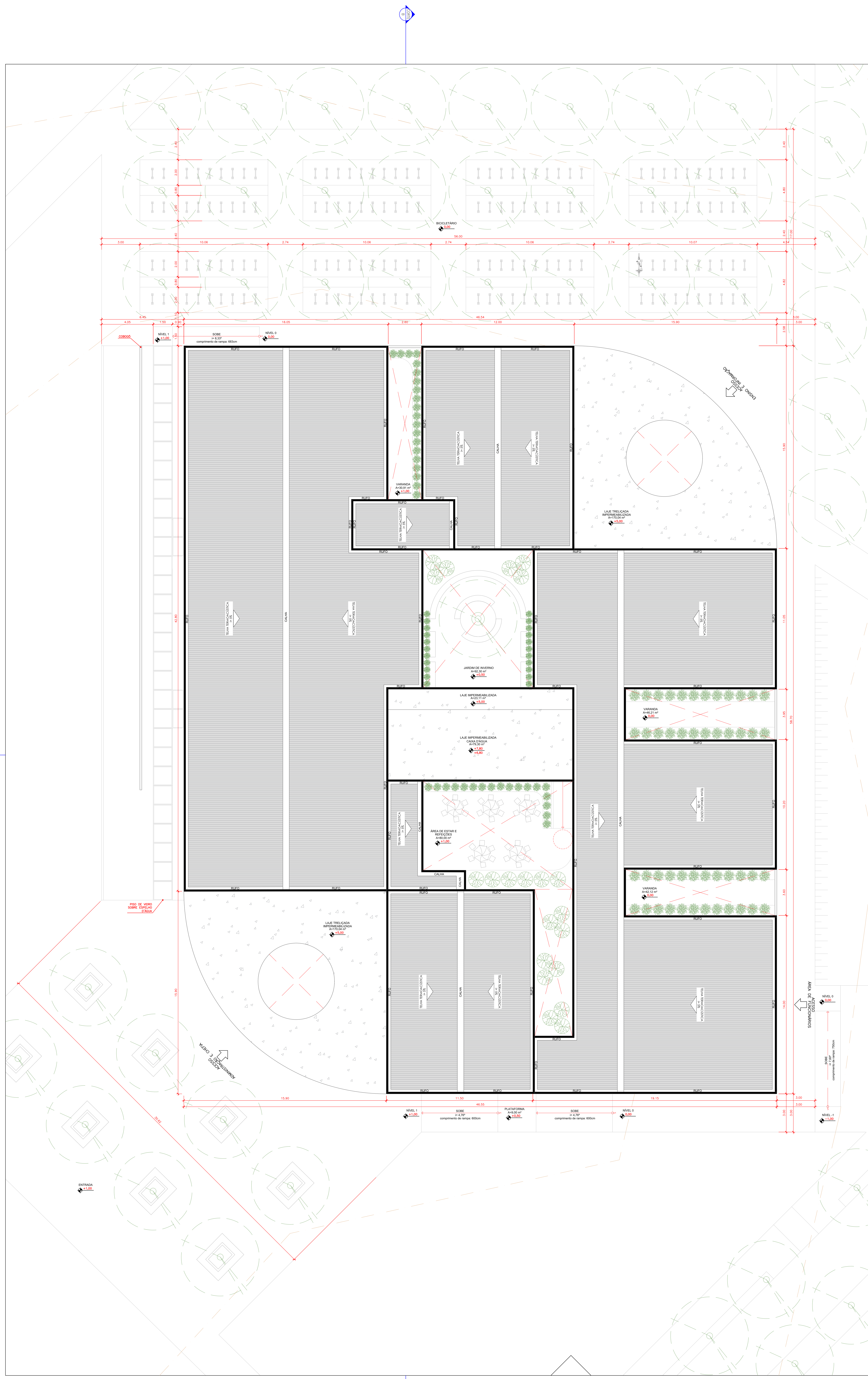
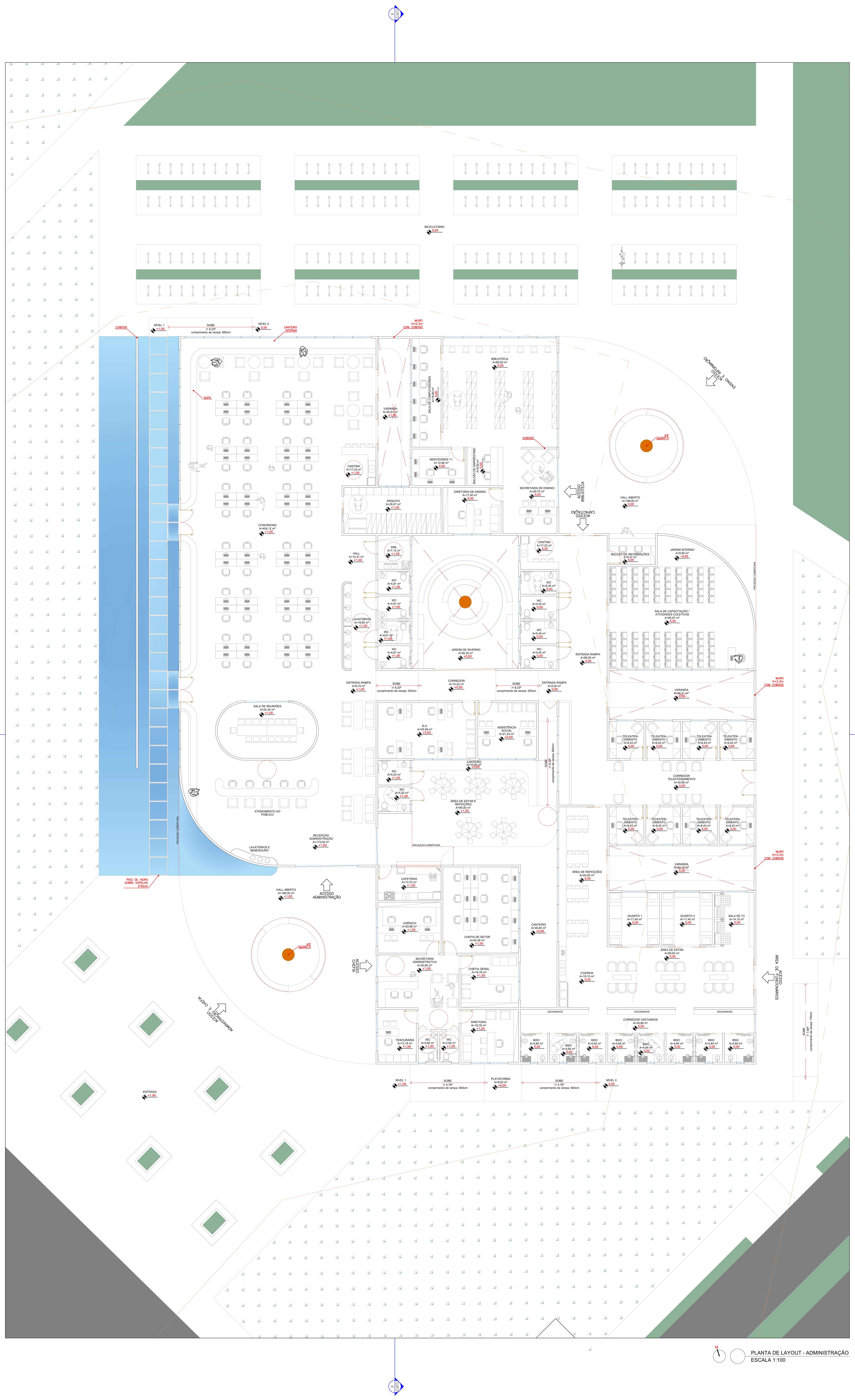


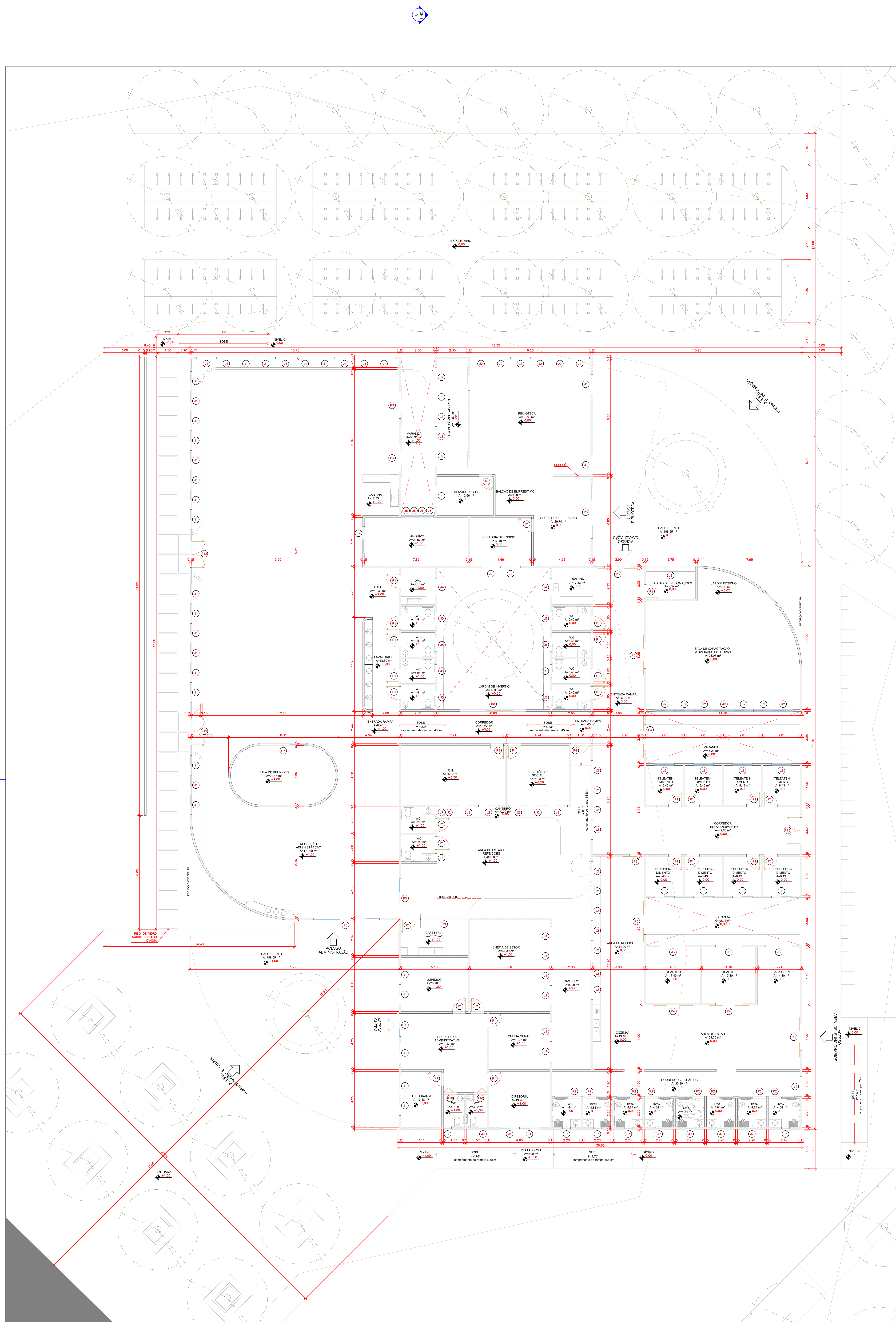
Figura 159. Planta de Situação Terapias Físicas. Produzido pela autora



PLANTA DE COBERTURA - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100



PLANTA DE LAYOUT - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100



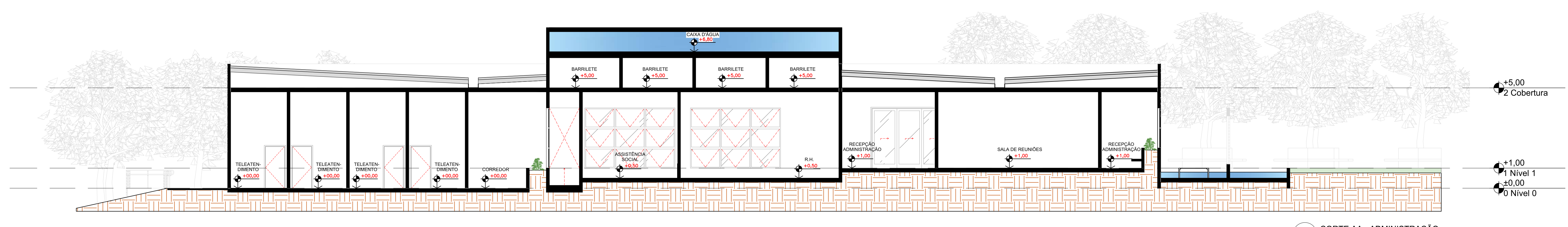
PLANTA DE LAYOUT - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100
Figura 162.

