

SAUDE MENTAL
SEM MUROS
democratização de enfermarias

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

CAMILA SENAS DE CRISTO

**IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIÁTRICO:
ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES, EM
NATAL/RN.**

NATAL/RN

2025

**Catalogação na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos**

Cristo, Camila Senas de.

Implantação de leitos de saúde mental em hospital pediátrico:
anteprojeto de reforma do hospital Maria Alice Fernandes, em Natal/RN /
Camila Senas de Cristo. – Natal, 2025.

104 f.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Furukava.

Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Centro
Universitário do Rio Grande do Norte.

Material possui 9 pranchas.

1. Saúde mental infantil – Monografia. 2. Reforma psiquiátrica –
Monografia. 3. Humanização hospitalar – Monografia. 4. Arquitetura
hospitalar – Monografia. 5. Rede de atenção psicossocial – Monografia. I.
Furukava, Camila. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 72

Larissa Inês da Costa (CRB 15/657)

CAMILA SENAS DE CRISTO

**IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIÁTRICO:
ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES, EM
NATAL/RN.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro Universitário do Rio
Grande do Norte (UNIRN) como requisito
final para obtenção do título de bacharel
em Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof.(a) Camila Furukava

NATAL/RN

2025

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) trata-se de um anteprojeto de reforma e adaptação hospitalar para a implementação e habilitação de leitos de saúde mental no Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, localizado na cidade de Natal/RN, bem como da elaboração de diretrizes projetuais que possam orientar futuras reformas hospitalares. A proposta fundamenta-se nas orientações estabelecidas pelas Portarias nº 3.088/2011 e a de Consolidação nº3/2017 do Ministério da Saúde (anexo V– RAPS) que orienta a implementação implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, pediátricos e maternidades, para internação de curta permanência, integrados como ponto de atenção do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial. Tal iniciativa busca atender aos preceitos da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, que garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial brasileiro por meio da desinstitucionalização progressiva dos hospitais psiquiátricos.

O trabalho apresenta, inicialmente, informações introdutórias sobre o tema pesquisado, contextualizando a importância da humanização hospitalar no atendimento de saúde mental infantil. Em seguida, descreve-se o estudo de caso do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, considerando suas condicionantes físicas, ambientais e legais, além da análise do entorno urbano. Com base nesse levantamento, foi elaborado um programa de necessidades que orienta a proposta de adaptação da infraestrutura existente, respeitando as normas e diretrizes vigentes, com o objetivo de proporcionar um ambiente hospitalar mais acolhedor, seguro e compatível com as demandas da atenção psicossocial infantojuvenil.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantil. Reforma Psiquiátrica. Humanização Hospitalar. Arquitetura Hospitalar. Rede de Atenção Psicossocial.

	Sumário
1. INTRODUÇÃO	8
2. SAÚDE MENTAL.....	15
2.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	15
2.2 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	17
2.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	19
2.4 FLUXO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	21
2.5 PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO PACIENTE EM CRISE	23
2.6 ENTREVISTA COM A RAPS.....	26
2.7 ARQUITETURA HOSPITALAR HUMANIZADA.....	27
2.8 ILUMINAÇÃO NATURAL	29
2.9 VENTILAÇÃO NATURAL	30
2.10 ÁREAS VERDES E SEUS EFEITOS NO INDIVÍDUO	31
2.11 AMBIENTES DE LAZER E CONVIVÊNCIA NA HOSPITALIZAÇÃO	31
2.12 ACESSIBILIDADE	32
3. REFERÊNCIAS PROJETUAIS.....	35
3.1. HOSPITAL SARAH KUBITSCHECK SALVADOR.....	35
3.2. HOSPITAL INFANTIL EKH/IF	42
3.3. HOSPITAL MIDPARK, CENTRO DE SAÚDE MENTAL AGUDA.....	48
III 54	
3.4. LEVANTAMENTO DE OBSERVAÇÕES ARQUITETÔNICAS DENTRO DAS REFERÊNCIAS	54
4 ESTUDO DA EDIFICAÇÃO.....	57
4.1. HOSPITAL PEDIÁTRICO MARIA ALICE FERNANDES	57
4.2. CONDICIONANTES FÍSICAS E AMBIENTAIS	62
4.3. CONDICIONANTES LEGAIS	65
4.3.1 PLANO DIRETOR DE NATAL-R.....	65
4.3.2 CÓDIGO DE OBRAS DE NATAL-R	67

4.3.3	PORTARIA nº 3.088/2011.....	69
4.3.4	PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO nº 3/ 2017.....	69
4.3.5	RESOLUÇÃO RDC nº 50/2002.....	70
4.3.6	NBR 9050/2020: Acessibilidade em Edificações.....	73
5.	hospital maria alice fernandes: anteprojeto arquitetônico de reforma	79
5.1.	CONCEITO E PARTIDO	79
5.2.	PROGRAMA DE NECESSIDADES.....	79
5.3.	EVOLUÇÃO DA PROPOSTA.....	83
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

1. INTRODUÇÃO

Em sua obra *História da Loucura* (1972), Foucault entende a loucura não como um objeto natural, mas como uma construção social e histórica. É possível observar a influência dessa concepção ao longo da história, desde a ascensão dos manicômios até os movimentos de Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos na atualidade. Assim, comprehende-se que grande parte da imagem associada à loucura está vinculada às formas de tratamento aplicadas às pessoas em sofrimento psíquico nos diferentes contextos históricos, especialmente com o surgimento dos manicômios.

Após o advento do movimento Iluminista, no século XVIII, acontece a ascensão dos manicômios, locais esses que em sua maioria, não eram especializados no tratamento de transtornos mentais, e exerciam o papel de depósitos humanos para a realização de uma higienização social ditada pelo padrão social da época. Ou seja, muitas das vezes, a ideia de um local para a internação e tratamento de pessoas com transtornos psíquicos, era na verdade, uma fachada para segregar pessoas marginalizadas pela sociedade, fossem elas pessoas em situação de rua, homossexuais que eram vistos como desviantes de caráter, pessoas sem documentação, mulheres consideradas inconvenientes, como mães solteiras, vítimas de estupros, mulheres que demonstravam comportamentos considerados inadequados na época.

Em um cenário carente de profissionais especializados, era recorrente o uso da força, da tortura e dos maus-tratos, atitudes essas, justificadas sob o pretexto de “mal necessário” ou “correção”, visto que os pacientes eram frequentemente tratados como delinquentes. Pela falta de infraestrutura, saneamento básico, água potável, alimentos e dormitórios adequados, as acomodações se pareciam mais com um sistema prisional do que instituições de tratamento, expondo os pacientes a uma situação de vulnerabilidade e de extrema necessidade, onde recorriam a utilizar sua própria urina ou até mesmo de esgoto a céu aberto para saciar a sede, se alimentavam de ratos e dormiam amontoados para tentar sobreviver às condições térmicas do ambiente.

No Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena, fundado em 1903 em Minas Gerais, tornou-se símbolo desse modelo de exclusão:

"Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançam as manhãs. (ARBEX, 2013, p. 10-11)."

"Fome e sede eram sensações permanentes no local onde o esgoto que cortava os pavilhões era fonte de água. Nem todos tinham estômago para se alimentarem de bichos, mas os anos na Colônia consumiam os últimos vestígios de humanidade. (ARBEX, 2013, p. 42)."

Após a Segunda Guerra Mundial, iniciaram-se na Europa e nos Estados Unidos os primeiros movimentos antimanicomiais, como o Movimento Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra. No Brasil, esse processo de reforma teve início anos mais tarde, no fim da década de 1970, intensificando-se nos anos 1980. O próprio Hospital Colônia de Barbacena, palco de uma das maiores tragédias psiquiátricas brasileiras, encerrou suas atividades apenas no final da década de 1980.

Até o ano de 2000, eram vigentes no país dispositivos legais que apoiavam as internações compulsórias, como o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que estabelecia:

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11º A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação.

Somente em 06 de abril de 2001 foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que passou a assegurar os

direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, vedando qualquer forma de discriminação. Esse marco legal impulsionou o movimento de desinstitucionalização, com a substituição progressiva do modelo asilar por alternativas terapêuticas mais humanizadas e integradas à comunidade.

Ainda assim, a saúde mental permanece como uma questão pública historicamente negligenciada no Brasil, por décadas, o que resulta atualmente, em uma crise de saúde mental. Entre 2014 e 2024, o país registrou o maior número de afastamentos do trabalho por ansiedade e depressão durante 10 anos. Ademais, observa-se um crescimento contínuo, principalmente no recorte histórico da COVID-19, onde, segundo a UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), cerca de 84% da população brasileira apresenta sintomas moderados a graves de ansiedade, 67,7% depressivos e 34,2% apresentaram sintomas de estresse pós-traumático entre maio e julho de 2020, como demonstram os gráficos abaixo:

Figura 01: Gráfico de afastamentos do trabalho por saúde mental

Afastamentos por saúde mental entre 2014 a 2024

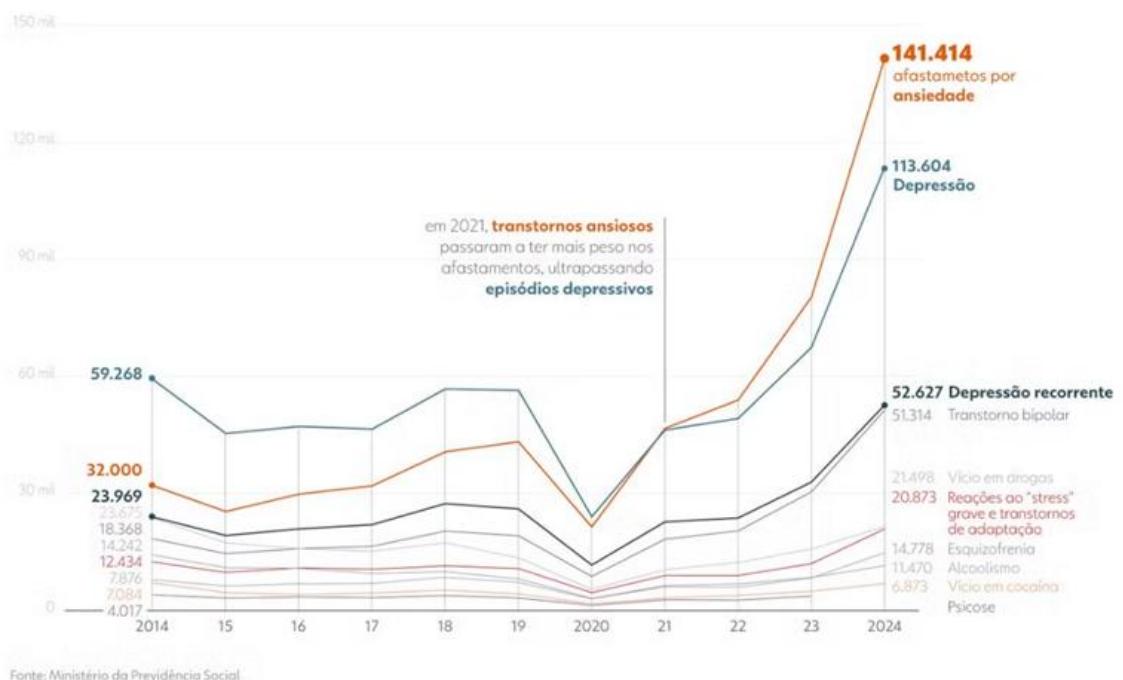


Fonte: Ministério da Previdência Social

Fonte: G1, 2025

Figura 02: Afastamento do trabalho por transtornos mentais em 2024

Afastamentos por transtornos mentais em 2024



Fonte: Ministério da Previdência Social

Fonte: G1, 2025

Tais dados refletem o agravamento da crise de saúde mental no Brasil e evidenciam a necessidade urgente de expansão e qualificação da rede de assistência psiquiátrica, para criar um sistema efetivo de suporte e tratamento psicossocial.

Diante do exposto, as motivações para o desenvolvimento desta pesquisa são a necessidade atual de adaptações hospitalares para a habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, conforme as Portarias nº 3.088/2011 e a de Consolidação nº3/2017 do Ministério da Saúde (anexo V– RAPS), que orientaram o Plano Estadual de Saúde Mental do RN de 2021. Este plano visa à desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, em conformidade com a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, um processo vagaroso, mas que tem modificado o cenário do tratamento na área de saúde mental no país.

Além disso, destaca-se o crescimento exponencial dos transtornos psíquicos no Brasil no período pós-COVID-19 e a consequente necessidade de tratar com a devida importância a saúde mental da sociedade brasileira. Outra

motivação é o interesse em estudar e analisar os efeitos da arquitetura hospitalar humanizada, considerando como os espaços podem auxiliar no tratamento e no bem-estar dos pacientes.

Por fim, de caráter pessoal, destaca-se o interesse pela área da arquitetura hospitalar, aliado à experiência vivenciada durante o estágio no setor de infraestrutura das unidades de saúde do Rio Grande do Norte, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa vivência possibilitou observar possíveis deficiências e apontar melhorias para a adaptação hospitalar, com o objetivo de acolher a demanda crescente de pacientes de saúde mental.