PORTAS						
CÓD.	LARGURA	ALTURA	FOLHAS	TIPO	MATERIAL	QTD.
P1	1	2,1	1	ABRIR	MADERA	30
P2	1	2,1	1	CORRER	MADERA	10
P3	2	3	2	CORRER	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	6
P4	2	2,1	2	CORRER	MADERA	2
P5	3	3	3	CORRER	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	1
P6	5	3	4	CORRER	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	2
P7	3,5	3	3	CORRER	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	1
P8	4	3	3	CORRER	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	1
P9	1,5	4	2	SANFONADA	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	1
P10	1	2,1	2	SANFONADA	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	2
P11	1,75	3	3	CORRER	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	1
P12	2	3	2	ABRIR	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	2
P13	2	4	2	ABRIR	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	1

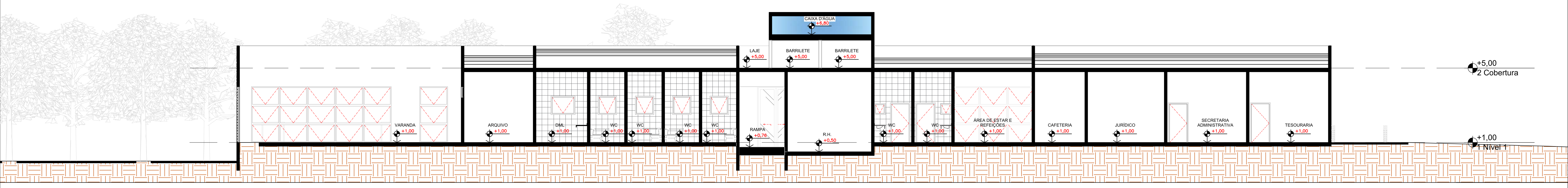
Tabela 6. Quadro de esquadrias - portas - Administração. Produzido pela autora.

JANELAS							
CÓD.	LARGURA	ALTURA	PEITORIL	FOLHAS	TIPO	MATERIAL	QTD.
J1	1,5	2	1	2	BASCULANTE	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	42
J2	1,5	3	1	3	BASCULANTE	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	46
J3	2	3	1	3	BASCULANTE	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	3
J4	1,3	1	1,5	1	BASCULANTE	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	2
J5	1	1	1,5	1	BASCULANTE	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	8
J6	0,6	0,6	3,4	1	FIXA	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	4
J7	0,6	0,6	1,5	1	BASCULANTE	PERFIL DE MADEIRA COM VIDRO	12
J8	3,75	2	1	1	ENROLAR	METAL PINTADO DE COR AMADEIRADA	1
J9	3,6	2	1	1	ENROLAR	METAL PINTADO DE COR AMADEIRADA	1

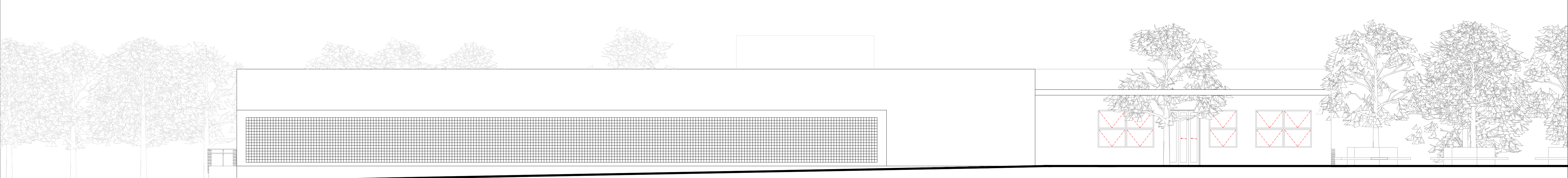
Tabela 7. Quadro de esquadrias - janelas - Administração. Produzido pela autora.



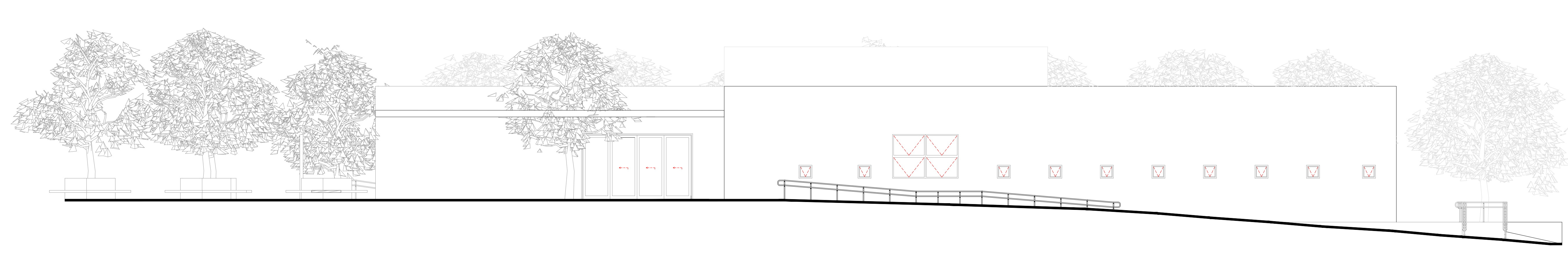
CORTE AA - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100 Figura 163.



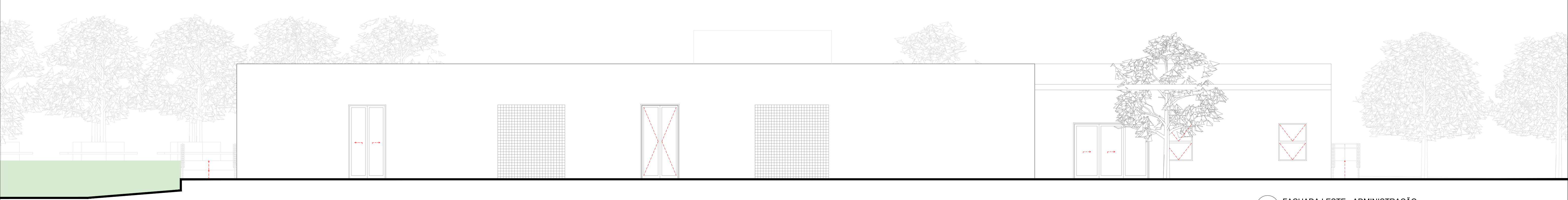
CORTE BB - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100 Figura 164.



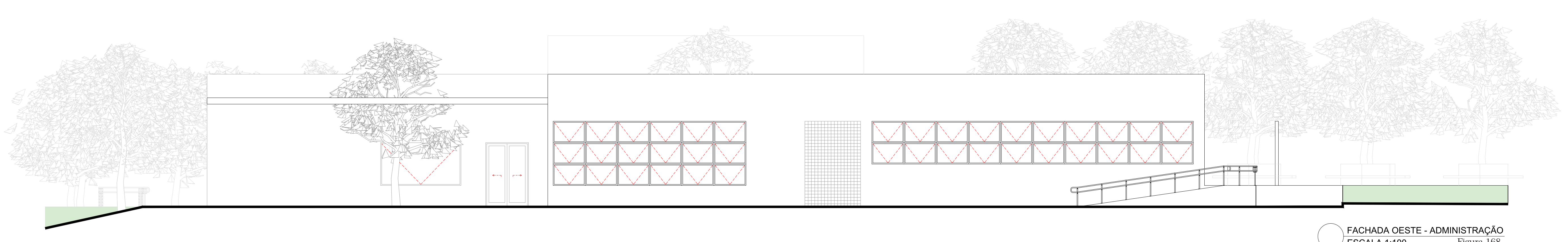
FACHADA NORTE - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100 Figura 165.



FACHADA SUL - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100 Figura 166.



FACHADA LESTE - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100 Figura 167.



FACHADA OESTE - ADMINISTRAÇÃO
ESCALA 1:100 Figura 168.

Figura 169. Perspectiva de fachada frontal Administração. Produzido pela autora



Figura 170. Perspectiva de fachada posterior Administração. Produzido pela autora



Figura 172*



Figura 173*



Figura 171. Perspectiva de fachada frontal. Produzido pela autora

Figura 174*





Figura 175. Perspectiva de fachada frontal vista da rua. Produzido pela autora



Figura 176. Perspectiva de área de estar pública. Produzido pela autora



Figura 177. Perspectiva da fachada posterior com foco na varanda. Produzido pela autora



Figura 178. Perspectiva das fachadas posterior e oeste. Produzido pela autora



Figura 179. Perspectiva de fachada frontal vista da rua. Produzido pela autora



Figura 180. Perspectiva de área de estar pública. Produzido pela autora



Figura 181. Perspectiva da fachada posterior com foco na varanda. Produzido pela autora



Figura 182. Perspectiva das fachadas posterior e oeste. Produzido pela autora

[CONCLUSÃO]

Por praticamente todos os períodos históricos as pessoas com deficiência foram sujeitas a imensas desvantagens que as colocaram à margem da sociedade, no entanto, inúmeros avanços sociais, acadêmicos e políticos vêm buscando mecanismos de atenuar essa herança estrutural. O desenvolvimento de políticas de saúde universais, têm resultado em melhoras significativas na qualidade em saúde.

A implantação do Centro de Cuidado Valoriza na cidade de Rio Verde, virá a contribuir enormemente para o acesso a tratamentos necessários a pessoas que antes não teriam possibilidade de acessar a contento os serviços demandados, mas, para além disso, proporcionará uma nova tratativa local sobre as inúmeras qualificações da pessoa com deficiência, onde, esperamos alcançar, indicativos que avancem para além das questões em saúde, abrangendo outras nuances da vida dos usuários, proporcionando qualidade de vida.

A programação do Complexo visa contemplar aspectos sociais e culturais integrativos e socializadores. Implementar aspectos culturais e inclusivos foram premissas básicas do projeto. Embora indicadores socioeconômicos ainda apontem o quão lesadas continuam sendo as PcD em relação ao mecanismo social, o intuito é que este espaço possa fortalecer não só demandas clínicas, mas possa fornecer capacitação e pertencimento, que sejam posteriormente levadas para além de seus limites, adentrando na sociedade como uma premissa anti-capacitista.

Dentro das premissas de saúde ecossistêmica, a reabilitação vai muito além dos tratamentos clínicos disponibilizados pelo âmbito biomédico. De forma relevante, cabe a nós, arquitetos e urbanistas, repensarmos como contribuir para o processo inclusivo, uma vez que grande parte da origem da segregação vem dos espaços por nós construídos.

Expandindo as fronteiras da acessibilidade urbana, arquitetônica e de design de interiores, cabe principalmente o entendimento de que o lugar da pessoa com deficiência não é exclusivamente de paciente, mas também de profissional, familiar e membro da sociedade, assim, concluo com a reflexão de que todos, absolutamente todos os espaços devem caber e atender a todas as pessoas e contribuir para a construção de novas e positivas relações sociais.

[REFERÊNCIAS]

ACADEMY, Neuroarq. Princípios de Neuroarquitetura. Webinar. 2021.

ALMEIDA FILHO, N. Livro. O que é saúde? SciELO – Editora FIOCRUZ. 2011. Edição Kindle

ALMEIDA FILHO, N., JUCÁ, V. Artigo. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 7. Págs. 879 a 889. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JyKgdKvY95YW5QMnz5RkMZw/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2021.

ARCHITECTS, Kimmel-Eshkolot. Beit-Halochem Rehabilitation Center. Disponível em: <https://bit.ly/3GQTaqe>. Acesso em: 10 out. 2021.

BARROS, JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Revista Saúde e Sociedade, 11. Págs. 67 a 84. 2002. Disponível em: <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/133988112808.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

BERNARDES, LCG., MAIOR, IMML., SPEZIA, CH., ARAUJO, TCCF. Artigo. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 14. Págs. 31 a 38. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/trF4rcfRwsRmkK8DPKfv4Fv/?lang=pt>. Acesso em 15 set. 2021.

BAMPI, LNS., GUILHEM, D., ALVES, ED. Artigo. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. Revista Latino-Am. Enfermagem, 18(4), 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yBG83q48WG6KDHmFXXsgVkr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2021.

BENJAMIN CONSTANT, Instituto. Os conceitos de deficiência – as diversas definições. Disponível em: <https://bit.ly/3peyYli>. Acesso em: 12 mai. 2021.

BRASIL. Decreto Federal nº 6.949. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Brasília, 2009.

BRASIL. Lei Federal nº13.146. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2Xftwch>. Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Modelos de organização de serviços de reabilitação: uma revisão da literatura. São Paulo, 2013. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/04/6-Revis--o-Reabilitacao.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

[REFERÊNCIAS]

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona. 2019. Acesso em: 16 set. 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é atenção primária. Acesso em 25 ago. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Cartilha. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3vi6ZbP>. Acesso em: 16 set. 2021.

DI MARCO, V. Capacitismo. Editora Letramento. 2020. Edição do Kindle.

DINIZ, D. Livro. O que é deficiência. Editora Brasiliense, 2007. Edição Kindle
DUARTE, CRS. COHEN, R. Acessibilidade Emocional. VII Encontro Nacional de Ergonomia do Ambiente Construído / VII Seminário Brasileiro de Acessibilidade Integral. 2018.

GOIÁS (Estado). Ministério Público. Diferentes deficiências e seus conceitos. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/diferentes_deficiencias_e_seus_conceitos.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

GOIÁS. Secretária Estadual de Saúde. Levantamento quantitativo de atendimentos do CRER de 2015 a 2020. Dados requisitados. Disponibilizados em 08 out. 2021.

GOIÁS. Secretária Estadual de Saúde. Portal. Regiões em Saúde. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/unidades-de-saude/regioes-de-saude>. Acesso em: 20 set. 2021.

GOOGLE, Earth. Imagens georreferenciadas da cidade de Rio Verde. Acessos diversos.

GOOGLE, Street View. Imagens do local. Acessos diversos.

GRACIOLI, J. Jornal da USP. Brasil vive surtos de depressão e ansiedade. 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=187851>. Acesso em: 16 jul. 2021.

HERTZBERGER, H. Lições de Arquitetura. 3ª Ed. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2015.

IBGE, Cidades. Amostra de pessoas com deficiência. Censo 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23612>. Acesso em: 17 jul. 2021.

IBGE, Cidades. Panorama da Cidade de Rio Verde – GO. Censo 2010. Estimativa 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/rio-verde/panorama>. Acesso em: 13 out. 2021.

IBGE, Geocidades. Bases cartográficas. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/downloads-geociencias.html>. Acesso em: 20 out. 2021.

[REFERÊNCIAS]

ISMA-BR. Artigos. Síndrome de Burnout. Disponível em: <https://www.ismabrasil.com.br/>. Acesso em: 16 jul. 2021.

INMET. Instituto Nacional de Meteorologia. Condicionantes Climáticas de Rio Verde. Dados processados pelo software Climate Consultant. Disponível em: <https://bit.ly/3BGEp5J>. Acesso em: 14 out. 2021.

LEBRECHT, J. NEWNHAM, N. BOLDER, S. Crip Camp – revolução pela inclusão. 2020. Disponível em Netflix.

LIMA, J. F. Livro. Arquitetura: uma experiência na área da saúde. Editora Romano Guerra, 2012.

MICHAELIS, Dicionário. Deficiência. 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/defici%C3%Aancia/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

MICHAELIS, Dicionário. Deficiente. 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/deficiente/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

MICHAELIS, Dicionário. Saúde. 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/sa%C3%BAde/>. Acesso em: 06 set. 2021.

NBR, 15.220. Desempenho térmico de edificações. 2005.

NOGUEIRA, C. L. Tese. Doenças Crônicas e Deficiência: perspectivas dos profissionais médicos e assistentes sociais do INSS sobre a lei complementar 142/2013. Acesso em 15 set. 2021. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17315/1/2016_CamilaLimaNogueira_tcc.pdf

OMS. CIF. 2001.

PAIM, JS. Livro. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Edição do Kindle.

PARANÁ (Estado). Conselho Estadual dos Direitos das Pessoas com Deficiência (COERDE). Pessoas com Deficiência tem 3 vezes mais chances de contrair coronavírus. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3nsZETa>. Acesso em: 27 out. 2021.

PARANÁ (Estado). Ministério Público. Pessoa com deficiência – Conceitos de deficiência. Disponível em: <https://pcd.mppr.mp.br/pagina-41.html>. Acesso em: 07 out. 2021.

PARAÚNA, Viação. Portal. Linhas de ônibus em Rio Verde. Disponível em: <https://bit.ly/3bzt3Wv>. Acesso em: 01 nov. 2021.

PARRA, V. M. Artigo. Augustina PALACIOS y Javier ROMANACH, El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad em la diversidad funcional, Diversitás Ediciones, Madrid, 2006, 249pp.

[REFERÊNCIAS]

PEREIRA, Ray. Diversidade Funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.set. 2009, p.715-728. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138045009.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

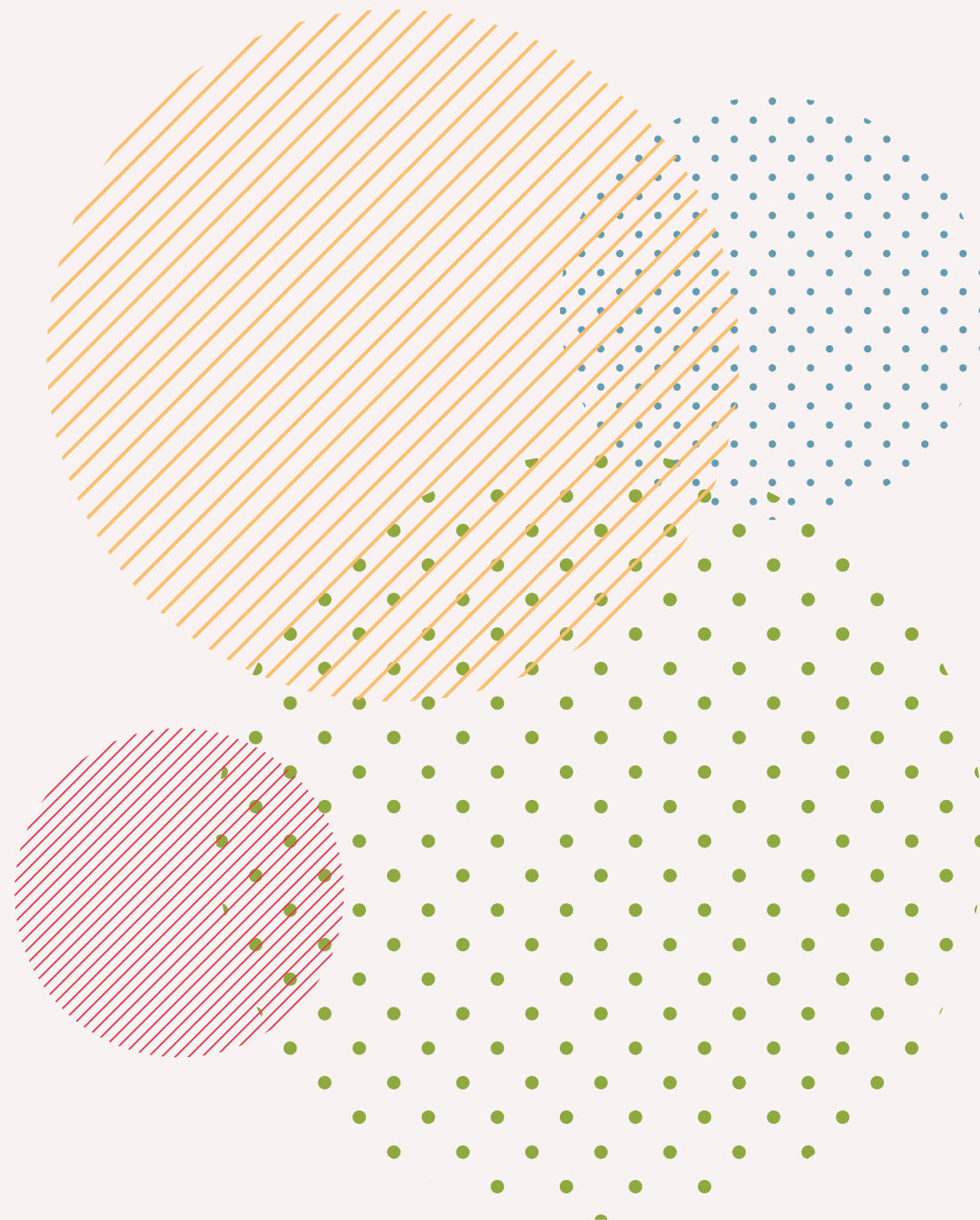
RIO VERDE. Portal da Prefeitura. Localização e clima. Disponível em: <https://www.rioverde.go.gov.br/localizacao-e-clima/>. Acesso em: 03 nov. 2021.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, traduzido de OMS (2011). Relatório Mundial Sobre a Deficiência. São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.siseb.sp.gov.br/arqs/Relatorio_Mundial_SUMARIO.pdf. Acesso em: 27 set. 2021.

SCHEDLER, MF. SCHNEIDER, E. Avaliação de desempenho: Análise do Processo do Senai – Lageado/RS. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/3w9hzSS>. Acesso em: 01 nov. 2021.

TORQUATO, M. Instagram @marinatorquato. 30 ago. 2021. Disponível em: https://www.instagram.com/p/CTNr_OvnKa7/. Acesso em: 25 set. 2021.