O objetivo principal desta pesquisa é o desenvolvimento de um anteprojeto para a reforma do Hospital Maria Alice Fernandes, norteado pelos conceitos de arquitetura hospitalar humanizada. Os objetivos específicos são:

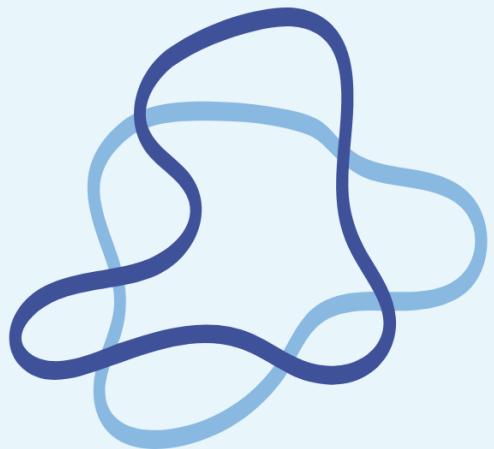
- a) Aprofundar o estudo das normas hospitalares e de acessibilidade vigentes, assegurando a funcionalidade, o conforto e a autonomia dos pacientes.
- b) Compreender o protocolo de atendimento ao paciente psiquiátrico e as necessidades de adaptação da infraestrutura hospitalar.
- c) Produzir uma proposta de reforma hospitalar fundamentada nas diretrizes técnicas e nos conhecimentos obtidos na pesquisa diante da legislação e demanda dos leitos de saúde mental no Estado.

Figura 03: Fração da tabela de implantação de leitos em Natal.

Região de Saúde	Número mínimo ideal de Leitos de Saúde Mental em hospital Geral	Leitos de Saúde Mental em hospital geral a serem implantados	Município	Unidades Hospitalares Regionais	Proposta de Leitos de Saúde mental (financiamen to MS)
7º	55	66	Natal	Hospital Giselda Trigueiro	8
				Hospital Maria Alice Fernandes	8
				Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	8
				Hospital João Machado	23

Fonte: : RAPS, SESAP adaptado pela autora, 2025

A metodologia adotada será baseada em revisão teórica da literatura científica e da legislação pertinente à saúde mental e à arquitetura hospitalar; análise de relatórios oficiais e normativas técnicas; e entrevistas com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN, visando a compreensão do Plano Estadual de Saúde Mental e suas implicações para a rede hospitalar; entrevista com os profissionais que atuam no atendimento psicossocial do hospital; desenvolvimento de anteprojeto de reforma e adaptação e por fim, a criação de diretrizes projetuais que facilitem o acesso às informações arquitetônicas necessárias para habilitação deste serviço hospitalar.



SAUDE MENTAL
& ARQUITETURA
democratização de enfermarias

2. SAÚDE MENTAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é um pilar fundamental para o bem-estar do indivíduo, permitindo que ele reconheça suas capacidades e desenvolva maneiras saudáveis de lidar com os estresses e adversidades da vida. Vale ressaltar que a saúde mental não se resume à ausência de transtornos mentais, mas envolve a presença de equilíbrio emocional e psicológico, que possibilitam o funcionamento adequado na vida cotidiana, social e produtiva (OMS, 2021).

Os problemas relacionados à saúde mental podem decorrer de fatores biológicos, como predisposições genéticas, bem como das condições sociais, políticas, culturais, ambientais e econômicas às quais o indivíduo está exposto. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2020), essas condições impactam significativamente a prevalência de transtornos mentais e a vulnerabilidade social, destacando a necessidade de políticas públicas eficazes, melhorias nas condições de vida, ampliação do acesso à saúde, segurança, suporte comunitário e redes de proteção social.

O estigma associado à saúde mental não afeta apenas as pessoas em sofrimento psíquico, mas também os serviços destinados a esse cuidado, seus familiares e os tratamentos disponíveis. De acordo com pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2019), o preconceito e a discriminação dificultam o reconhecimento dos transtornos, atrasam a busca por tratamento e comprometem o processo de recuperação e reabilitação do paciente.

Diante desse cenário, torna-se essencial promover ações que combatam o estigma social vinculado à saúde mental, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas. Para isso, é indispensável democratizar o acesso aos serviços especializados e garantir os direitos dos indivíduos, assegurando cuidado humanizado, proteção social e inclusão, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental do Brasil (Ministério da Saúde, 2020).

2.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A trajetória da saúde mental no Brasil reflete as transformações sociais e culturais pelas quais o país passou, manifestando-se também nos ambientes construídos para o tratamento e acolhimento das pessoas com transtornos mentais. Durante o período colonial e até o século XIX, indivíduos com sofrimento psíquico eram mantidos em espaços inadequados, como cadeias, hospitais gerais sem adequações ou até mesmo em suas próprias casas, sem qualquer estrutura planejada para seu cuidado.

Com a criação do Hospício Pedro II, em meados do século XIX, o Brasil deu início à construção de hospitais psiquiátricos dedicados exclusivamente à saúde mental. A arquitetura dessas instituições seguia o modelo europeu da época, caracterizado por grandes edifícios isolados da cidade, com alas divididas conforme sexo e tipo de transtorno. Os espaços tinham como principal função o isolamento dos pacientes, com pouca preocupação em proporcionar conforto ou promover a recuperação.

Ao longo do século XX, o modelo manicomial consolidou-se com a construção de hospitais que seguiam padrões similares: prédios extensos, com muitas celas e áreas separadas, localizados distantes dos centros urbanos. As condições desses edifícios eram precárias, com baixa incidência de luz natural, odores desagradáveis devido à problemas de esgoto, infiltrações em paredes e tetos, além de superlotação, que frequentemente fazia com que pacientes dormissem em colchões desgastados espalhados pelo chão, devido à insuficiência de camas. Existiam ainda espaços denominados “cubículos” ou “celas fortes”, pequenos quartos de cerca de três metros quadrados, escuros e mal ventilados, equipados apenas com um vaso sanitário e um colchão. Nesses locais, pacientes eram isolados durante crises agudas ou por apresentarem comportamento considerado agressivo, podendo permanecer confinados por horas ou até dias, como forma de “ contenção”.

Essa realidade refletia a visão dominante da época, que tratava os indivíduos com transtornos mentais mais como perigosos a serem isolados do que como pacientes que merecem tratamento digno e humanizado. A arquitetura dessas instituições reproduzia esse paradigma, priorizando

espaços fechados, segregadores e pouco acolhedores, reforçando o afastamento dos internos da sociedade.

A partir do final da década de 1970, impulsionados por movimentos sociais e influências internacionais, como a visita do médico italiano Franco Basaglia ao Brasil, que trouxe novos olhares e críticas contundentes a esse modelo de cuidado. Basaglia, conhecido por seu trabalho que resultou na reforma psiquiátrica na Itália, comparou as condições dos hospitais psiquiátricos brasileiros a campos de concentração, denunciando práticas desumanas e infraestrutura inadequada. E posteriormente houve o início da Reforma Psiquiátrica no país, essa mudança buscava transformar a forma de cuidar da saúde mental, impactando também a arquitetura dos serviços, e passou a valorizar espaços mais integrados à comunidade, acessíveis e que estimulassem a convivência social.

Esse movimento culminaram na criação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que estabeleceu diretrizes para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial para a substituição gradual do hospital psiquiátrico por uma rede de serviços comunitários. Essa lei foi fundamental para a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que integra diferentes serviços de saúde mental com foco no cuidado integral, humanizado e em liberdade. A RAPS inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, serviços de atenção domiciliar, além de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001).

2.2 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

De acordo com Kessler et al. (2005), aproximadamente 50% dos transtornos mentais manifestam-se até os 14 anos de idade e cerca de 75% até os 24 anos. Entretanto, estima-se que 80% desses casos não recebem diagnóstico ou tratamento adequados, comprometendo não apenas o bem-estar emocional, mas também o desenvolvimento social e acadêmico dos jovens.

Entre os fatores que impactam a saúde mental de crianças e adolescentes, destaca-se o ambiente escolar. Embora seja um espaço essencial para socialização e construção de vínculos, a escola pode se tornar um ambiente de risco diante de episódios de bullying, discriminação ou exclusão. Por outro lado, a ausência da vivência escolar também é prejudicial, pois o isolamento social pode favorecer o surgimento de sentimentos negativos, como solidão, angústia e, em casos mais graves, comportamentos de autolesão e ideação suicida (UNICEF, 2021).

A situação socioeconômica, especialmente em países em desenvolvimento, exerce forte influência sobre a saúde mental infantojuvenil. Crianças e adolescentes em contextos de vulnerabilidade enfrentam limitações de qualidade de vida, segurança e acesso a serviços de saúde e educação. Além disso, experiências adversas, como crises humanitárias, trabalho infantil, violência doméstica e negligência, podem gerar traumas profundos, cujas consequências se estendem à vida adulta (UNICEF, 2021).

Outro aspecto relevante no cenário recente é o impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental de crianças e adolescentes. Os efeitos do isolamento, interrupção das atividades escolares presenciais e a perda de entes queridos provocaram mudanças significativas no cotidiano e na estabilidade emocional desse público. Segundo dados da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2022), nos dois primeiros anos da pandemia, mais de 40.000 crianças e adolescentes perderam suas mães para a Covid-19 no Brasil. Esse dado levanta questionamentos importantes sobre a situação emocional dessas crianças e a eficácia das redes de suporte disponíveis para acolher e acompanhar suas necessidades psicológicas e sociais.

No campo legal, o artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura o direito à proteção à vida e à saúde, garantindo, por meio de políticas públicas, as condições necessárias para o desenvolvimento saudável, harmonioso e digno de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990). Esse direito abrange não apenas a saúde física, mas também a saúde mental e emocional, reconhecendo a importância do cuidado integral desde os primeiros anos de vida.

Em complemento, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde regulamenta a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecendo que todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sejam habilitados para atender crianças e adolescentes. Em municípios com população superior a 150 mil habitantes, é possível a habilitação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), serviços especializados destinados ao cuidado integral de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico severo e persistente (BRASIL, 2011).

Dessa forma, percebe-se a importância de políticas públicas específicas, da oferta de serviços acessíveis e da superação do estigma social vinculado à saúde mental na infância e adolescência. Garantir espaços de escuta qualificada e atendimento humanizado é essencial para promover a saúde emocional e prevenir agravos que podem comprometer o desenvolvimento integral e a qualidade de vida desses indivíduos.

2.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui um modelo de organização dos serviços de saúde mental no Brasil, criado para garantir o cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico, bem como àquelas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Regulamentada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e posteriormente incorporada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, essa rede foi concebida como uma estratégia para consolidar os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, reforçando o cuidado em liberdade e a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

A RAPS é organizada por meio de pontos de atenção que se articulam em diferentes níveis de complexidade, visando assegurar atendimento humanizado, multiprofissional e contínuo aos usuários, respeitando suas singularidades e os contextos em que estão inseridos. A rede é composta pela Atenção Primária à Saúde, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

pelas Unidades de Acolhimento, pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, pelos leitos de saúde mental em hospitais gerais, pelos serviços de urgência e emergência, pelo Programa de Volta para Casa e pelos Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2011).

Figura 04: Pontos da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Gov.br, 2025

Na base dessa rede está a Atenção Primária à Saúde, estruturada por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), responsáveis pelo acolhimento inicial da população e pela identificação precoce de agravos à saúde mental. Os casos que requerem cuidado especializado são encaminhados aos CAPS, serviços estratégicos da RAPS que oferecem atendimento diário, individual e coletivo, além de acolhimento noturno para situações de maior vulnerabilidade e crise (BRASIL, 2011).

Complementando esse cuidado, as Unidades de Acolhimento (UA) funcionam como moradias temporárias para pessoas que enfrentam dificuldades familiares e sociais e necessitam de suporte terapêutico intensivo. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) oferecem moradia permanente

a pessoas egressas de internações psiquiátricas prolongadas, garantindo-lhes a oportunidade de viver em ambiente comunitário e digno (BRASIL, 2011).

Outro serviço essencial da RAPS são os leitos de saúde mental em hospitais gerais, que disponibilizam atendimento hospitalar de curta duração para situações graves e crises agudas, proporcionando estabilização clínica e posterior reintegração do paciente ao convívio social, preferencialmente em serviços extra-hospitalares.

O Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, integra a RAPS como uma política de inclusão social e reparação histórica dos danos causados pelas internações prolongadas em instituições manicomiais. O programa oferece auxílio financeiro e apoio psicossocial a pessoas que viveram anos em hospitais psiquiátricos, contribuindo para a reconstrução de suas vidas (BRASIL, 2003).

As diretrizes da RAPS fundamentam-se em princípios como o respeito aos direitos humanos, a promoção da autonomia e liberdade dos usuários, a equidade no acesso aos serviços, a integralidade do cuidado, a humanização do atendimento e a adoção de estratégias de redução de danos. Além disso, a rede busca combater o estigma e o preconceito historicamente associados às pessoas em sofrimento psíquico, favorecendo sua reinserção social e cidadania (BRASIL, 2011).

2.4 FLUXO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

O fluxo de atendimento psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) inicia-se na Atenção Primária à Saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas equipes são responsáveis pela identificação precoce de sinais e sintomas relacionados à saúde mental, acolhendo os usuários e realizando o primeiro contato.

Quando os casos demandam atenção especializada, os usuários são encaminhados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que atuam como serviços de referência para o tratamento contínuo e integrado. Nos CAPS, o atendimento é oferecido de forma multiprofissional e inclui atividades

individuais, em grupo, e suporte em situações de crise, garantindo acolhimento e acompanhamento terapêutico.