ULRICH, R. S. Artigo. View Through a Window May Influence Recovery From Surgery. Revista Science, Volume 224. 1984. Disponível em: <https://bit.ly/3wWNlvP>. Acesso em: 17 jul. 2021.



[ANEXO A
POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL E EM GOIÁS]

Pessoas com Deficiência - População Residente no Brasil - Censo 2010				
Pessoas de 10 anos ou mais de idade				
Por existência de pelo menos uma das deficiências investigadas				
Tipo / Grau de deficiência	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Alguma dificuldade	Não consta / não se aplica
Auditiva	344.206	1.798.967	7.574.145	-
Motora	734.421	3.698.929	8.832.249	-
Visual	506.377	6.056.533	29.211.482	-
Mental/intelectual	-	-	-	2.611.536
Sem declaração de deficiência	-	-	-	64.775
Com nenhuma dessas deficiências	-	-	-	145.084.976
Total por grau de deficiência	1.585.004	11.554.429	45.617.876	2.611.536
Total de deficientes	61.368.845			
Tipo de deficiência	Auditiva	Motora	Visual	Mental/ intelectual
Não consegue + grande dificuldade	2.143.173	4.433.350	6.562.910	2.611.536
Total de deficientes graves	15.750.969			
Pessoas com Deficiência - População Residente em Goiás - Censo 2010				
Pessoas de 10 anos ou mais de idade				
Por existência de pelo menos uma das deficiências investigadas				
Tipo / Grau de deficiência	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Alguma dificuldade	Não consta / não se aplica
Auditiva	11.590	55.785	226.654	-
Motora	21.866	102.265	252.434	-
Visual	13.778	183.711	914.913	-
Mental/intelectual	-	-	-	75.853
Sem declaração de deficiência	-	-	-	1.207
Com nenhuma dessas deficiências	-	-	-	4.609.791
Total por grau de deficiência	47.234	341.761	1.394.001	75.853
Total de deficientes	1.858.849			
Tipo de deficiência	Auditiva	Motora	Visual	Mental/ intelectual
Não consegue + grande dificuldade	67.375	124.131	197.489	75.853
Total de deficientes graves	464.848			

Notas:

- Tabela produzida pela autora a partir de dados da Amostra de Pessoas com Deficiência, do IBGE, censo 2010
- Considera-se a população do Brasil em 2010 como 195,7 milhões de pessoas, segundo IBGE.
- Considera-se a população de Goiás em 2010 como 6.003.788 pessoas, segundo IBGE.
- Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23612>

[ANEXO B
SITUAÇÃO DE OCUPAÇÃO DE PCDs NO BRASIL E EM GOIÁS]

PcDs no Brasil - Situação de ocupação - Censo 2010						
Pessoas de 10 anos ou mais de idade				Entre 20 e 59 anos		
Por existência ou não de pelo menos uma das deficiências investigadas						
Idade/Sexo	Masculino		Feminino		Ambos os sexos	
	Ocupado	Não ocupado	Ocupado	Não ocupado	Ocupado	Não ocupado
10 a 14 anos	66.028	839.473	54.809	966.420	-	-
15 a 19 anos	292.153	591.524	277.637	856.214	-	-
20 a 24 anos	631.161	346.131	615.671	622.836	1.246.832	968.967
25 a 29 anos	779.202	270.027	756.495	571.214	1.535.697	841.241
30 a 34 anos	830.095	246.337	802.494	568.760	1.632.589	815.097
35 a 39 anos	858.001	243.612	869.131	620.098	1.727.132	863.710
40 a 44 anos	1.235.017	325.624	1.303.679	932.830	2.538.696	1.258.454
45 a 49 anos	1.633.259	418.735	1.524.709	1.486.789	3.157.968	1.905.524
50 a 54 anos	1.556.530	517.964	1.311.200	1.319.433	2.867.730	1.837.397
55 a 59 anos	1.231.544	611.840	912.818	1.413.983	2.144.362	2.025.823
60 a 64 anos	817.248	724.410	505.491	1.477.125	-	-
65 a 69 anos	461.675	794.255	265.970	1.372.794	-	-
70 a 74 anos	268.226	778.322	144.238	1.260.843	-	-
75 a 79 anos	136.429	619.431	74.511	1.009.259	-	-
80 (+) anos	93.837	797.493	56.704	1.403.638	-	-

Total por ocupação/sexo	10.890.405	8.125.178	9.475.557	15.882.236	Total por ocupação ambos os sexos	
Total por sexo	19.015.583		25.357.793		Ocupado	Não ocupado
Total	44.373.376				16.851.006	10.516.213

Notas:

- Tabela produzida pela autora a partir de dados da Amostra de Pessoas com Deficiência, do IBGE, censo 2010
- Considera-se a população do Brasil em 2010 como 195,7 milhões de pessoas, segundo IBGE.
- Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23612>

PcDs em Goiás - Situação de ocupação - Censo 2010						
Pessoas de 10 anos ou mais de idade				Entre 20 e 59 anos		
Por existência ou não de pelo menos uma das deficiências investigadas						
Idade/Sexo	Masculino		Feminino		Ambos os sexos	
	Ocupado	Não ocupado	Ocupado	Não ocupado	Ocupado	Não ocupado
10 a 14 anos	1.841	22.984	1.709	26.130	-	-
15 a 19 anos	10.893	14.538	9.731	23.568	-	-
20 a 24 anos	22.082	8.331	20.778	17.423	42.860	25.754
25 a 29 anos	26.913	6.701	25.482	16.761	52.395	23.462
30 a 34 anos	27.873	7.034	28.226	16.419	56.099	23.453
35 a 39 anos	29.126	6.611	30.096	18.357	59.222	24.968
40 a 44 anos	42.870	9.286	47.238	28.141	90.108	37.427
45 a 49 anos	56.494	10.898	52.704	36.166	109.198	47.064
50 a 54 anos	51.669	14.029	43.805	39.346	95.474	53.375
55 a 59 anos	41.880	15.404	29.824	42.338	71.704	57.742
60 a 64 anos	28.795	19.299	16.117	42.499	-	-
65 a 69 anos	16.238	23.402	7.665	39.854	-	-
70 a 74 anos	8.403	23.756	3.947	34.487	-	-
75 a 79 anos	4.169	18.012	1.996	24.868	-	-
80 (+) anos	2.479	21.238	1.241	29.141	-	-

Total por ocupação/sexo	371.725	221.523	320.559	435.498	Total por ocupação ambos os sexos	
Total por sexo	593.248		756.057		Ocupado	Não ocupado
Total	1.349.305				577.060	293.245

Notas:

- Tabela produzida pela autora a partir de dados da Amostra de Pessoas com Deficiência, do IBGE, censo 2010
- Considera-se a população de Goiás em 2010 como 6.003.788 pessoas, segundo IBGE.
- Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23612>

[ANEXO C
AMOSTRA DE RENDIMENTO DE PCDs NO BRASIL]

Amostra de rendimento de PcDs no Brasil - Censo 2010												
Pessoas de 10 anos ou mais de idade												
Por existência ou não de pelo menos uma das deficiências investigadas												
Rendimento / Deficiência	Deficiência auditiva			Deficiência motora			Deficiência visual			Deficiência mental/ intelectual	Sem declaração de deficiência	Com nenhuma dessas deficiências
	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Alguma dificuldade	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Alguma dificuldade	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Alguma dificuldade			
Sem rendimento	9.610	80.273	350.367	6.440	144.928	438.065	9.723	305.181	1.281.889	81.482	356	3.737.527
Até 1/2 salário mínimo	8.741	69.893	338.644	5.614	132.180	423.516	9.283	335.428	1.435.491	70.067	790	4.874.002
Mais de 1/2 salário mínimo	28.894	150.315	768.390	19.771	252.551	864.473	35.835	688.595	3.693.754	115.680	3.710	15.849.370
Mais de 1 a 2 salários mínimos	37.376	152.385	854.652	27.315	195.179	764.137	52.565	624.080	4.208.198	94.077	8.908	22.283.856
Mais de 2 a 3 salários mínimos	12.060	45.107	273.095	8.626	53.779	217.542	18.488	172.801	1.386.346	23.921	3.363	7.271.036
Mais de 3 a 5 salários mínimos	9.441	32.507	205.601	8.243	36.416	161.714	15.903	123.561	1.097.997	17.628	1.771	5.650.151
Mais de 5 a 10 salários mínimos	7.351	20.890	143.904	7.135	22.232	107.021	12.342	80.973	828.287	11.565	930	4.210.930
Mais de 10 a 15 salários mínimos	1.347	3.557	26.287	1.592	3.548	18.960	2.784	14.145	157.434	2.174	126	826.708
Mais de 15 a 20 salários mínimos	1.022	2.946	22.667	1.122	2.874	14.517	2.208	9.935	125.519	1.615	98	661.200
Mais de 20 a 30 salários mínimos	834	1.672	12.915	853	1.567	8.553	1.364	6.315	73.194	918	75	358.903
Mais de 30 salários mínimos	546	1.033	9.222	456	1.101	6.126	1.016	4.004	47.805	641	35	244.031

Rendimento / Deficiência	População / def. auditiva grave	População / def. motora grave	População / def. visual grave	População / def. mental/ intelectual	População Total com def. grave
Sem rendimento	89.883	151.368	314.904	81.482	637.637
Até 1/2 salário mínimo	78.634	137.794	344.711	70.067	631.206
Mais de 1/2 salário mínimo	179.209	272.322	724.430	115.680	1.291.641
Mais de 1 a 2 salários mínimos	189.761	222.494	676.645	94.077	1.182.977
Mais de 2 a 3 salários mínimos	57.167	62.405	191.289	23.921	334.782
Mais de 3 a 5 salários mínimos	41.948	44.659	139.464	17.628	243.699
Mais de 5 a 10 salários mínimos	28.241	29.367	93.315	11.565	162.488
Mais de 10 a 15 salários mínimos	4.904	5.140	16.929	2.174	29.147
Mais de 15 a 20 salários mínimos	3.968	3.996	12.143	1.615	21.722
Mais de 20 a 30 salários mínimos	2.506	2.420	7.679	918	13.523
Mais de 30 salários mínimos	1.579	1.557	5.020	641	8.797

Notas:

- Tabela produzida pela autora a partir de dados da Amostra de Pessoas com Deficiência, do IBGE, censo 2010
- Considera-se a população do Brasil em 2010 como 195,7 milhões de pessoas, segundo IBGE.
- Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23612>

[ANEXO D
AMOSTRA DE RENDIMENTO DE PCDs EM GOIÁS]

Amostra de rendimento de PcDs em Goiás - Censo 2010												
Pessoas de 10 anos ou mais de idade												
Por existência ou não de pelo menos uma das deficiências investigadas												
Rendimento / Deficiência	Deficiência auditiva			Deficiência motora			Deficiência visual			Deficiência mental/ intelectual	Sem declaração de deficiência	Com nenhuma dessas deficiências
	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Alguma dificuldade	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Alguma dificuldade	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Alguma dificuldade			
Sem rendimento	286	1.786	7.235	155	2.787	9.286	232	6.714	27.206	1.994	-	72.916
Até 1/2 salário mínimo	252	1.550	7.694	181	3.175	9.654	379	7.501	33.892	1.691	-	111.496
Mais de 1/2 salário mínimo	1.123	6.202	28.495	897	8.681	29.895	1.100	25.784	139.594	4.627	124	606.194
Mais de 1 a 2 salários mínimos	1.077	5.594	32.129	921	7.062	28.047	1.635	23.959	160.994	3.415	362	816.782
Mais de 2 a 3 salários mínimos	256	1.416	9.963	127	1.750	7.468	406	6.179	51.682	540	142	266.098
Mais de 3 a 5 salários mínimos	114	1.065	7.062	170	1.275	6.328	612	4.607	38.517	707	104	192.707
Mais de 5 a 10 salários mínimos	241	677	5.212	326	1.046	3.526	394	3.126	29.723	469	28	139.500
Mais de 10 a 15 salários mínimos	91	95	722	109	117	623	88	491	4.559	103	20	23.308
Mais de 15 a 20 salários mínimos	23	77	850	30	100	332	125	235	4.064	30	-	19.338
Mais de 20 a 30 salários mínimos	58	74	294	28	57	371	73	127	2.212	23	-	9.762
Mais de 30 salários mínimos	23	57	365	29	33	247	20	164	1.582	10	-	8.164

Rendimento / Deficiência	População / def. auditiva grave	População / def. motora grave	População / def. visual grave	População / def. mental/ intelectual	População Total com def. grave
Sem rendimento	2.072	2.942	6.946	1.994	13.954
Até 1/2 salário mínimo	1.802	3.356	7.880	1.691	14.729
Mais de 1/2 salário mínimo	7.325	9.578	26.884	4.627	48.414
Mais de 1 a 2 salários mínimos	6.671	7.983	25.594	3.415	43.663
Mais de 2 a 3 salários mínimos	1.672	1.877	6.585	540	10.674
Mais de 3 a 5 salários mínimos	1.179	1.445	5.219	707	8.550
Mais de 5 a 10 salários mínimos	918	1.372	3.520	469	6.279
Mais de 10 a 15 salários mínimos	186	226	579	103	1.094
Mais de 15 a 20 salários mínimos	100	130	360	30	620
Mais de 20 a 30 salários mínimos	132	85	200	23	440
Mais de 30 salários mínimos	80	62	184	10	336

Notas:

- Tabela produzida pela autora a partir de dados da Amostra de Pessoas com Deficiência, do IBGE, censo 2010
- Considera-se a população de Goiás em 2010 como 6.003.788 pessoas, segundo IBGE.
- Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/23612>

[ANEXO E
PROCEDIMENTOS HOSPITALARES CRER 2015-2020
POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - MUNICÍPIO E ANO]

Procedimentos hospitalares do SUS - por local de residência - Goiás
Internações por Município e Ano processamento
Estabelecimento: CRER - Período: 2015-2020

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Abadia de Goiás	10	18	20	18	18	12	96
Abadiânia	2	1	1	1	7	7	19
Acreúna	9	10	15	16	21	11	82
Adelândia	1	3	2	1	2	0	9
Água Fria de Goiás	1	3	2	4	12	4	26
Água Limpa	1	1	0	0	4	0	6
Águas Lindas de Goiás	4	9	12	15	31	31	102
Alexânia	9	13	7	22	17	24	92
Aloândia	0	2	0	1	4	3	10
Alto Horizonte	4	4	4	6	6	2	26
Alto Paraíso de Goiás	0	2	0	3	3	1	9
Alvorada do Norte	2	4	6	6	10	6	34
Amaralina	4	1	0	3	1	0	9
Americano do Brasil	4	3	7	8	5	6	33
Amorinópolis	1	2	2	2	2	2	11
Anápolis	95	95	122	121	124	91	648
Anhangüera	0	0	0	0	1	0	1
Anicuns	22	20	17	21	34	18	132
Aparecida de Goiânia	369	423	429	482	526	385	2614
Aparecida do Rio Doce	5	0	1	1	1	1	9
Aporé	1	5	4	3	2	2	17
Araçu	7	8	3	5	3	6	32
Aragarças	20	13	14	16	21	11	95
Aragoiânia	11	20	30	18	20	15	114
Araguapaz	4	6	4	3	9	8	34
Arenópolis	11	1	6	1	2	5	26
Aruanã	10	7	10	6	8	15	56
Aurilândia	3	2	8	9	1	6	29
Avelinópolis	4	4	2	4	3	2	19
Baliza	1	10	1	2	1	0	15
Barro Alto	9	1	3	4	10	3	30
Bela Vista de Goiás	34	35	36	32	65	40	242
Bom Jardim de Goiás	2	8	10	3	6	5	34
Bom Jesus de Goiás	6	13	17	17	17	8	78
Bonfinópolis	10	18	5	9	10	4	56
Bonópolis	4	1	2	10	7	1	25
Brazabrantes	2	6	6	5	2	3	24
Britânia	10	3	4	6	9	6	38
Buriti Alegre	3	6	5	10	8	5	37
Buriti de Goiás	3	3	4	4	1	5	20
Buritinópolis	0	0	1	3	2	1	7
Cabeceiras	4	6	2	5	4	2	23
Cachoeira Alta	1	3	1	6	7	2	20
Cachoeira de Goiás	0	1	0	1	3	3	8
Cachoeira Dourada	1	3	0	2	7	4	17
Caçu	6	2	6	5	14	10	43
Caiapônia	4	6	14	16	3	4	47
Caldas Novas	32	45	33	60	58	31	259
Caldazinha	4	6	3	6	6	1	26
Campeste de Goiás	3	5	7	5	13	4	37
Campinaçu	1	1	2	0	2	2	8
Campinorte	6	12	7	16	8	10	59
Campo Alegre de GO	2	3	4	2	7	0	18
Campo Limpo de GO	5	4	2	0	0	1	12
Campos Belos	5	2	11	8	12	20	58
Campos Verdes	0	0	0	1	9	3	13
Camo do Rio Verde	5	6	2	12	17	2	44
Castelândia	1	0	3	2	2	0	8
Catalão	48	37	50	30	46	24	235
Caturai	8	7	4	8	10	4	41
Cavalcante	1	3	6	4	10	2	26
Ceres	11	14	14	11	10	3	63
Cezarina	5	8	7	18	18	7	63
Chapadão do Céu	3	3	3	6	8	8	31
Cidade Ocidental	2	3	3	4	17	8	37
Cocalzinho de Goiás	11	2	4	4	11	9	41
Colinas do Sul	1	3	1	1	3	1	10
Córrego do Ouro	1	1	0	2	5	2	11
Corumbá de Goiás	7	7	1	4	6	8	33
Corumbáiba	9	18	6	7	6	5	51
Cristalina	18	17	41	17	43	37	173
Cristianópolis	4	3	2	9	4	4	26
Crixás	6	5	4	6	11	4	36
Cromínia	6	5	4	2	13	1	31
Cumari	2	0	2	3	1	2	10
Damianópolis	1	3	0	2	0	3	9
Damolândia	11	10	4	3	12	6	46
Davinópolis	1	4	2	0	2	3	12
Diorama	1	1	1	5	3	0	11
Divinópolis de Goiás	1	0	4	2	5	4	16
Doverlândia	4	3	4	11	8	2	32
Edealina	6	4	6	5	10	3	34
Edéia	7	16	11	20	17	13	84
Estrela do Norte	4	3	3	3	6	4	23
Faina	7	7	4	5	9	8	40
Fazenda Nova	10	3	6	4	6	9	38
Firminópolis	12	12	4	5	13	9	55
Flores de Goiás	1	0	1	5	1	5	13
Formosa	48	81	81	94	93	76	473
Formoso	3	7	9	7	10	4	40
Gameleira de Goiás	1	0	3	5	8	2	19
Goianápolis	13	4	8	8	11	8	52
Goianápolis	9	1	1	3	7	2	23
Goianésia	40	45	43	51	45	33	257
Goianópolis	3340	3238	3350	3010	3612	1888	18438
Goianira	49	55	62	75	85	50	376
Goiás	19	18	11	20	30	17	115
Goiatuba	30	32	35	25	27	33	182
Gouvelândia	2	2	0	2	3	1	10
Guapó	14	27	24	28	20	12	125
Guaraíta	1	2	3	2	1	2	11
Guarani de Goiás	4	0	3	5	4	1	17
Guarinos	1	2	2	0	3	1	9
Heitorai	1	0	4	6	9	3	23
Hidrolândia	17	14	20	26	18	16	111
Hidrolina	3	0	0	3	4	0	10
Iaciara	9	8	7	6	8	1	39
Inaciolândia	4	2	0	5	3	4	18
Indiara	4	6	16	16	7	5	54

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Inhumas	71	88	83	101	77	53	473
Ipameri	9	12	21	29	51	22	144
Ipiranga de Goiás	0	0	1	1	0	2	4
Iporá	38	35	35	33	37	19	197
Israelândia	5	3	3	2	0	3	16
Itaberaí	34	45	37	36	59	34	245
Itaguari	4	4	4	7	6	4	29
Itaguaru	7	11	16	10	12	3	59
Itajá	0	3	0	3	2	1	9
Itapaci	10	11	12	7	18	9	67
Itapirapuã	15	8	5	11	9	6	54
Itapuranga	25	30	30	27	45	43	200
Itarumã	5	2	2	1	1	2	13
Itauçu	12	9	11	6	7	11	56
Itumbiara	31	31	38	49	46	28	223
Ivolândia	1	1	0	3	4	0	9
Jandaia	5	7	4	7	6	2	31
Jaraguá	136	143	58	35	69	22	463
Jataí	28	20	53	39	57	50	247
Jaupaci	7	2	2	4	4	3	22
Jesúpolis	2	0	1	4	6	0	13
Joviânia	2	4	2	7	11	4	30
Jussara	25	11	8	12	25	11	92
Lagoa Santa	1	0	1	0	1	1	4
Leopoldo de Bulhões	2	2	4	4	4	5	21
Luziânia	24	19	68	73	72	62	318
Mairipotaba	5	5	2	2	7	0	21
Mambai	4	5	6	4	4	3	26
Mara Rosa	3	5	11	8	22	16	65
Marzagão	0	2	0	1	3	0	6
Matrinhã	5	2	3	6	8	0	24
Mauiândia	2	2	1	3	3	4	15
Mimoso de Goiás	1	1	1	0	2	0	5
Minaçu	25	21	20	23	29	18	136
Mineiros	26	21	31	25	36	20	159
Moiporá	1	0	1	1	1	1	5
Monte Alegre de Goiás	3	2	2	1	1	3	12
Montes Claros de Goiás	1	1	7	5	11	6	31
Montividiu	2	2	8	3	8	2	25
Montividiu do Norte	4	2	4	5	9	6	30
Morrinhos	32	25	35	33	35	21	181
Morro Agudo de Goiás	1	1	2	1	1	1	7
Mossamedes	1	1	0	9	7	2	20
Mozarlândia	13	9	7	11	17	14	71
Mundo Novo	10	14	11	8	11	4	58
Mutunópolis	10	4	4	5	3	5	31
Nazário	9	5	10	5	7	4	40
Nerópolis	27	27	39	27	38	20	178
Niquelândia	30	29	21	22	43	29	174
Nova América	1	0	1	0	3	3	8
Nova Aurora	1	6	3	2	1	0	13
Nova Crixás	6	12	6	10	17	7	58
Nova Glória	2	5	5	3	13	1	29
Nova Iguaçu de Goiás	5	3	4	2	0	2	16
Nova Roma	0	2	1	0	1	2	6
Nova Veneza	13	15	14	17	16	9	84
Novo Brasil	0	5	5	2	5	3	20
Novo Gama	0	6	2	6	9	2	25
Novo Planalto	2	4	3	1	3	2	15
Orizona	12	9	14	17	11	11	74
Ouro Verde de Goiás	3	1	0	0	7	4	15
Ouvidor	1	3	6	7	7	2	26
Padre Bernardo	1	2	9	7	6	1	26
Palestina de Goiás	1	1	1	0	1	2	6
Palmeiras de Goiás	30	19	12	19	13	21	114
Palmelo	2	1	0	3	3	3	12
Palminópolis	3	2	4	8	2	1	20
Panamá	2	1	3	1	1	2	10
Paranaiguara	4	3	6	4	8	10	35
Paraúna	11	10	11	10	15	11	68
Perolândia	0	1	2	3	7	6	19
Petrolina de Goiás	11	12	7	10	11	3	54
Pilar de Goiás	0	0	3	2	1	2	8
Piracanjuba	28	24	28	39	35	21	175
Piranhas	13	8	3	2	6	7	39
Pirenópolis	17	19	25	18	24	10	113
Pires do Rio	15	26	26	23	20	12	122
Planaltina	19	15	16	28	30	15	123
Pontalina	19	19	17	19	33	30	137
Porangatu	36	36	38	28	31	31	200
Porteirão	2	1	0	3	3	1	10
Portelândia	6	0	3	0	2	2	13
Posse	21	20	23	25	33	18	140
Professor Jamil	2	1	3	4	2	0	12
Quirinópolis	17	25	20	28	35	26	151
Rialma	3	1	2	5	12	10	33
Rianópolis	3	5	1	4	4	1	18
Rio Quente	0	3	2	1	2	1	9
Rio Verde	33	29	40	74	81	63	320
Rubiataba	8	12	6	12	16	7	61
Sanclerlândia	8	6	14	15	22	9	74
Santa Bárbara de Goiás	3	4	9	22	14	15	67
Santa Cruz de Goiás	5	5	2	6	3	0	21
Santa Fé de Goiás	8	6	9	4	10	3	40
Santa Helena de Goiás	7	4	17	20	24	19	91
Santa Isabel	3	9	6	2	2	1	