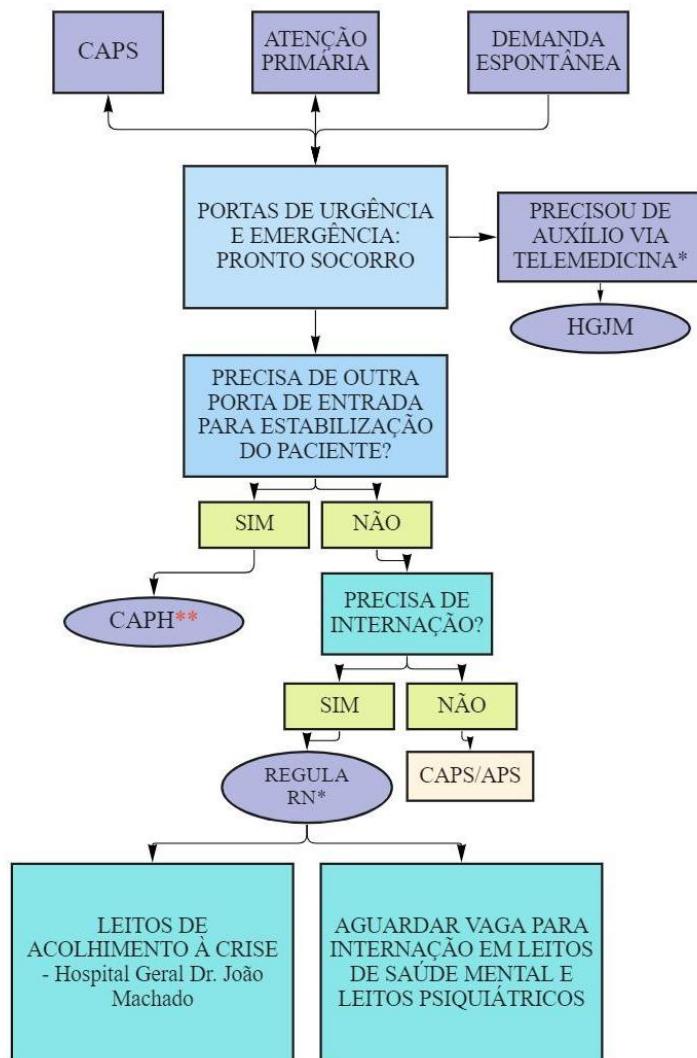
Nos casos que o usuário necessita de suporte residencial temporário, as Unidades de Acolhimento (UA) disponibilizam moradias provisórias com suporte terapêutico intensivo. Para aqueles que tiveram internações psiquiátricas prolongadas, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) oferecem moradia permanente, favorecendo a reintegração social e a vida em comunidade.

Em situações de crise aguda ou agravamento do quadro clínico, os usuários podem ser encaminhados para os leitos de saúde mental em hospitais gerais, que garantem atendimento hospitalar de curta duração, com o objetivo de estabilizar o quadro e possibilitar o retorno aos serviços comunitários.

Além disso, o Programa de Volta para Casa (PVC) atua como um mecanismo de suporte socioassistencial para pessoas que tiveram longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, promovendo sua reinserção social por meio de auxílio financeiro e acompanhamento psicossocial.

Figura 05: Fluxograma da RAPS

FLUXO DA SAÚDE MENTAL



Fonte: RAPS, 2025

2.5 PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO PACIENTE EM CRISE

A Política Nacional de Saúde Mental prevê prioridade absoluta aos atendimentos no âmbito territorial e comunitário. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integra a Rede de Urgências e Emergências (RUE), sendo considerada uma prioridade na organização das regiões de saúde, conforme o Decreto Federal nº 7.508/2011. Segundo a NOTA TÉCNICA Nº 2/2023/SESAP:

I. Fluxo Assistencial para o Usuário em Crise

O usuário em crise de sofrimento psíquico intenso chegará à Porta de Urgência e Emergência (hospitais regionais, municipais ou UPA), a partir de

demandas espontâneas, SAMU ou encaminhamento. O manejo inicial deve seguir a ordem: Descalonamento Verbal, Contenção Física e, por último, Contenção Química. As portas de urgência poderão estar em contato com o Hospital Geral Dr. João Machado por meio do teleatendimento, com intuito de orientação para as condutas de atenção à crise. E a ação do SAMU pode ser amparada pelo apoio policial, quando necessário, como medida de garantir a proteção dos envolvidos durante a crise aguda de sofrimento psíquico. Nos casos de municípios não possuírem serviços de urgência 24h, o acolhimento dos pacientes deve ser feito nos pontos de atenção da RAPS ou algum serviço de saúde e solicitar a transferência pela Central de Acesso às Portas Hospitalares.

II. Manejo de Atendimento à Crise (Protocolos Clínicos)

Os profissionais nas portas de urgência e emergência devem seguir protocolos rigorosos para a estabilização do paciente:

1. Descalonamento Verbal (Protocolo de Comunicação)

É a medida inicial de continência, focada no manejo dos aspectos verbais e não verbais da comunicação.

- Organização do Espaço: Retirada de objetos ou instrumentos que possam ser usados pelo paciente para ofender a integridade física de si ou de outrem.
- Postura e Acolhimento: Os profissionais devem se apresentar de modo calmo e cortês, buscando escutar o que o paciente tem a dizer sem julgamentos.
- Comunicação: Utilizar frases curtas e linguagem simples, dando tempo para o paciente assimilar as informações.
- Controle e Distância: Evitar movimentos bruscos, posturas confrontadoras e manter uma distância segura.

2. Protocolo de Contenção Física (Mecânica)

Consiste na imobilização do paciente no leito com materiais adequados (faixas de algodão), sendo um recurso que exige equipe qualificada e treinada.

- Monitoramento: O paciente deve ter a perfusão sanguínea e os pulsos periféricos observados.
- Reavaliação Contínua: O enfermeiro deve realizar uma avaliação sistemática a cada 30 minutos.

- Reavaliação Médica: Nos casos em que a contenção mecânica dure mais de duas horas, o paciente deverá ser reavaliado pelo médico.

3. Protocolo de Contenção Química (Medicamentosa)

Utilizado quando as medidas anteriores não são eficazes, seguindo esquemas de medicação (via oral ou intramuscular) para estabilizar a agitação.

III Casos que NÃO Requerem Internação:

Urgências de sofrimento psíquico como crises de ansiedade, ataques de pânico e agitações psicomotoras leves, que não trazem risco ao paciente nem a outros, não necessitam de internação. Após a estabilização, é fundamental a articulação com outros pontos da RAPS para garantir a continuidade do cuidado:

- Encaminhamento para CAPS AD (para usuários de álcool/SPA sem complicações graves) ou outro CAPS de referência do território.
- Encaminhamento para leitos de acolhimento noturno em CAPS 24 horas (tipo III) para pacientes que não aceitam tomar as medicações e não têm melhora no quadro.

Figura 06: Tabela de orientações arquitetônicas

FLUXO/ATIVIDADE (PROTOCOLO CLÍNICO)	AMBIENTE NECESSÁRIO	TRADUÇÃO ARQUITETÔNICA
I. Chegada e Acolhimento Inicial (Demandas espontâneas, SAMU, encaminhamento)	Área de Acolhimento e Triagem (Preferencialmente separada da Urgência Geral)	Acesso: Fluxo dedicado ou claramente sinalizado, evitando a sobrecarga sensorial da emergência geral. Layout: Espaço visualmente calmo, cores neutras, iluminação indireta e controlável. Mobiliário: Assentos confortáveis e robustos, fixados ao chão ou muito pesados para evitar que sejam arremessados.
II.1. Descalonamento Verbal (Acolhimento, escuta, comunicação)	Sala de Atendimento/Consulta de Crise (Sala de Descalonamento)	Retirada de Objetos: Mobiliário mínimo e fixo. Não deve haver objetos soltos, cabos, cortinas ou acessórios que possam ser usados para autoagressão ou agressão a terceiros. Segurança Visual: Janelas com vidro de segurança (laminado ou temperado) e/ou película protetora. Visibilidade da porta por parte do profissional, mas com privacidade para o paciente. Acústica: Isolamento sonoro para garantir a confidencialidade e evitar que a agitação do paciente perturbe outros. Distância Segura: Espaço suficiente para permitir que o profissional mantenha uma distância segura e evite movimentos bruscos. Portas de abertura para fora.
II.2. Contenção Física (Mecânica) e II.3. Contenção Química (Estabilização, monitoramento, reavaliação)	Quarto de Estabilização (ou Sala de Crise Protegida)	Infraestrutura de Segurança: Parede e teto robustos sem saliências ou ganchos. Ausência total de pontos de fixação (cabides, barras de cortina, maçanetas complexas). Leito: Leito de contenção fixo ou preparado para ancoragem segura, com acesso facilitado para a equipe de 4 ou 5 profissionais. Materiais: Nichos ou armários embutidos e trancados para guardar medicamentos de urgência e faixas de contenção, fora do alcance do paciente. Monitoramento: Visualização constante. O posto de enfermagem deve estar adjacente com visão direta. Infraestrutura Médica: Tomadas e pontos de O2/vácuo embutidos ou de difícil acesso para manipulação pelo paciente, mas acessíveis para a equipe para o monitoramento clínico.
Monitoramento Contínuo (Enfermeiro a cada 30 min, Médico a cada 2h)	Posto de Enfermagem/Observação (Adjacente aos Quartos de Estabilização)	Layout: Ponto central de observação com visão desimpedida dos quartos de crise. Comunicação: Sistema de comunicação (interfone/chamada de emergência) discreto e rápido para acionar reforço (Apoio Policial, Equipe de Crise) se o descalonamento falhar ou a segurança for comprometida.
III. Articulação e Encaminhamento Pós-Estabilização (CAPS AD, CAPS de referência, leitos de acolhimento noturno)	Consultório de Alta/Plano Terapêutico	Privacidade: Ambiente calmo e privado, essencial para a discussão do plano de continuidade do cuidado e para o envolvimento da família.

Fonte: Protocolo do RAPS, adaptado pela autora, 2025

2.6 ENTREVISTA COM A RAPS

Por meio de conversas com o setor responsável pelo processo de implantação de leitos de saúde mental com o Plano Estadual do RN, sobre a Reforma Psiquiátrica, o entrevistado destacou um ponto crucial: o principal objetivo da política nacional é fechar os antigos hospitais psiquiátricos. Essa é, de fato, a grande meta para que a reforma aconteça de verdade. Para que isso seja possível, o Rio Grande do Norte precisava, urgentemente, resolver a questão dos leitos. A implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais surge, então, como uma estratégia chave, essencial para dar o suporte necessário e viabilizar o encerramento dessas estruturas asilares.

Foi levantada uma reflexão importante sobre a implementação desses novos leitos, visto que o processo é muito recente no Brasil e ainda está "bem no início". A principal preocupação é que, ao abrir uma enfermaria especializada dentro do hospital geral, a gente acabe, sem querer, reproduzindo o mesmo padrão manicomial em um novo endereço. Por isso, a busca por referências é intensa, usando estudos de hospitais psiquiátricos

(para saber o que *não* fazer) e da Nota Técnica 29 (para guiar o que *deve* ser feito), buscando sempre um cuidado humano e integrado. Dentro da mesma discussão, ressalta a inviabilidade de criação de uma ala hospitalar padrão para as enfermarias de saúde mental, com propósito de inibir a reprodução de padrões manicomiais.

Diante desses apontamentos pelo RAPS, é importante destacar a dificuldade atual de quantidade de leitos e a demanda dos hospitais. O redirecionamento dos leitos comuns para atender a necessidade dos leitos de saúde mental, torna-se muitas das vezes inviável quando colocado em prática, visto que atualmente já existe uma fila de esperar por leitos comuns. Deve-se ressaltar a importância de uma implantação bem estruturada, que seja resolutiva e não gere uma problemática a mais para toda a rede de saúde.

Pela análise, é um fator importante para a reflexão e organização das implantações de leitos de saúde mental, levantando a possibilidade de ampliação da ala de internação para suprir a demanda atual de enfermarias especializadas, sem remanejar a quantidades atuais de leitos comuns, com o objetivo de facilitar a inclusão das enfermarias especializadas e seus respectivos pacientes de saúde mental. Porém, não implica na realidade do processo atual de implantação, quando na verdade o foco está nas adaptações de leitos para a demanda vigente.

2.7 ARQUITETURA HOSPITALAR HUMANIZADA

Ao projetar espaços destinados ao cuidado em saúde mental, é imprescindível compreender que a função transcende uma simples acomodação de indivíduos. Os ambientes exercem influência direta sobre as emoções, pensamentos e comportamentos, configurando-se como elementos ativos no processo terapêutico. Mais do que aspectos estéticos, a forma como o espaço se organiza e se apresenta interfere nas percepções e sensações dos usuários, podendo contribuir tanto para o bem-estar quanto para o agravamento do sofrimento psíquico.

Nesse sentido, Costa (2001) propõe que os ambientes possuem papel simbólico e emocional relevante, capazes de marcar e transformar experiências

humanas. O autor utiliza o conceito de “rito de passagem” para designar as transformações profundas desencadeadas pela interação com determinados espaços. Cada ambiente, com suas especificidades, estimula reações particulares, levando os indivíduos a buscarem locais que proporcionem acolhimento, remetam a boas lembranças ou transmitam segurança e conforto.

Aplicado ao contexto hospitalar, especialmente às unidades de saúde mental, esse entendimento reforça a necessidade de conceber ambientes acolhedores, que promovam autonomia e cuidado integral. Locais que favoreçam o convívio, garantam privacidade e proporcionem contato com áreas externas, como jardins e pátios, que são essenciais para a constituição de espaços terapêuticos humanizados, que reconhecem o paciente como sujeito ativo em seu processo de tratamento e respeitam sua individualidade.

De acordo com Ulrich et al. (2008), ambientes hospitalares planejados com iluminação natural, acesso a áreas verdes e controle de ruídos contribuem significativamente para a redução do estresse dos pacientes, além de melhorar os desfechos clínicos, reduzir o tempo de internação e até mesmo, diminuir o uso de medicamentos.

Em unidades de saúde mental, a arquitetura humanizada deve possibilitar circulação livre e segura, respeitar os direitos dos usuários e oferecer áreas que estimulem o convívio social, a criatividade e o contato com a natureza. É fundamental a existência de espaços destinados à expressão artística, lazer, atividades físicas e cuidado espiritual, favorecendo a integralidade do tratamento (FERREIRA; LOPES, 2015).

Ademais, conforme orienta a Cartilha de Boas Práticas de Arquitetura em Saúde Mental, elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), os equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), devem ser implantados em locais de fácil acesso, integrados ao tecido urbano e em diálogo com a vizinhança, para evitar o caráter segregacionista dos antigos manicômios. Essas unidades devem contar com ambientes iluminados, ventilados, mobiliário confortável e estrutura que favoreça o acolhimento e a autonomia dos usuários.

Dessa forma, ao considerar a arquitetura como elemento terapêutico, resgata-se a essência do espaço de cuidado com a promoção de saúde e não

apenas de controle, reafirmando a importância de ambientes planejados de maneira sensível e ética, respeitando os direitos humanos e contribuindo para a construção de uma sociedade mais inclusiva e solidária.

2.8 ILUMINAÇÃO NATURAL

Diversos estudos indicam que a exposição à luz natural exerce efeitos diretos e significativos sobre o bem-estar psicológico e a saúde mental. Um estudo longitudinal realizado por Burns et al. (2021), envolvendo mais de 400 mil participantes, constatou que indivíduos expostos à luz natural por, no mínimo, duas horas e meia diárias apresentaram melhores níveis de vitalidade, qualidade do sono, facilidade para acordar e menor fadiga ao final do dia. Em pesquisa subsequente, o mesmo grupo evidenciou que a exposição prolongada à luz diurna pode reduzir em até 20% o risco de depressão e comportamentos autolesivos (BURNS et al., 2023).

Os benefícios da iluminação natural podem ser atribuídos a fatores biológicos, como o estímulo à produção de serotonina, a regulação da melatonina e a síntese de vitamina D, elementos que atuam conjuntamente na estabilização do humor e na regulação dos ritmos circadianos (BEUTE; DE KORT, 2018). Além de contribuir para o aumento da disposição, melhora da atenção e promoção da interação social, além de incentivar a prática de atividades físicas, fatores que colaboram para o equilíbrio emocional e a redução do estresse cotidiano (KNOOP et al., 2020). Em contrapartida, a carência de luminosidade natural associa-se a sintomas depressivos, distúrbios do sono e maior consumo de psicofármacos (BEUTE; DE KORT, 2018).

No âmbito da arquitetura hospitalar, a luz natural pode ser comparada a um recurso terapêutico essencial, cuja atuação contribui para a recuperação dos pacientes ao regular o ciclo circadiano e auxiliar na orientação temporal durante o período de internação. Diversos estudos associam a boa iluminação natural ao aumento do bem-estar dos usuários, tornando-se, assim, uma estratégia cada vez mais valorizada em projetos de arquitetura hospitalar humanizada (ABRAHÃO, 2009).

A ausência de contato com o ambiente externo ainda é uma característica recorrente nos modelos hospitalares tradicionais. Portanto, estratégias que favoreçam a adequada incidência de luz solar nos ambientes hospitalares tornam-se indispensáveis na concepção de novos espaços assistenciais. Entre os benefícios desta abordagem destacam-se a sincronia dos mecanismos fisiológicos dos pacientes e de todos os indivíduos que utilizam os ambientes (PECCIN, 2002). Além disso, a exposição à luz solar induz a síntese de vitamina D, fundamental para a absorção de cálcio e prevenção de doenças como raquitismo em crianças e osteoporose em adultos (LAM, 1986).

2.9 VENTILAÇÃO NATURAL

A ventilação natural desempenha um papel essencial na promoção do bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, sobretudo em ambientes de permanência prolongada, como unidades hospitalares. Esse recurso arquitetônico permite a renovação contínua do ar, contribuindo para a redução de poluentes, umidade e odores, além de minimizar o risco de contaminação cruzada em ambientes fechados — aspecto particularmente relevante em espaços de assistência à saúde (ABIKO; GIVONI, 1999).

Para além dos benefícios físicos, a adequada circulação de ar natural impacta diretamente na percepção de conforto e tranquilidade dos usuários. Ambientes bem ventilados são percebidos como mais leves, agradáveis e relaxantes, favorecendo a recuperação emocional e atenuando quadros de ansiedade, angústia e estresse, condições frequentemente presentes no ambiente hospitalar, especialmente em unidades voltadas para o cuidado em saúde mental (SANTOS; SILVA, 2013).

Sob a perspectiva psicológica, evidências demonstram que a interação com o ambiente externo, possibilitada pela ventilação natural e por aberturas direcionadas a áreas externas, contribui para a melhoria do humor, favorece a sensação de liberdade e reduz o sentimento de confinamento, comum em ambientes hospitalares. A presença de ventilação natural está associada a

experiências mais positivas, promovendo o bem-estar integral dos usuários (OLIVEIRA; AMORIM, 2017).

2.10 ÁREAS VERDES E SEUS EFEITOS NO INDIVÍDUO

A presença de áreas verdes nos ambientes urbanos desempenha um papel relevante na promoção da saúde mental dos indivíduos. Diversos estudos apontam que quanto maior a disponibilidade de espaços naturais em meio às cidades, mais perceptível é o impacto positivo na qualidade de vida psicológica dos habitantes desses locais (BRATMAN et al., 2019). Tais ambientes contribuem para a mitigação dos efeitos nocivos provocados por fatores estressores do cotidiano, auxiliando na restauração do equilíbrio emocional e no bem-estar geral.

A vegetação oferece benefícios significativos à saúde mental, uma vez que reduz os níveis de estresse e fadiga mental ao promover uma restauração psicológica associada à diminuição da concentração do hormônio cortisol (CALLAGHAN et al., 2020). Além disso, evidências indicam que breves caminhadas em áreas naturais, como florestas, são eficazes na redução de sintomas de ansiedade, com índices que podem chegar a 31% (BRAY et al., 2020).

No que se refere à depressão, estimativas sugerem que a oferta adequada de espaços verdes acessíveis a pelo menos 15% da população urbana poderia reduzir aproximadamente 5% dos casos da doença (COX et al., 2017). Para o público infantil, o contato com ambientes naturais favorece o desenvolvimento cognitivo, emocional e social, além de potencializar habilidades como aprendizado, criatividade e interação interpessoal (WOLF; FLORA, 2010).

2.11 AMBIENTES DE LAZER E CONVIVÊNCIA NA HOSPITALIZAÇÃO

A hospitalização, em geral, é acompanhada por sentimentos de ansiedade, isolamento e estresse, fatores que podem interferir de maneira

significativa no processo de recuperação dos pacientes. Diante disso, a integração de ambientes destinados ao lazer e à convivência nas instituições hospitalares surge como uma estratégia para a promoção do bem-estar emocional e social dos usuários.

Entre os principais benefícios dessa prática, destaca-se a redução do estresse e da ansiedade, uma vez que a interação social e as atividades recreativas favorecem a diminuição dos níveis de cortisol, hormônio diretamente associado ao estresse, colaborando para um estado emocional mais equilibrado (REVITARE, 2024).

Além disso, a participação em atividades lúdicas, culturais e de lazer contribui para a melhora do humor e da disposição dos pacientes, estimulando a liberação de neurotransmissores como endorfinas e serotonina, responsáveis pela promoção de sensações de prazer e bem-estar (REVITARE, 2024). Tais atividades também fortalecem os vínculos sociais ao facilitar a interação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde, o que favorece a construção de ambientes mais acolhedores, humanizados e colaborativos (SCIELO, 2022).

Outro aspecto relevante refere-se ao estímulo à autonomia e ao engajamento dos pacientes em seu processo de recuperação. Ao disponibilizar opções de lazer e convivência, cria-se a oportunidade para que os usuários participem ativamente de sua rotina hospitalar, o que pode repercutir em melhores desfechos clínicos e terapêuticos (REVITARE, 2024).

Apesar das evidências positivas, a implementação de ambientes dessa natureza em hospitais ainda enfrenta desafios importantes, como limitações financeiras, escassez de espaço físico e barreiras culturais associadas a modelos tradicionais de assistência à saúde. Contudo, observa-se uma tendência crescente de valorização das práticas humanizadas e dos impactos positivos desses espaços na recuperação dos pacientes, o que indica perspectivas favoráveis para a ampliação e qualificação dessas iniciativas (PINTO; GOMES, 2016).

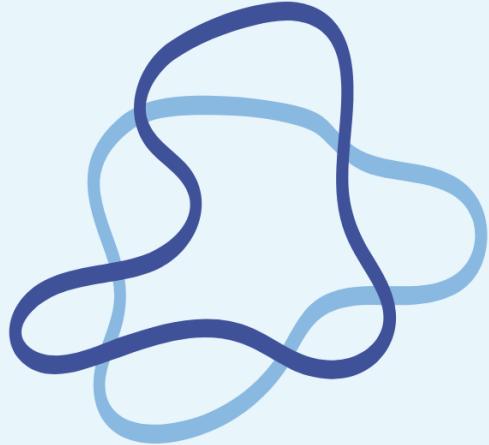
2.12 ACESSIBILIDADE

A acessibilidade constitui um princípio fundamental no planejamento e na concepção de espaços construídos, assegurando que todas as pessoas, independentemente de suas condições físicas, sensoriais, intelectuais ou de mobilidade, possam utilizar e usufruir dos ambientes de forma segura, confortável e autônoma. Mais do que o cumprimento de requisitos normativos, a acessibilidade representa um compromisso ético e social com a inclusão e o respeito à diversidade humana. Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2020), o conceito refere-se à “possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaços e equipamentos urbanos”.

Em ambientes hospitalares e, em especial, nas unidades de saúde mental, a acessibilidade adquire importância ainda mais significativa. Por atender um público naturalmente mais vulnerável, o projeto arquitetônico desses espaços demanda atenção dobrada às condições de mobilidade, percepção e segurança. Assim, a arquitetura hospitalar acessível deve promover ambientes inclusivos, funcionais e humanizados, respeitando as singularidades de cada usuário.

Conforme Lima et al. (2019), a acessibilidade hospitalar não se restringe à promoção de segurança física, mas também abrange aspectos emocionais e psicológicos. Ambientes inclusivos e adequados facilitam o deslocamento dos usuários e, simultaneamente, colaboram para a redução do estresse e da ansiedade, contribuindo para o fortalecimento do processo terapêutico.

Estudos recentes de Neves et al. (2021) apontam que a presença de elementos arquitetônicos acessíveis, como áreas de espera adaptadas, corredores amplos e sinalização clara e intuitiva, melhora substancialmente a experiência dos usuários e favorece sua autonomia. No contexto de internação psiquiátrica, a acessibilidade está relacionada não apenas à mobilidade física, mas também à garantia de comunicação eficaz e interação adequada com o espaço, aspectos indispensáveis para a promoção da dignidade e do cuidado integral.



REFERÊNCIAS PROJETUAIS

democratização de enfermarias

3. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

Neste capítulo, são apresentados os referenciais projetuais que nortearão o desenvolvimento da proposta arquitetônica, organizados em dois momentos distintos: o estudo indireto, por meio de análise documental e bibliográfica. O objetivo é estabelecer parâmetros e referências que auxiliem a formação de um ambiente hospitalar humanizado, atento às questões de acessibilidade, conforto ambiental e ambiência voltada ao cuidado em saúde mental.

3.1. HOSPITAL SARAH KUBITSCHECK SALVADOR

O Hospital Sarah Kubitschek, localizado em Salvador, no estado da Bahia, foi projetado pelo arquiteto e urbanista João Filgueiras Lima, conhecido como Lelé, e inaugurado em 1994. A unidade conta com área construída de aproximadamente 27.000 m², distribuída em 178 leitos destinados às áreas de reabilitação ortopédica, infantil, neurológica e neurorreabilitação em lesões medulares.

O partido arquitetônico adotado para o projeto partiu da leitura topográfica do terreno, sobre uma colina com 20 metros acima da via pública, totalizando uma área de 128.395,84 m². Essa condição permitiu não apenas o privilégio visual sobre o entorno, mas também a potencialização de condicionantes ambientais favoráveis, como ventilação cruzada e iluminação natural abundante.

Figura 07: Localização do Hospital Sarah Kubitschek



Fonte: Google Earth, 2025

A proposta do hospital alia a concepção arquitetônica às especificidades do programa hospitalar, configurando um ambiente mais humanizado e acolhedor, capaz de contribuir para o bem-estar e a recuperação dos pacientes. Os ambientes foram integrados à paisagem externa, característica marcante nas obras de Lelé, criando fluxos mais fluidos e confortáveis para os usuários, reafirmando a importância da arquitetura hospitalar na experiência de tratamento e na dinâmica de trabalho das equipes de saúde.

Figura 08: Imagem de fachada do Hospital Sarah Kubitschek



Fonte: Archdaily, 2025

Entre as estratégias utilizadas para a captação de ventilação natural, destacam-se as aberturas localizadas nas fachadas norte e sul, protegidas por varandas amplas que contribuem para reduzir a insolação direta, ao mesmo tempo em que criam espaços de convivência externos.

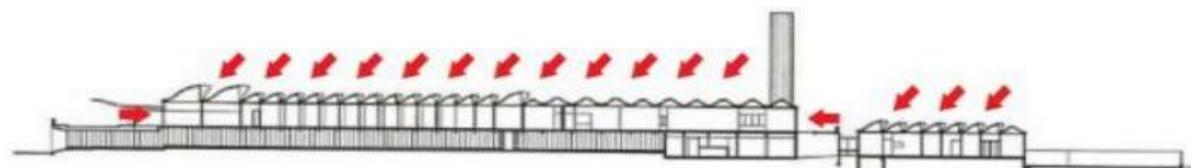
Figura 09: Imagem da área de varanda do Hospital Sarah Kubitschek



Fonte: Archdaily, 2025

Também foram implantados sheds ao longo da cobertura, permitindo a iluminação natural e o controle da incidência solar nos ambientes privados. Esses sheds são compostos por venezianas metálicas associadas a caixilhos de vidro basculante, otimizando a ventilação e a iluminação dos espaços internos.