[ANEXO F
ATENDIMENTOS PRESTADOS PELO CRER ENTRE 2015-2020
POR MACRO E MICRO REGIÕES POR DEMANDA]

Procedimentos hospitalares do SUS - por Macro e Microrregiões em Saúde - Goiás
Ordem decrescente de municípios por quantidade de atendimentos realizados isolados por micro e macrorregiões
Estabelecimento: CRER - Período: 2015-2020

MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE		MACRORREGIÃO CENTRO-NORTE		MACRORREGIÃO SUDESTE		MACRORREGIÃO NORDESTE		MACRORREGIÃO SUDOESTE	
Município	Total	Município	Total	Município	Total	Município	Total	Município	Total
REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL		REGIÃO DE SAÚDE PIRINEUS		REGIÃO DE SAÚDE CENTRO SUL		REGIÃO DE SAÚDE ENTORNO SUL		SUDOESTE I	
520870 Goiânia	18438	520110 Anápolis	648	520140 Aparecida de Goiânia	2614	521250 Luziânia	318	521880 Rio Verde	320
522140 Trindade	568	521730 Pirenópolis	113	522045 Senador Canedo	554	520620 Cristalina	173	521850 Quirinópolis	151
521000 Inhumas	473	520030 Alexânia	92	520330 Bela Vista de Goiás	242	520025 Águas Lindas de Goiás	102	521930 Santa Helena de Goiás	91
520880 Goianira	376	522119 Terezópolis de Goiás	70	521710 Piracanjuba	175	522185 Valparaíso de Goiás	76	520013 Acreúna	82
521450 Nerópolis	178	520840 Goianópolis	52	522060 Silvânia	150	520549 Cidade Ocidental	37	522040 São Simão	58
520130 Anicuns	132	520551 Cocalzinho de Goiás	41	521770 Pontalina	137	521523 Novo Gama	25	520430 Caçu	43
520920 Guapó	125	520580 Corumbá de Goiás	33	520180 Aragoiânia	114	521975 Santo Antônio do Descoberto	23	521630 Paranaiguara	35
520005 Abadia de Goiás	96	520010 Abadiânia	19	520970 Hidrolândia	111	TOTAL MICRORREGIÃO	754	521375 Montividiu	25
521500 Nova Veneza	84	520815 Gameleira de Goiás	19	522200 Vianópolis	95			520410 Cachoeira Alta	20
521910 Santa Bárbara de Goiás	67	520485 Campo Limpo de Goiás	12	520740 Edéia	84			521971 Santo Antônio da Barra	17
521973 Santo Antônio de Goiás	63	TOTAL MICRORREGIÃO	1099	521530 Orizona	74			521300 Maurilândia	15
521140 Itaçu	56			520545 Cezarina	63	REGIÃO DE SAÚDE ENTORNO NORTE		521130 Itarumã	13
521680 Petrolina de Goiás	54			522190 Varjão	59	520800 Formosa	473	522155 Turvelândia	11
520680 Damolândia	46	REGIÃO DE SAÚDE NORTE		520355 Bonfinópolis	56	521760 Planaltina	123	521805 Porteirão	10
520520 Caturai	41			520995 Indiara	54	522000 São João d'Aliança	39	521080 Itajá	9
521440 Nazário	40	521800 Porangatu	200	522205 Vicentinópolis	38	520017 Água Fria de Goiás	26	520145 Aparecida do Rio Doce	9
520460 Campestre de Goiás	37	521308 Minaçu	136	520735 Edealina	34	520400 Cabeceiras	23	520505 Castelândia	8
520160 Araçu	32	522020 São Miguel do Araguaia	115	522026 São Miguel do Passa Quatro	33	520790 Flores de Goiás	13	521225 Lagoa Santa	4
521990 São Francisco de Goiás	30	521405 Mundo Novo	58	520650 Cromínia	31	520060 Alto Paraíso de Goiás	9	TOTAL MICRORREGIÃO	921
521056 Itaguari	29	520810 Formoso	40	521170 Jandaia	31	522220 Vila Boa	5		
521950 Santa Rosa de Goiás	29	521410 Mutunópolis	31	520455 Caldazinha	26	TOTAL MICRORREGIÃO	711	SUDOESTE II	
522100 Taquaral de Goiás	24	521377 Montividiu do Norte	30	520630 Cristianópolis	26			521190 Jataí	247
520360 Brazabrantes	24	520357 Bonópolis	25	521230 Leopoldo de Bulhões	21	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE I		521310 Mineiros	159
520280 Avelinópolis	19	521960 Santa Tereza de Goiás	25	521260 Mairipotaba	21	520490 Campos Belos	58	520440 Caiapônia	47
521540 Ouro Verde de Goiás	15	520750 Estrela do Norte	23	521839 Professor Jamil	12	520530 Cavalcante	26	520725 Doverlândia	32
521205 Jesúpolis	13	522145 Trombas	23	TOTAL MICRORREGIÃO	4855	520830 Divinópolis de Goiás	16	520547 Chapadão do Céu	31
TOTAL MICRORREGIÃO	21089	521525 Novo Planalto	15			521350 Monte Alegre de Goiás	12	522050 Serranópolis	19
		520465 Campinaçu	8	REGIÃO DE SAÚDE ESTRADA DE FERRO		522108 Teresina de Goiás	1	521645 Perolândia	19
		TOTAL MICRORREGIÃO	729	520450 Caldas Novas	259	TOTAL MICRORREGIÃO	113	520150 Aporé	17
				520510 Catalão	235			521940 Santa Rita do Araguaia	13
				521010 Ipameri	144	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE II		521810 Portelândia	13
				521740 Pires do Rio	122	521830 Posse	140	TOTAL MICRORREGIÃO	597
				520590 Corumbaliba	51	520990 Iaciara	39	TOTAL MACRORREGIÃO	1518
				521550 Ouvidor	26	520080 Alvorada do Norte	34		
				520850 Goiandira	23	521980 São Domingos	32	POPULAÇÃO TOTAL MACRORREGIÃO	1.503.212
				521920 Santa Cruz de Goiás	21	521270 Mambai	26	ESTIMATIVA DE PESSOAS COM DEF. NA MACRORREGIÃO (31%)	465.995
				520480 Campo Alegre de Goiás	18	522068 Simolândia	19		
				522180 Urutai	15	520940 Guarani de Goiás	17		
				521480 Nova Aurora	13	520670 Damianópolis	9		
				522015 São Luiz do Norte	12	520396 Buritinópolis	7		
				521486 Nova Glória	12	521490 Nova Roma	6		
				521935 Santa Isabel	10	522070 Sítio d'Abadia	1		
				521870 Rianópolis	9	TOTAL MICRORREGIÃO	330		
				522157 Uirapuru	9				
				520495 Campos Verdes	6	TOTAL MACRORREGIÃO	1908		
				520945 Guarinos	9				
				521470 Nova América	8	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE I			
				521690 Pilar de Goiás	8	520490 Campos Belos	58		
				521385 Morro Agudo de Goiás	7	520530 Cavalcante	26		
				522028 São Patrício	5	520830 Divinópolis de Goiás	16		
				521015 Ipiranga de Goiás	4	521350 Monte Alegre de Goiás	12		
				TOTAL MICRORREGIÃO	577	522108 Teresina de Goiás	1		
						TOTAL MICRORREGIÃO	113		
				REGIÃO DE SAÚDE SÃO PATRÍCIO I					
				521090 Itapaci	67	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE II			
				522170 Uruana	66	521830 Posse	140		
				520540 Ceres	63	520990 Iaciara	39		
				521890 Rubiataba	61	520080 Alvorada do Norte	34		
				520500 Carmo do Rio Verde	44	521980 São Domingos	32		
				521970 Santa Terezinha de Goiás	37	521270 Mambai	26		
				520640 Crixás	36	522068 Simolândia	19		
				521860 Rialma	33	520940 Guarani de Goiás	17		
				522015 São Luiz do Norte	30	520670 Damianópolis	9		
				521486 Nova Glória	29	520396 Buritinópolis	7		
				521935 Santa Isabel	23	521490 Nova Roma	6		
				521870 Rianópolis	18	522070 Sítio d'Abadia	1		
				522157 Uirapuru	16	TOTAL MICRORREGIÃO	330		
				520495 Campos Verdes	13				
				520945 Guarinos	9	TOTAL MACRORREGIÃO	1908		
				521470 Nova América	8				
				521690 Pilar de Goiás	8	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE I			
				521385 Morro Agudo de Goiás	7	520490 Campos Belos	58		
				522028 São Patrício	5	520530 Cavalcante	26		
				521015 Ipiranga de Goiás	4	520830 Divinópolis de Goiás	16		
				TOTAL MICRORREGIÃO	577	521350 Monte Alegre de Goiás	12		
						522108 Teresina de Goiás	1		
				REGIÃO DE SAÚDE SÃO PATRÍCIO II		TOTAL MICRORREGIÃO	113		
				521180 Jaraguá	463				
				520860 Goianésia	257	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE II			
				521060 Itaguaru	59	521830 Posse	140		
				520320 Barro Alto	30	520990 Iaciara	39		
				521560 Padre Bernardo	26	520080 Alvorada do Norte	34		
				522230 Vila Propício	23	521980 São Domingos	32		
				521945 Santa Rita do Novo Destino	11	521270 Mambai	26		
				521305 Mimoso de Goiás	5	522068 Simolândia	19		
				TOTAL MICRORREGIÃO	874	520940 Guarani de Goiás	17		
						520670 Damianópolis	9		
				REGIÃO DE SAÚDE RIO VERMELHO		520396 Buritinópolis	7		
				521180 Jaraguá	463	521490 Nova Roma	6		
				520860 Goianésia	257	522070 Sítio d'Abadia	1		
				521060 Itaguaru	59	TOTAL MICRORREGIÃO	330		
				520320 Barro Alto	30				
				521560 Padre Bernardo	26	TOTAL MACRORREGIÃO	1908		
				522230 Vila Propício	23				
				521945 Santa Rita do Novo Destino	11	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE I			
				521305 Mimoso de Goiás	5	520490 Campos Belos	58		
				TOTAL MICRORREGIÃO	874	520530 Cavalcante	26		
						520830 Divinópolis de Goiás	16		
				REGIÃO DE SAÚDE SERRA DA MESA		521350 Monte Alegre de Goiás	12		
				521180 Jaraguá	463	522108 Teresina de Goiás	1		
				520860 Goianésia	257	TOTAL MICRORREGIÃO	113		
				521060 Itaguaru	59				
				520320 Barro Alto	30	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE I			
				521560 Padre Bernardo	26	520490 Campos Belos	58		
				522230 Vila Propício	23	520530 Cavalcante	26		
				521945 Santa Rita do Novo Destino	11	520830 Divinópolis de Goiás	16		
				521305 Mimoso de Goiás	5	521350 Monte Alegre de Goiás	12		
				TOTAL MICRORREGIÃO	874	522108 Teresina de Goiás	1		
						TOTAL MICRORREGIÃO	113		
				REGIÃO DE SAÚDE SERRA DA MESA					
				521180 Jaraguá	463				
				520860 Goianésia	257	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE II			
				521060 Itaguaru	59	521830 Posse	140		
				520320 Barro Alto	30	520990 Iaciara	39		
				521560 Padre Bernardo	26	520080 Alvorada do Norte	34		
				522230 Vila Propício	23	521980 São Domingos	32		
				521945 Santa Rita do Novo Destino	11	521270 Mambai	26		
				521305 Mimoso de Goiás	5	522068 Simolândia	19		
				TOTAL MICRORREGIÃO	874	520940 Guarani de Goiás	17		
						520670 Damianópolis	9		
				REGIÃO DE SAÚDE RIO VERMELHO		520396 Buritinópolis	7		
				521180 Jaraguá	463	521490 Nova Roma	6		
				520860 Goianésia	257	522070 Sítio d'Abadia	1		
				521060 Itaguaru	59	TOTAL MICRORREGIÃO	330		
				520320 Barro Alto	30				
				521560 Padre Bernardo	26	TOTAL MACRORREGIÃO	1908		
				522230 Vila Propício	23				
				521945 Santa Rita do Novo Destino	11	REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE I			
				521305 Mimoso de Goiás	5	520490 Campos Belos	58		
				TOTAL MICRORREGIÃO	874	520530 Cavalcante	26		
						520830 Divinópolis de Goiás	16		
				REGIÃO DE SAÚDE SERRA DA MESA		521350 Monte Alegre de Goiás	12	</	