Figura 10: Ilustração do sistema de captação de luz solar



Legenda:
➡ Entrada de iluminação natural

Fonte: Archdaily, 2025

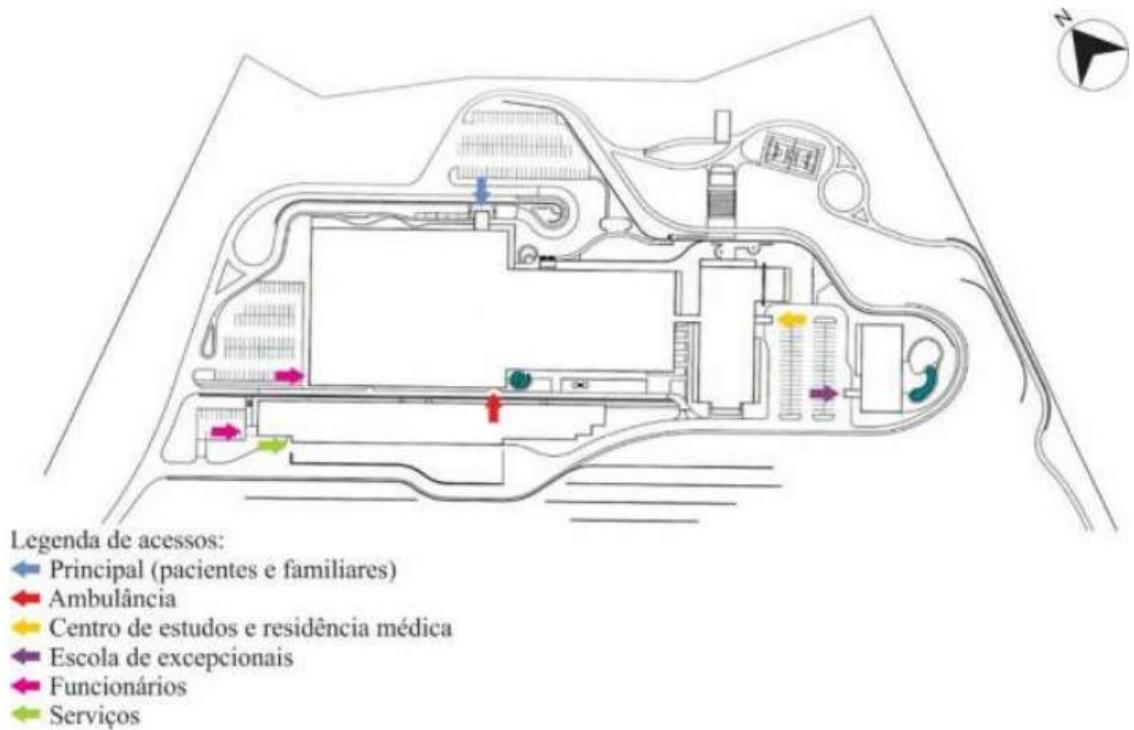
Figura 11: Imagem da circulação interna do Hospital



Fonte: Archdaily, 2025

A circulação predominante do hospital é horizontal, organizada de maneira estratégica e racional para garantir a articulação fluida e lógica entre os setores hospitalares.

Figura 12: Planta de acessos às dependências do hospital



Fonte: Archdaily, 2025

A planta foi elaborada de forma setorizada, atendendo simultaneamente às demandas normativas e à proposta de uma ambiente humanizada, com conceitos funcionais e flexíveis. Para isso, os ambientes foram agrupados e separados conforme a natureza de suas atividades, priorizando a privacidade e o conforto nos espaços terapêuticos mais sensíveis, localizados no núcleo da edificação, e posicionando os setores que demandam relação com o ambiente externo, como unidades de terapia e ambulatório, nas extremidades da edificação.

Figura 13: Planta de setorização hospitalar do pavimento térreo

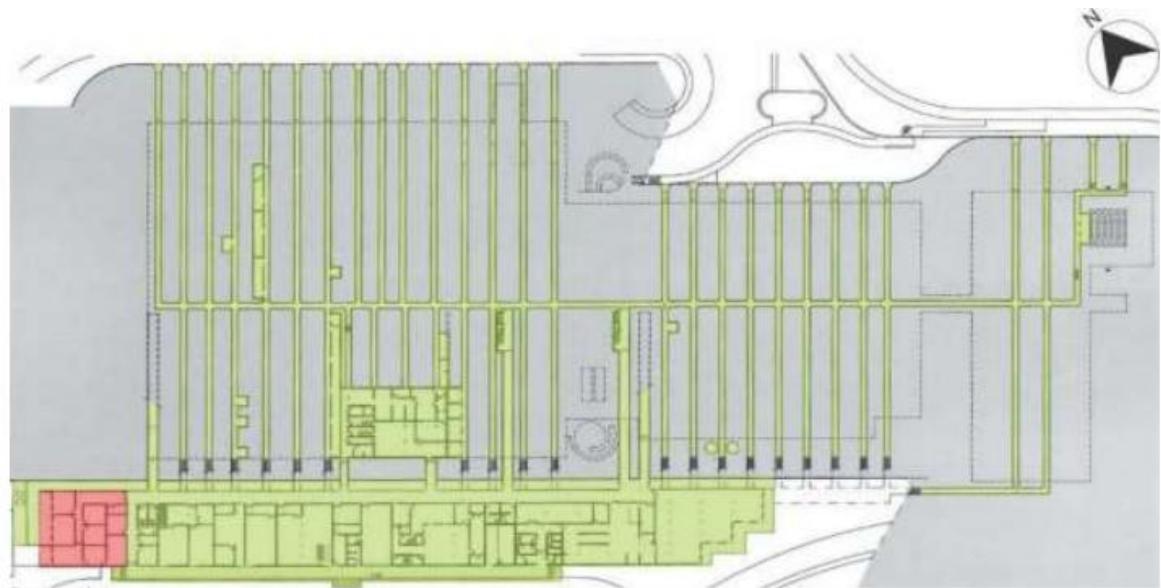


Legenda:

- Hospitalar
- Educacional
- Administrativo
- Serviços
- Circulação principal

Fonte: Archdaily, 2025

Figura 14: Planta de setorização hospitalar do pavimento subsolo



Legenda:

- Administrativo
- Serviços

Fonte: Archdaily, 2025

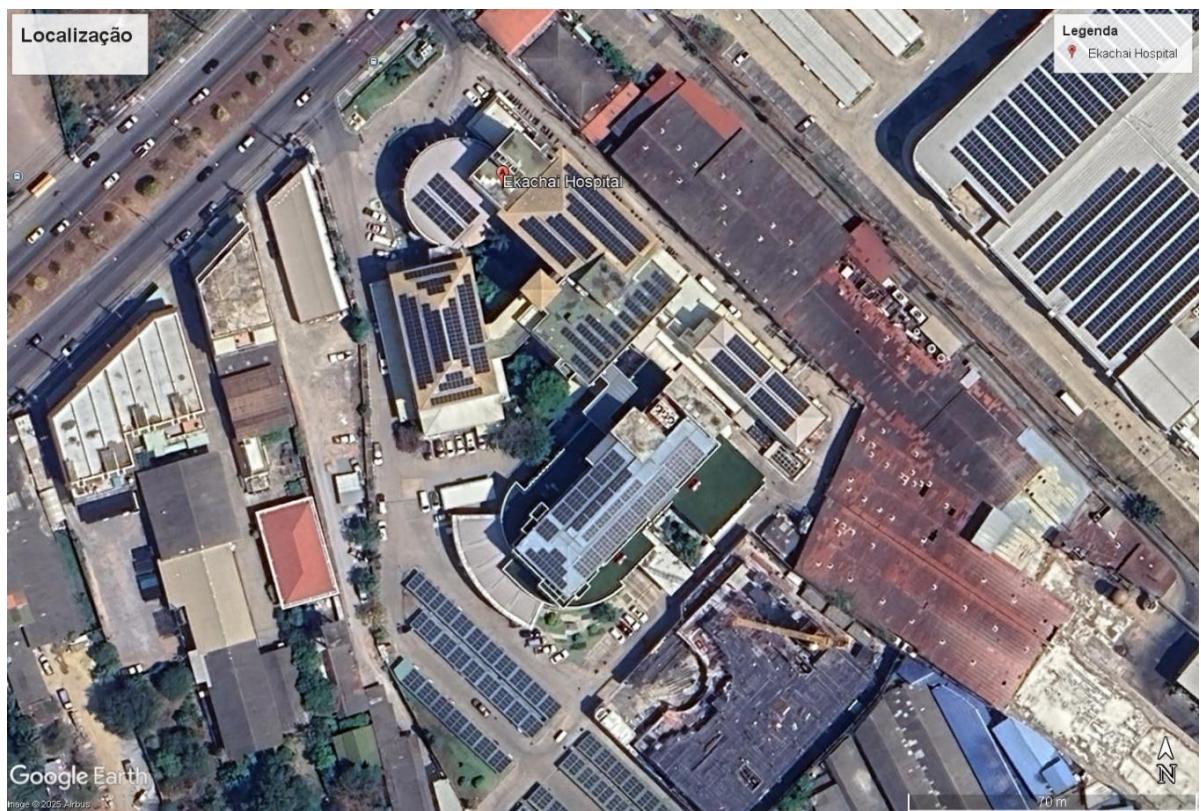
Esse projeto evidencia a necessidade de uma nova perspectiva sobre a arquitetura hospitalar, historicamente marcada por estruturas voltadas apenas para o isolamento e controle das doenças. Em oposição a esse paradigma, o Hospital Sarah Salvador propõe ambientes que favorecem a integralidade do cuidado e o bem-estar dos usuários, reconhecendo a relevância de aspectos extra medicinais no processo de recuperação.

Entre as medidas adotadas, destacam-se o aproveitamento da topografia como recurso projetual e sustentável, a criação de soluções para a captação controlada de luz natural e ventilação cruzada, além da concepção de estratégias para a proteção solar e para a integração visual com áreas verdes. Essas decisões reforçam o potencial terapêutico dos espaços hospitalares e evidenciam o papel da arquitetura na promoção da saúde e na humanização dos serviços de atenção à saúde.

3.2. HOSPITAL INFANTIL EKH/IF

O Hospital Infantil EKH/IF está localizado na cidade de Samut Sakhon, na Tailândia, e foi inaugurado em 2019. Com uma área construída de aproximadamente 600 m², o projeto arquitetônico foi desenvolvido a partir do conceito “brincar é curar”, utilizando a arquitetura de interiores como ferramenta estratégica para criar ambientes mais dinâmicos, atrativos e acolhedores para o público infantojuvenil.

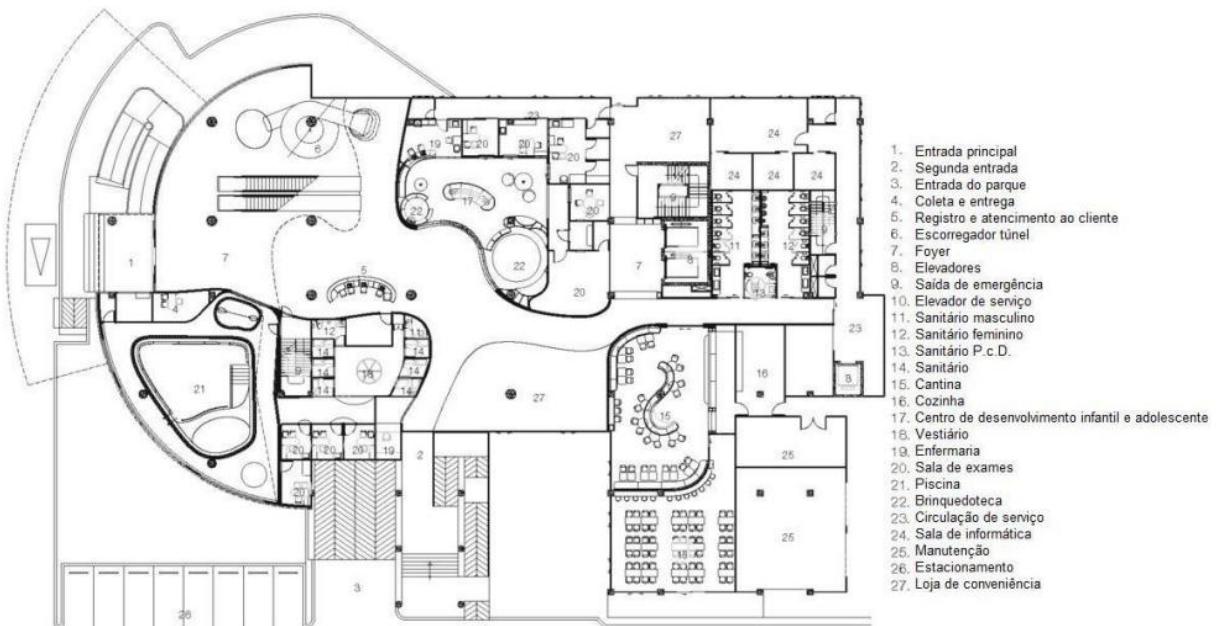
Figura 15: Localização do Hospital Infantil EKH/IF



Fonte: Archdaily, 2025

Desde a recepção, o projeto apresenta elementos lúdicos e convidativos, como a fachada em vidro que destaca um escorregador em espiral pintado na cor amarela, remetendo visualmente a espaços de recreação infantil. Esse recurso não apenas estimula a curiosidade das crianças, mas também contribui para reduzir a ansiedade associada ao ambiente hospitalar.

Figura 16: Planta do pavimento térreo



Fonte: Archdaily, 2025

Figura 17: Imagem da fachada principal



Fonte: Archdaily, 2025

Entre as estratégias projetuais adotadas, destaca-se o design do mobiliário, concebido em formas orgânicas e curvas, favorecendo a fluidez espacial e promovendo sensações de conforto, liberdade e segurança. Além

disso, o mobiliário foi dimensionado de forma proporcional à estatura infantil, tornando o ambiente mais acessível, funcional e acolhedor para os pequenos pacientes.