[ANEXO G
 MAIOR DEMANDA - CRER 2015-2020]

Procedimentos hospitalares do CRER por maior quantidade de atendimentos						
Relação entre cidade x região x relação com capitais					Atendimentos 2015-2020	
Demanda	Município	Macrorregião	Observação territorial	Equipamento	Total	Percentual
1	Goiânia	Centro-Oeste	Capital	CER IV	18438	49,36%
2	Aparecida de Goiânia	Centro-Sul	Região metropolitana	-	2614	6,99%
3	Anápolis	Centro-Norte	Região metropolitana	CER III	648	1,73%
4	Trindade	Centro-Oeste	Região metropolitana	CER III	568	1,52%
5	Senador Canedo	Centro-Sul	Região metropolitana	-	554	1,48%
6	Formosa	Nordeste	Próximo a Brasília	-	473	1,27%
7	Inhumas	Centro-Oeste	Próximo de Goiânia	-	473	1,27%
8	Jaraguá	Centro-Norte	Próximo a Brasília	-	463	1,23%
9	Goianira	Centro-Oeste	Próximo de Goiânia	-	376	1%
10	Rio Verde	Sudoeste	-	CER II	320	0,85%
11	Luziânia	Nordeste	Próximo a Brasília	-	318	0,85%
12	Caldas Novas	Sudeste	-	-	259	0,69%
13	Goianésia	Centro-Norte	Próximo a Brasília	-	257	0,69%
14	Jataí	Sudoeste	-	-	247	0,66%
15	Itaberaí	Centro-Oeste	-	-	245	0,65%
16	Bela Vista de Goiás	Sudeste	Próximo de Goiânia	-	242	0,64%
17	Catalão	Sudeste	Próximo a Uberlândia	CER II	235	0,63%
18	Itumbiara	Sudeste	Próximo a Uberlândia	-	223	0,60%
19	Itapuranga	Centro-Oeste	-	-	200	0,53%
20	Porangatu	Centro-Norte	-	-	200	0,53%
21	Iporá	Centro-Oeste	-	-	197	0,52%
22	Uruaçu	Centro-Norte	-	-	189	0,50%
23	Goiatuba	Sudeste	-	-	182	0,49%
24	São Luís de Montes Belos	Centro-Oeste	Próximo de Goiânia	CER II	181	0,48%
25	Morrinhos	Sudeste	-	-	181	0,48%
26	Nerópolis	Centro-Oeste	Próximo de Goiânia	-	178	0,47%
27	Piracanjuba	Sudeste	Próximo de Goiânia	-	175	0,46%
28	Niquelândia	Centro-Norte	Próximo a Brasília	-	174	0,46%
29	Cristalina	Nordeste	Próximo a Brasília	-	173	0,46%
30	Mineiros	Sudoeste	-	-	159	0,42%

Notas:

- Fonte Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
- Dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.
- Dados organizados pela autora a partir dos atendimentos anuais por todo o período entre 2015 e 2020.

ESTADO DE GOIÁS	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	7.017.467
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	37352
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,53
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	100%
MACRORREGIÃO NORDESTE	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	1.322.369
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	1.908
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,14
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	5,11
REGIÃO DE SAÚDE ENTORNO SUL (Águas Lindas de Goiás, Luziânia e Valparaíso)	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	900.524
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	754
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,08
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	2,02
REGIÃO DE SAÚDE ENTORNO NORTE	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	268.808
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	711
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,26
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	1,90
REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE I	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	47.267
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	113
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,24
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	0,30
REGIÃO DE SAÚDE NORDESTE II	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	105.770
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	330
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,31
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	0,88
MACRORREGIÃO SUDOESTE	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	694.371
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	1.518
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,22
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	4,06
REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE I (Rio Verde)	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	462.069
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	921
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,20
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	2,47
REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE II (Jataí e Mineiros)	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	232.302
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	597
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,26
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	1,60

MACRORREGIÃO CENTRO-NORTE	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	1.146.746
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	3.837
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,33
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	10,27
REGIÃO DE SAÚDE PIRINEUS (Anápolis)	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	522.504
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	1.099
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,21
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	2,94
REGIÃO DE SAÚDE SÃO PATRÍCIO I	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	170.209
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	577
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,34
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	1,54
REGIÃO DE SAÚDE SÃO PATRÍCIO II	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	182.109
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	874
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,48
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	2,34
REGIÃO DE SAÚDE SERRA DA MESA	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	131.048
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	558
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,43
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	1,49
REGIÃO DE SAÚDE NORTE	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	140.876
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	729
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,52
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	1,95
MACRORREGIÃO SUDESTE	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	1.503.212
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	6.643
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,44
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	17,78
REGIÃO DE SAÚDE CENTRO SUL (Aparecida de Goiânia e Senador Canedo)	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	934.746
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	4.855
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,52
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	13,00
REGIÃO DE SAÚDE ESTRADA DE FERRO (Caldas Novas e Catalão)	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	312.218
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	986
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,32
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	2,64

REGIÃO DE SAÚDE SUL (Itumbiara)	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	256.248
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	802
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,31
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	2,15
MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	2.350.769
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	23.446
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	1,00
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	62,77
REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL (Goiânia e Trindade)	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	1.912.047
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	21.089
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	1,10
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	56,46
REGIÃO DE SAÚDE RIO VERMELHO	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	203.857
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	1.154
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,57
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	3,09
REGIÃO DE SAÚDE OESTE I	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	117.420
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	575
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,49
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	1,54
REGIÃO DE SAÚDE OESTE II	
População segundo Secretaria Estadual de Saúde	117.445
Atendimentos realizados no CRER de 2015 a 2020	628
Percentual da população atendida pelo CRER de 2015 a 2020 (%)	0,53
Percentual dos atendimentos realizados pelo CRER no estado (%)	1,68

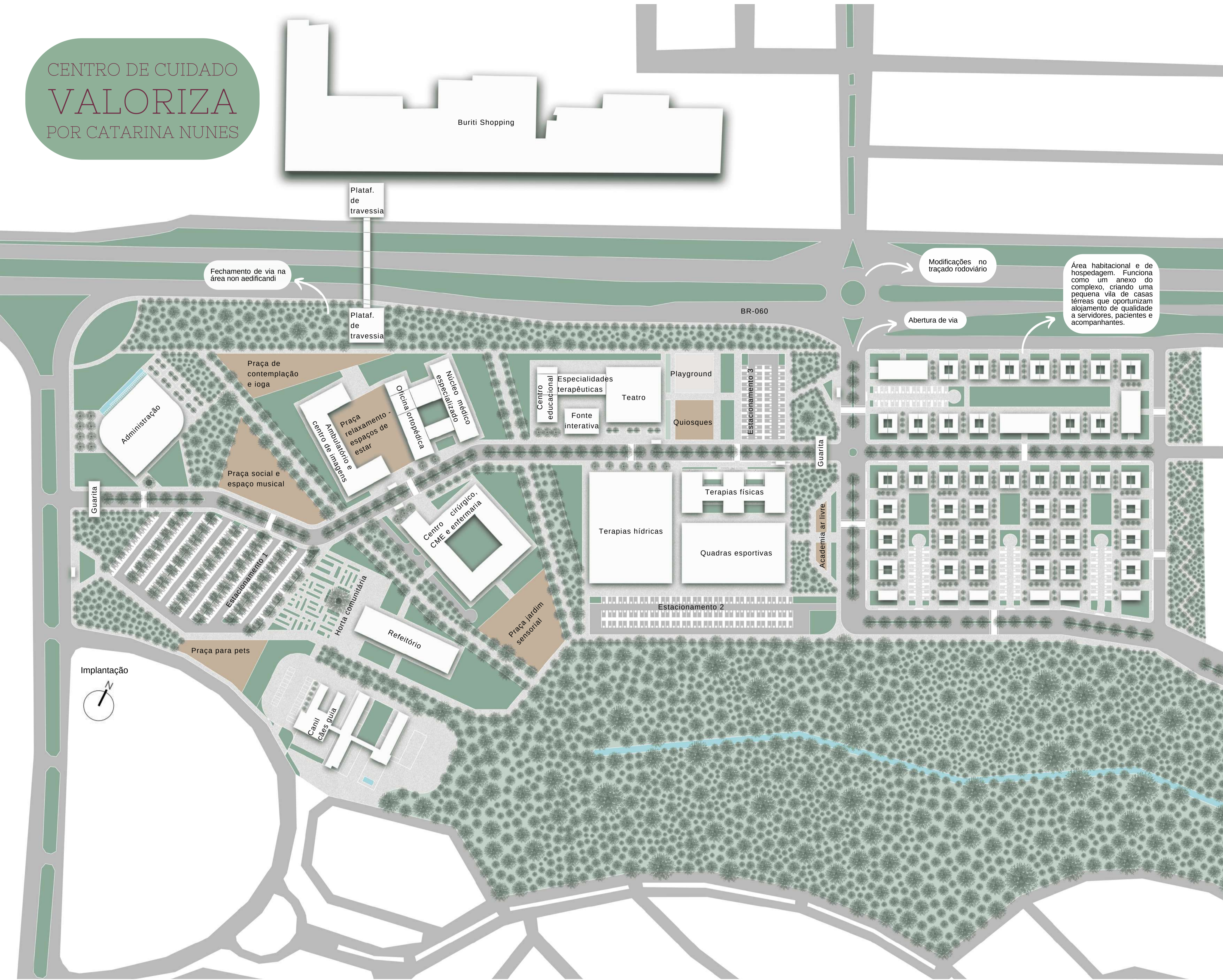
Notas:

- Fonte Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)
- Dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás.
- Dados organizados pela autora a partir dos atendimentos anuais por todo o período entre 2015 e 2020.