Figura 18: Imagem interna do Hospital Infantil EKH/IF



Fonte: Archdaily, 2025

Essa adaptação de elementos, como a escala e o material do mobiliário, permite que a imaginação e a criatividade das crianças sejam estimuladas, transformando situações de espera e internação em experiências lúdicas e positivas, uma capacidade pertencente à infância, frequentemente negligenciada em ambientes hospitalares tradicionais.

Figura 19: Imagem interna do Hospital Infantil EKH/IF



Fonte: Archdaily, 2025

Nos dormitórios, a iluminação indireta foi utilizada como recurso lúdico e funcional, com pontos de luz distribuídos de forma a compor desenhos no teto acima das camas. Essa estratégia contribui para reduzir o desconforto provocado por luzes diretas durante procedimentos ou medicações noturnas, sem comprometer a ambientação agradável e o caráter acolhedor dos quartos, cuja paleta de cores foi cuidadosamente escolhida para proporcionar conforto visual e tranquilidade.

Figura 20: Imagem de quarto do Hospital Infantil EKH/IF



Fonte: Archdaily,2025

O projeto do Hospital Infantil EKH/IF evidencia o impacto significativo da arquitetura de interiores na experiência emocional e afetiva dos usuários em ambiente hospitalar. No caso do público infantojuvenil, torna-se indispensável considerar a diversão, o lúdico e a interação como recursos terapêuticos e estratégias para mitigar medos, dores e ansiedades relacionados ao ambiente médico.

Nesse contexto, a arquitetura se apresenta como um instrumento de humanização, capaz de transformar espaços hospitalares em ambientes acolhedores, seguros e estimulantes, por meio de soluções projetuais que envolvem o uso de cores, formas, mobiliário, iluminação e elementos interativos, proporcionando experiências mais leves e positivas para as crianças em processo de tratamento.

3.3. HOSPITAL MIDPARK, CENTRO DE SAÚDE MENTAL AGUDA

O Centro de Saúde Mental Aguda, foi construído no ano de 2012, está localizado no Crichton Hospital Estate, Bankend Road, Dumfries na Escócia, o qual oferece 85 leitos de enfermarias organizados em 6 alas para atender uma população de 148.000 habitantes. O hospital ocupa aproximadamente 6.900 m² de área de área construída, em uma área semi-rural a sudeste de Dumfries, seu projeto arquitetônico foi assinado pelo grupo Archial/ Ingenium Archial.

Figura 21: Localização do Hospital MIDPARK



Fonte: Google maps, 2025

O terreno apresenta um desnível acentuado chegando a 14 metros, em vista disso, a edificação foi dividida em três níveis diferentes, para conseguir ofertar área de piso com jardins e pátios para cada ala do hospital.

Figura 22: Fachada do Hospital MIDPARK

Figura 23: Fachada do Hospital MIDPARK



Fonte: Site NORR,2025

Cada enfermaria foi projetada a partir da localização da base da enfermeira, que funciona como um ponto central de apoio, permitindo a gestão eficiente e a observação de toda a unidade. Essa organização garante atenção especial ao fluxo entre os espaços públicos e privados, conduzindo de forma clara desde a entrada da enfermaria até os quartos individuais. Os quartos foram distribuídos em alas, o que possibilita um posicionamento flexível dos pacientes de acordo com suas necessidades específicas, além de favorecer a sensação de organização e segurança.

Figura 24: Fachada do Hospital MIDPARK



Fonte: Site NORR,2025

Os espaços diurnos, localizados de forma central em relação à base da enfermagem, foram cuidadosamente posicionados para oferecer vistas em mais de uma direção e permitir ampla entrada de luz natural. Essa configuração busca incentivar os pacientes a se deslocarem dos quartos durante o dia, promovendo interação social, bem-estar e acesso visual às áreas externas. A conexão direta entre os espaços internos e as áreas de lazer externas transforma essas últimas em extensões das áreas terapêuticas, ampliando seu uso e reforçando a experiência de cuidado ao longo do ano.

A integração entre luz natural, paisagem e circulação foi um dos pontos do briefing inicial, e o resultado alcançado demonstra como o projeto consegue equilibrar funcionalidade, conforto e humanização no ambiente hospitalar.

Figura 25: Fachada do Hospital MIDPARK



Fonte: Site NORR,2025

A Web Glencairn Ward, que atende adultos mais velhos com condições complexas de saúde mental e física, identificou que os pacientes se beneficiavam de passar mais tempo em áreas externas. A ideia do jardim surgiu para tornar esse espaço mais convidativo e funcional.

Envolveu uma colaboração concreta entre pacientes, funcionários do hospital, voluntários da instituição benéfica “Friends of Midpark” e o departamento de carpintaria da prisão local (HMP Dumfries). Esses parceiros montaram e pintaram móveis de jardim em azul “Forget Me Not”, especialmente escolhida por seus benefícios terapêuticos para pessoas com demência e adaptaram tudo para acessibilidade geral, inclusive para cadeirantes.

Figura 26: Fachada do Hospital MIDPARK

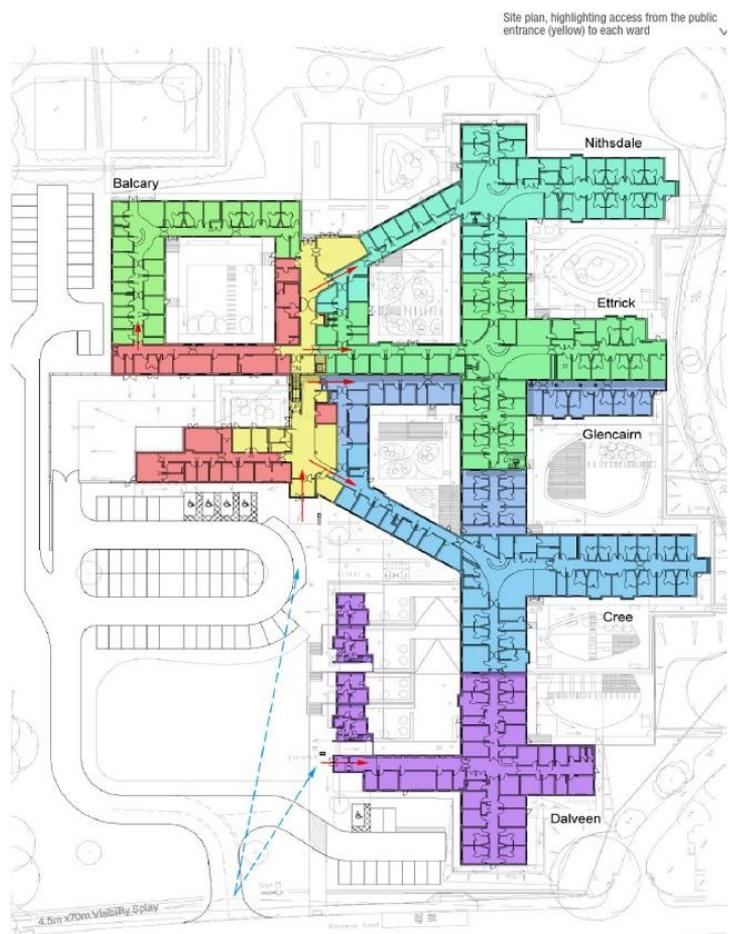


Fonte: Site NORR,2025

Na planta, identifica-se os acessos demarcados pela cor amarelo, com os pontos de apoio e administrativo pela cor vermelha, e as demais alas de enfermarias com 85 leitos, incluindo 6 leitos de IPCU (cuidados psiquiátricos intensivos), 2 alas agudas adultas com 17 leitos, 15 leitos geriátricos funcionais, 16 leitos geriátricos orgânicos, 2 alas de reabilitação com 4 leitos cada e 6 apartamentos individuais de reabilitação.

Em suas estratégias arquitetônicas, encontra-se o aproveitamento máximo de luz natural e ventilação que o terreno proporciona aliado a edificação e sua implantação, aquecimento por biomassa via sistema centralizado, que utiliza de materiais orgânicos como combustível para gerar calor, distribuído a partir de um ponto central para toda a edificação, reutilização das águas pluviais em tanques de infiltração e paisagismo terapêutico de forma que estimulasse a biodiversidade como parte do cuidado.

Figura 27: Setorização do Hospital MIDPARK



Fonte: Site NORR, 2025

Para esse projeto, foram utilizadas dimensões que tornassem os ambientes confortáveis e funcionais para o hospital. Pode ser observado que quando comparado a legislação vigente no nosso país, a RDC n° 50 de 2002, medidas como quarto individual para adultos, ou adolescentes é considerado 10m² mínimos de área, enquanto no estudo podemos analisar uma área maior, consideravelmente para melhoria do conforto do paciente.

Figura 28: Tabela de ambientes do hospital

III

Ambiente	Função / Descrição	Qtd. típica	Área unitária (m ²)	Área total (m ²)
Quarto individual + banheiro	Privacidade, dignidade e higiene (padrão no Midpark)	12–14	14–16 + 5–6 (banheiro)	≈ 240–300
Quarto duplo	Acomodação compartilhada (uso restrito)	1–2	22–24	≈ 44
Quarto de isolamento (Seclusion)	Ambiente seguro e terapêutico	1	15–18	15–18
Posto de enfermagem	Base de controle e supervisão, visibilidade dos quartos e áreas comuns	1	15–20	15–20
Sala de convivência (Day Room)	Espaço de socialização dos pacientes	1	40–60	40–60
Sala de atividades (Activity Room)	Atividades ocupacionais e terapêuticas	1–2	20–25	20–50
Área de recreação / Jardim terapêutico	Contato com o exterior, áreas abertas seguras	1 (por enfermaria)	Variável (≥100)	≥100
Recepção / Espera	Acolhimento de pacientes e visitantes	1 (entrada principal)	40–50	40–50

Fonte: Autora, 2025

3.4. LEVANTAMENTO DE OBSERVAÇÕES ARQUITETÔNICAS DENTRO DAS REFERÊNCIAS

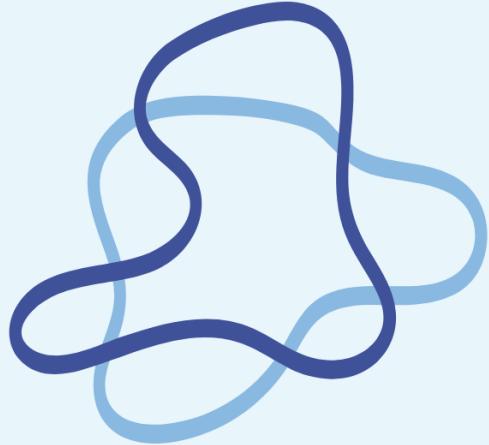
Diante dos referenciais expostos, levantou-se as principais medidas projetuais presentes nas edificações e seus impactos na experiência do usuário no Hospital. Outro fator comum é o resultado desejado em tornar o ambiente mais confortável, aconchegante e atrativo de forma a humanizar a estrutura física que proporciona o tratamento para o paciente, tornando-a parte do processo de cura. Quando se observa os impactos positivos de implementar estratégias como ampla iluminação e ventilação natural no cotidiano dos usuários, traz a experiência do mundo externo com noção de tempo para quem está internado, o clima do dia e época do ano, sensoriais que aproximam ele de um tratamento que prioriza a empatia, o respeito e escuta ativa entre pacientes e profissionais.

Figura 29: Programa de necessidades referencial teórico

Programa de Necessidades De Referenciais teóricos

AMBIENTE	METRAGEM .	ESTRATÉGIAS DE ARQUITETURA	ORIENTAÇÕES	FONTE
LEITOS DE SAÚDE MENTAL	14-16 M ²	CRIAÇÃO DE EQUADRIAS AMPLAS E ESTRATEGICAMENTE POSICIONADAS PARA GARANTIR A COMUNICAÇÃO DO MEIO EXTERNO COM O INTERNO.	ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO NATURAL	SARAH KUBITSCHEK SALVADOR
				HOSPITAL MIDPARK
QUARTO DE ISOLAMENTO COM ANTECÂMARA	15-18 M ²	CRIAÇÃO DE EQUADRIAS AMPLAS E ESTRATEGICAMENTE POSICIONADAS PARA GARANTIR A COMUNICAÇÃO DO MEIO EXTERNO COM O INTERNO.	GARANTIR ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO NATURAL	HOSPITAL MIDPARK
ÁREA DE RECREAÇÃO	20-25 M ²	ÁREAS DE CONVIVÊNCIA ESPALHADAS PELA EDIFICAÇÃO, COM MOBILIÁRIOS QUE ESTIMULEM O USO DO ESPAÇO PELO PACIENTE	DESIGN DE CRIAÇÃO E ENTRETENIMENTO	SARAH KUBITSCHEK SALVADOR
				HOSPITAL MIDPARK
ÁREA VERDE	-	PROJETO DE PAISAGISMO COM JARDINS DE FÁCIL ACESSO E INTEGRAÇÃO VISUAL PARA O MEIO INTERNO	ÁREAS DE JARDIM COMO LAZER E APOIO TERAPÉUTICO	SARAH KUBITSCHEK SALVADOR
				HOSPITAL MIDPARK
ARQUITETURA DE INTERIORES	-	DESENVOLVIMENTO DE PAGINAÇÕES ATRATIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE BRINCADEIRAS, MOBILIÁRIOS ERGONÔMICOS ADAPTADOS PARA CRIANÇAS DE FORMA A ACOLHE-LAS	ARQUITETURA DE INTERIORES ATRATIVA E ACONCHEGANTE	HOSPITAL INFANTIL EKH/IF

Fonte: Autora, 2025



ESTUDANDO
O ESPAÇO
democratização de enfermarias

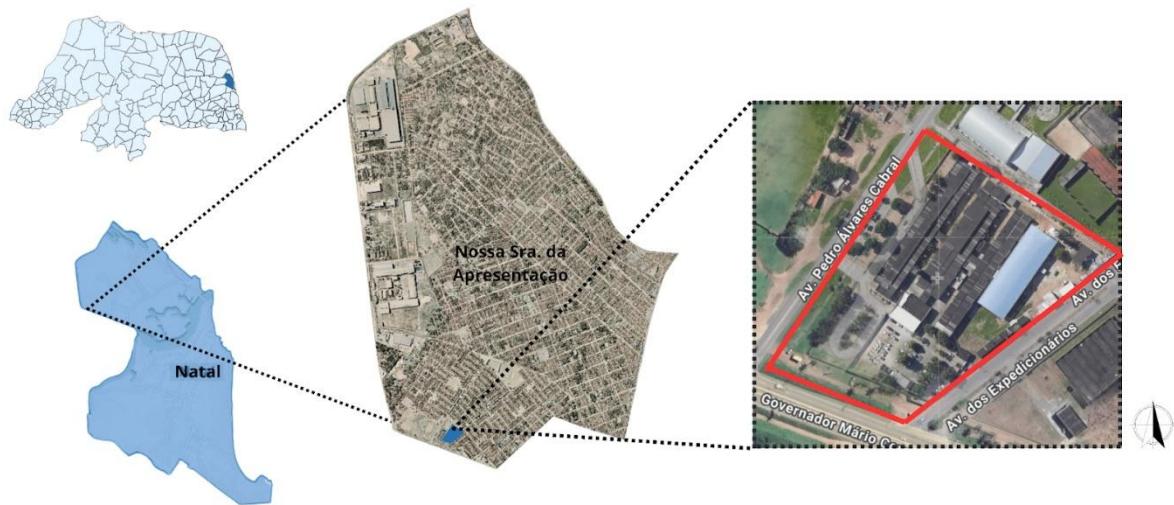
4 ESTUDO DA EDIFICAÇÃO

Este capítulo descreve as informações referentes ao local onde será elaborado o anteprojeto de reforma e ampliação, com ênfase na criação de espaços dedicados à saúde mental em um ambiente hospitalar humanizado. Serão abordados aspectos históricos, arquitetônicos e funcionais do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, unidade pública localizada em Natal, Rio Grande do Norte.

4.1. HOSPITAL PEDIÁTRICO MARIA ALICE FERNANDES

O Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes foi inaugurado em 12 de outubro de 1999, data que coincide com o Dia das Crianças, na cidade de Natal, capital do Rio Grande do Norte. Conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2024, a população local é de aproximadamente 785 mil habitantes.

Imagem 30: Localização do Hospital Maria Alice Fernandes



Fonte: Google Maps adaptado pela autora, 2025

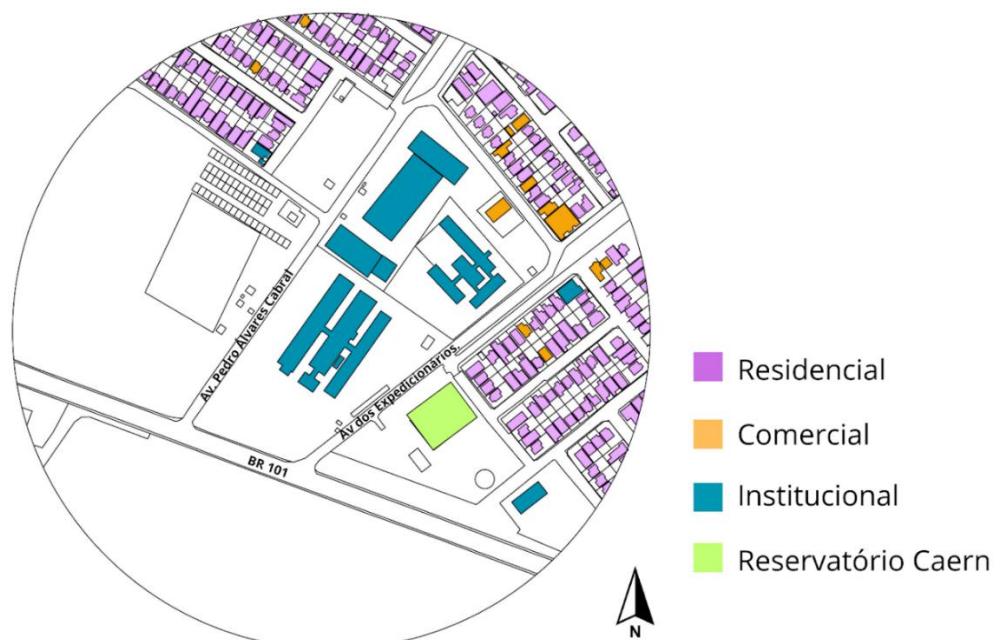
Situado no bairro Nossa Senhora da Apresentação, o mais populoso da cidade, o hospital está na zona norte de Natal. A região dispõe de infraestrutura de transporte público com paradas de ônibus e acesso facilitado por vias principais, contribuindo para o deslocamento de pacientes e acompanhantes.

O terreno onde o hospital está implantado possui cerca de 18.078 m², com uma área construída de aproximadamente 4.080 m². O acesso principal acontece pelas avenidas Pedro Álvares Cabral e dos Expedicionários, que são vias de grande circulação no bairro.

Para a análise do entorno imediato, foi definido um raio de 300 metros ao redor do terreno hospitalar. Com base nesse perímetro, foi elaborado um mapa de uso e ocupação do solo, a partir de imagens georreferenciadas obtidas via Google Earth em 2025.

Conforme o mapa de uso e ocupação do solo apresentado, a área ao redor do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes é predominantemente residencial. Entretanto, há presença de pequenos estabelecimentos comerciais, como conveniências, padarias, lanchonetes, restaurantes e lojas. Destacam-se também algumas edificações institucionais relevantes na região, como a Escola Estadual Professora Ana Júlia Mousinho, o Centro Estadual de Educação Profissional Professora Djanira Brasilino de Souza, a Assembleia de Deus Ministério Internacional Paz e Vida, além do Instituto Educacional Mundo Infantil.

Figura 31: Mapa de Uso e Ocupação do solo



Fonte: Autocad adaptado pela autora, 2025

Os acessos ao hospital são segmentados conforme o uso: há uma entrada destinada a emergências, outro para funcionários, acesso de veículos

para pacientes, além de entradas para pedestres. A entrada e circulação para serviços está posicionada próximo à área de internação, enquanto o acesso de pedestres a serviço ocorre lateralmente à fachada frontal da edificação.

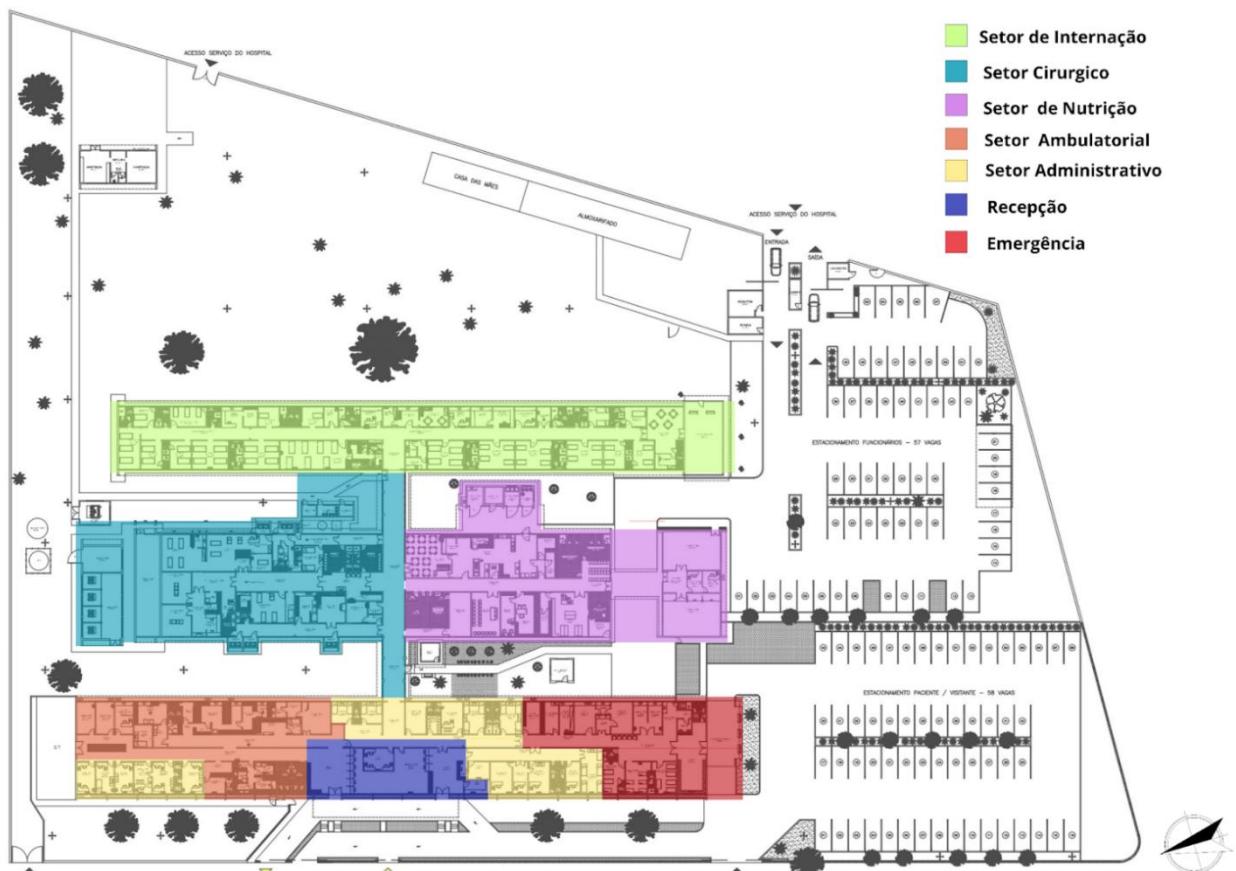
Figura 32: Planta de acessos ao terreno do hospital



Fonte: SESAP RN adaptado pela autora, 2025

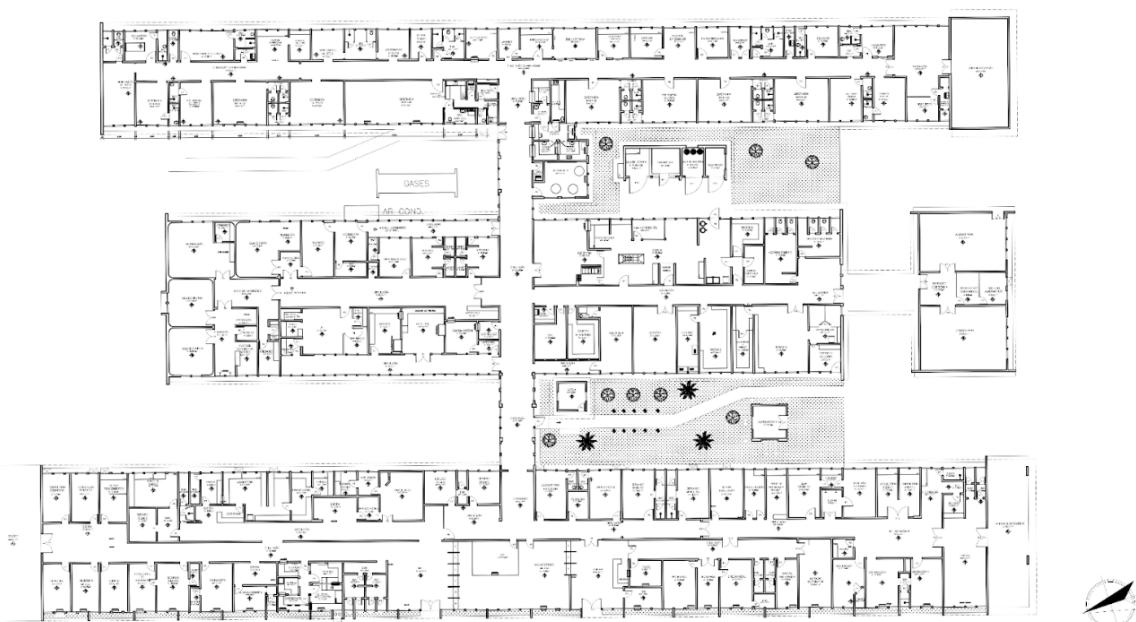
A planta arquitetônica do hospital é organizada em setores que determinam os fluxos a serem percorridos por pacientes e funcionários. Esta organização permite a separação entre o atendimento emergencial e o ambulatorial, voltado para consultas e tratamentos agendados, sem caráter de urgência.

Figura 33: Planta de setorização do hospital



Fonte: SESAP RN adaptado pela autora, 2025

Figura 34: Planta de pavimento térreo



Fonte: SESAP RN, 2025

O hospital concentra suas atividades em um único pavimento, estruturado para facilitar a circulação horizontal entre os setores. Essa configuração proporciona um fluxo mais eficiente e acessível, com barreiras físicas móveis como portas, que isolam áreas específicas, por exemplo, separando o setor de emergência do restante da edificação.