CENTRO DE CUIDADO
VALORIZA



CENTRO DE CUIDADO
VALORIZA
POR CATARINA NUNES



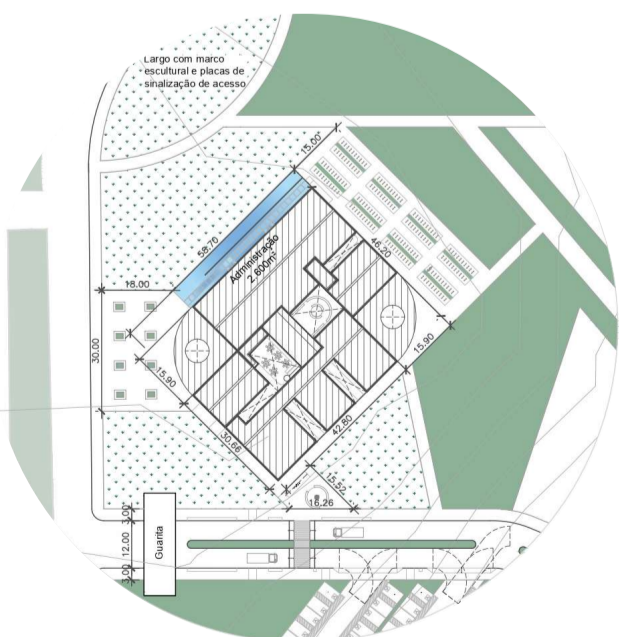
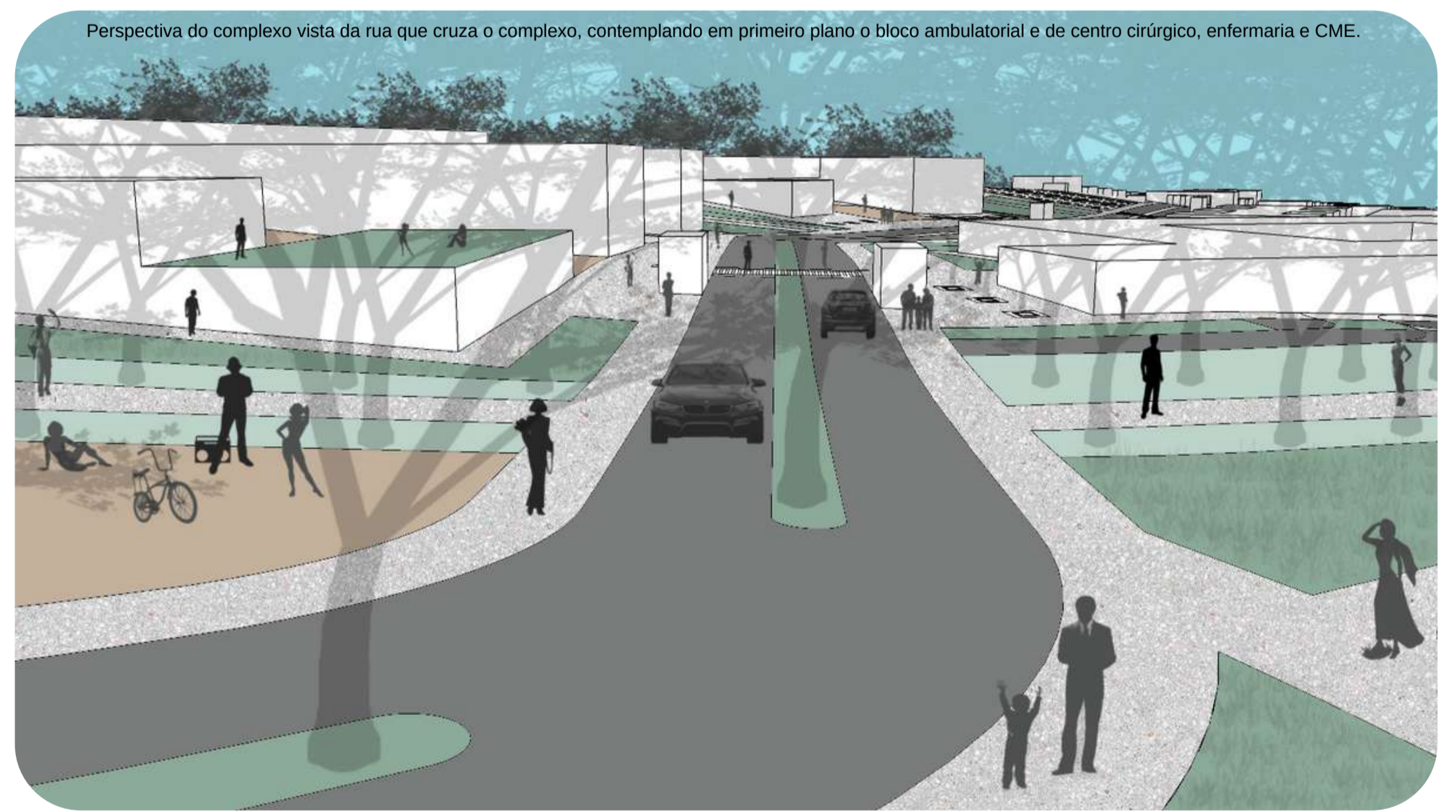
O presente Trabalho de Conclusão de Curso propõe a criação de um centro de habilitação e reabilitação psico-físico-motor situado na cidade de Rio Verde – GO, com objetivo de atender necessidades médico-terapêuticas específicas de Pessoas com Deficiência (PcD) da Macrorregião Sudoeste do estado, aliando atendimento humanizado a conceitos sensíveis a este público.

Localizada às margens da BR-060, em frente ao Burity Shopping, a gleba conta com uma área de aproximadamente 200.000m², tendo em sua parte posterior a APP da nascente do Córrego do Sapo. O projeto do Centro de Cuidado Valoriza foi idealizado a fim de ser um complexo clínico e terapêutico funcionando em conjunto com um parque urbano de ambientes de estar e lazer aplicando conceitos de saúde ecossistêmica e convidando a sociedade para seu interior.

Tomando partido da APP limítrofe, o complexo se une e funde à área de preservação, criando uma gama de novos setores de reflorestamento de cerrado. O deslocamento pelo projeto se torna uma experiência natural e sensorial, que se aproveita da topografia e características do lugar, se voltando para seu núcleo de forma mais intimista, conseguindo se isolar do entorno rodoviário sem perder ligações humanas com o entorno.

O programa conta com uma vasta gama de atividades: complexo administrativo, refeitório, ambulatório, centro de diagnóstico de imagens, enfermaria, centro de cirurgias eletivas, oficina ortopédica, núcleo médico especializado, centro de especialidades terapêuticas, centro educacional, teatro, centro de fisioterapia, centro esportivo, terapias hídricas, canil para adestramento de cães guia, horta comunitária, 9 praças com funcionalidades distintas e um anexo voltado para alojamento e hospedagem de pacientes, acompanhantes e colaboradores.

A implantação tem partido pavilhonar e distribui o programa pelo complexo, sendo permeado por áreas verdes. Cada edifício possui forma e solução arquitetônica própria e estratégia de implantação que se adequa a sua funcionalidade e localização topográfica. Apesar de locados isoladamente, cada prédio complementa o seu próximo, gerando um empreendimento de alta complexidade dentro de seu nicho de atuação.



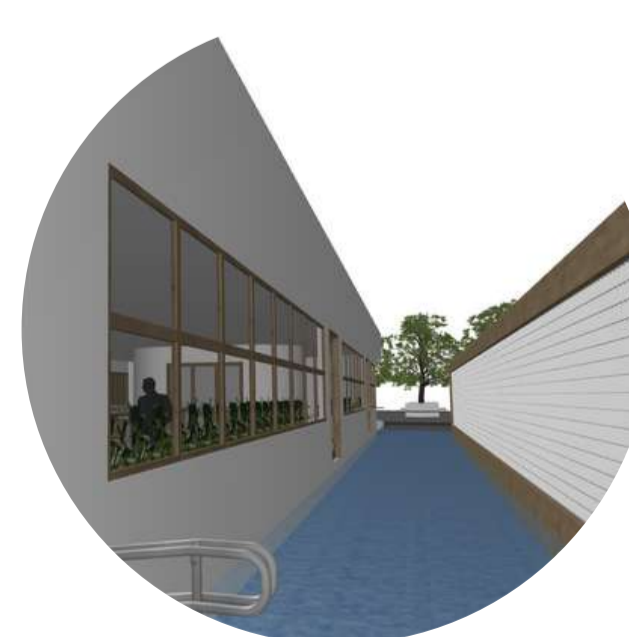
Situação Bloco Administrativo



Vista frontal Bloco Administrativo



Vista lateral Bloco Administrativo



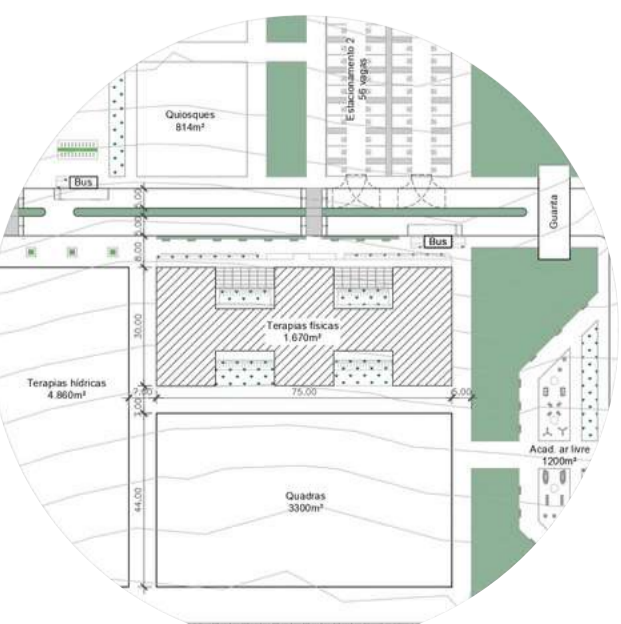
Vista espelho d'água Bloco Administrativo



Vista biblioteca Bloco Administrativo



Vista coworking Bloco Administrativo



Situação Bloco Terapias Físicas



Vista Frontal Terapias Físicas



Vista Frontal Terapias Físicas



Vista de área da estar Terapias Físicas



Vista posterior Terapias Físicas



Vista posterior Terapias Físicas