Figura 35: Planta de acessos e circulação interna



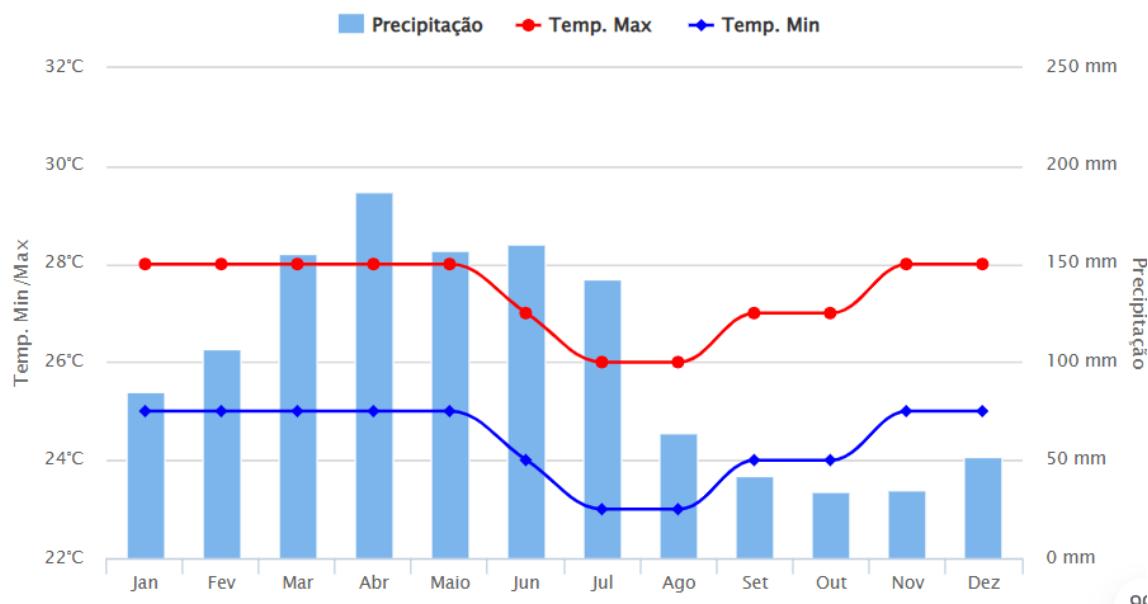
Fonte: SESAP RN adaptado pela autora, 2025

4.2. CONDICIONANTES FÍSICAS E AMBIENTAIS

Este capítulo apresenta as informações ambientais e físicas essenciais que precisam ser consideradas na formulação da proposta de intervenção para o hospital selecionado. Antes da definição de qualquer diretriz projetual, torna-se necessário compreender o comportamento ambiental do espaço, analisando aspectos como ventilação natural, orientação solar e as características específicas do local. Essas análises asseguram soluções arquitetônicas funcionais, confortáveis para o ambiente.

A cidade de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, possui condicionantes ambientais e climáticos que influenciam diretamente as decisões de projeto arquitetônico e urbanístico. Situada em área litorânea, o município apresenta clima tropical úmido, com temperaturas médias em torno favorecem a adoção de estratégia, como ventilação cruzada e aproveitamento controlado da iluminação natural, proporcionando melhores condições de conforto térmico nas edificações.

Figura 36: Gráfico pluviométrico



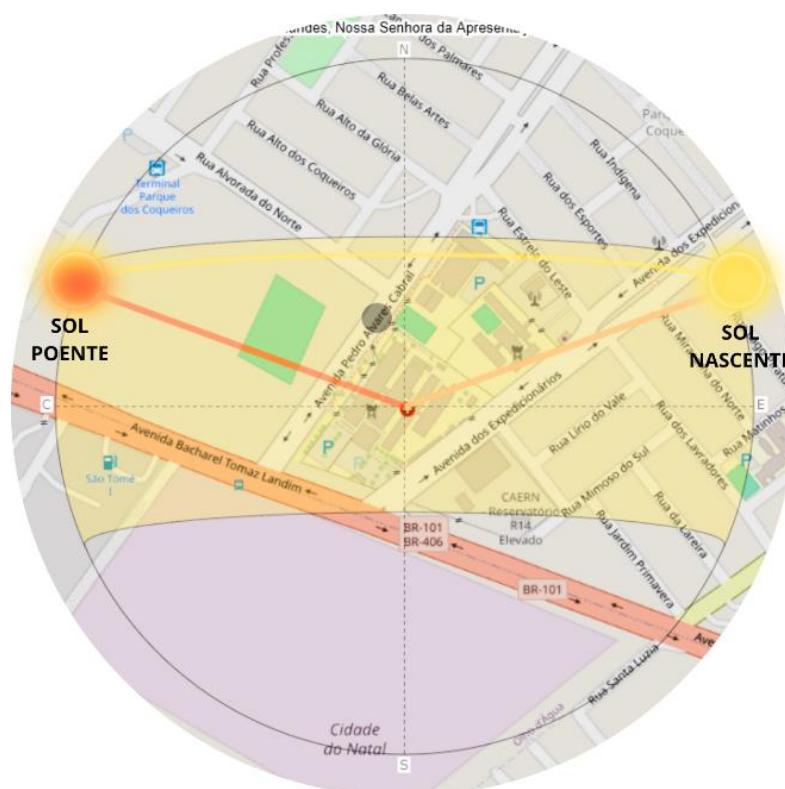
Fonte: Climatempo, 2025

De acordo com a NBR 15220 (ABNT, 2003), Natal encontra-se inserida na Zona Bioclimática 8, caracterizada por clima quente e úmido, com altas temperaturas e elevada umidade relativa do ar durante boa parte do ano. Diante desse cenário, torna-se indispensável aplicar soluções arquitetônicas específicas, como proteção contra a incidência solar direta,

sombreamento de superfícies envidraçadas, implantação de aberturas para ventilação cruzada e controle do aproveitamento da iluminação natural.

Na análise dos condicionantes ambientais do terreno em questão, verifica-se que o nascer do sol ocorre no lado Leste, enquanto o pôr do sol no Oeste. A fachada principal do hospital está voltada para o Oeste, pela Avenida Pedro Álvares Cabral, enquanto a circulação interna se estende até a fachada posterior, na Avenida dos Expedicionários. Considerando o conforto ambiental, seria mais adequado posicionar as áreas de maior permanência, como enfermarias, voltadas para os lados com menor exposição solar.

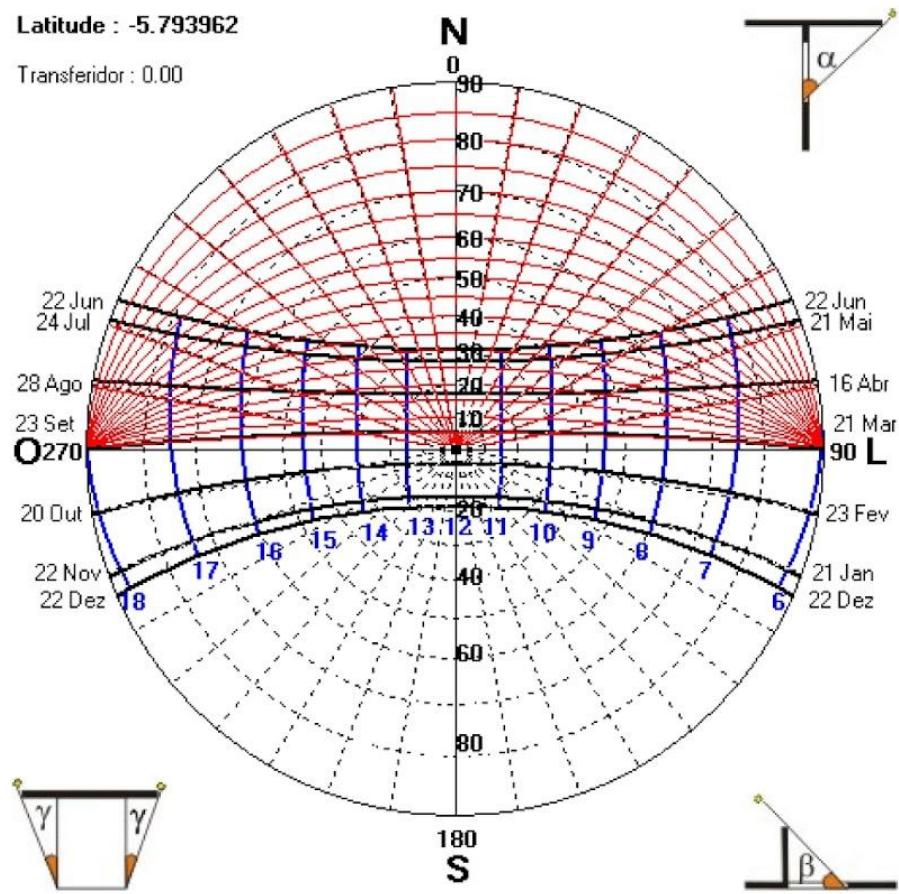
Figura 37: Estudo solar aplicado no terreno



Fonte: Calcmaps adaptado pela autora, 2025

A carta solar desenvolvida para o terreno em estudo evidencia essas relações solares, permitindo visualizar a incidência ao longo do dia e orientando as decisões de projeto.

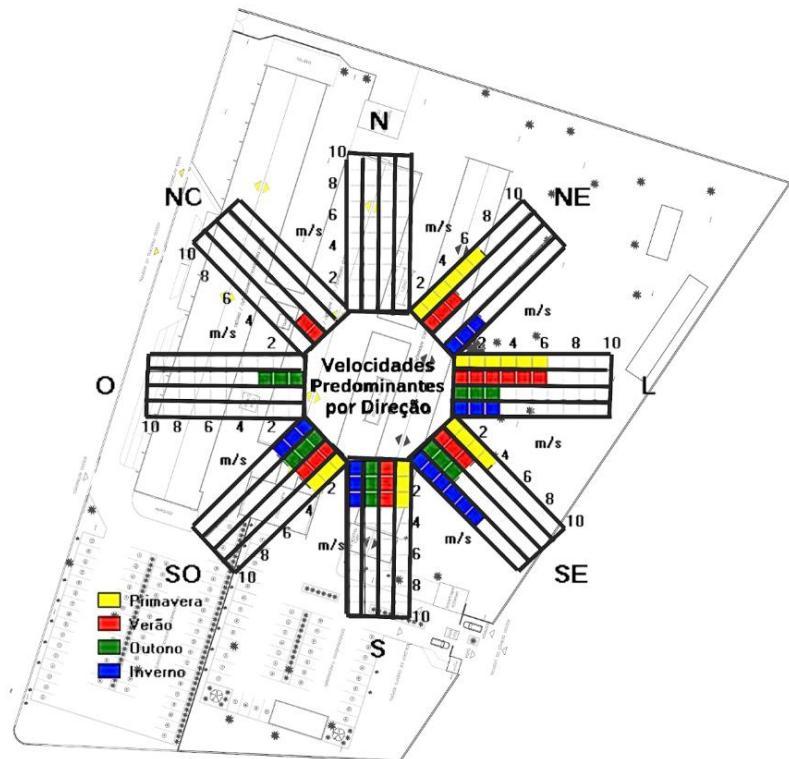
Figura 38: Carta solar aplicada no terreno



Fonte: Sol-ar, 2025

Em relação à ventilação predominante, a partir da análise realizada com o programa “Sol-ar”, identificou-se que os ventos predominam nas direções Leste, Sul e Sudeste, característica que pode e deve ser explorada para o favorecer a ventilação natural cruzada nos ambientes internos.

Figura 39: Rosa dos ventos aplicada no terreno do hospital



Fonte: SESAP adaptado pela autora, 2025

4.3. CONDICIONANTES LEGAIS

Para a elaboração do anteprojeto arquitetônico, torna-se imprescindível a análise e aplicação das legislações urbanísticas e sanitárias vigentes, bem como das normas técnicas necessárias. Dessa forma, foram consideradas as seguintes referências legais e normativas: o Plano Diretor de Natal (Lei Complementar nº 082, de 21 de junho de 2007 e suas atualizações); o Código de Obras e Edificações de Natal (Lei Complementar nº 055, de 27 de janeiro de 2004); a Norma Brasileira NBR 9050:2020, que estabelece os critérios técnicos de acessibilidade; a Portaria vigente da Política Nacional de Saúde Mental, responsável por orientar a estruturação dos serviços de saúde mental no território nacional; a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre as diretrizes técnicas para planejamento e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde; além das instruções e recomendações emitidas pela SUVISA, assegurando a conformidade sanitária e de segurança exigida para o funcionamento dessas unidades.

4.3.1 PLANO DIRETOR DE NATAL-R

Segundo as diretrizes do Plano Diretor de Natal (Lei Complementar nº 208/2022), a área onde o hospital está inserido é classificada como Zona Adensável, o que possibilita maior potencial de aproveitamento do solo.

De acordo com a legislação, o coeficiente de aproveitamento básico estabelecido para o local é de 1,2, podendo ser ampliado até 5,0 em determinadas situações. Considerando a área total do terreno, que corresponde a aproximadamente 20.000 m², o potencial construtivo básico é de 24.000 m². Atualmente, a edificação existente ocupa 9.437,82 m², o que representa apenas 39,32% do potencial construtivo básico.

A legislação estabelece também uma taxa de ocupação máxima de 80% da área do lote, o equivalente a 16.000 m². Na situação atual, a edificação ocupa 47,19% da área disponível, demonstrando compatibilidade com o limite permitido. Quanto à taxa de permeabilidade mínima, o regulamento exige que pelo menos 10% do terreno (2.000 m²) seja destinado a áreas permeáveis. O hospital atende essa exigência de forma satisfatória, disponibilizando aproximadamente 10.562,18 m² de áreas permeáveis, correspondendo a 52,81% do terreno.

Em relação ao gabarito, o limite máximo de altura estabelecido para edificações na região é de 30 metros. A construção atual possui 12 metros de altura, estando em conformidade com a legislação vigente.

Por fim, quanto aos recuos obrigatórios, a legislação municipal determina os seguintes afastamentos mínimos para edificações:

Figura 40: Tabela de recuos

		RECUOS				ANEXO Nº : II			
						QUADRO: 2			
ZONAS ADENSÁVEIS	FRONTAL		LATERAL			FUNDOS			
	ATÉ O 2º PVTO.	ACIMA DO 2º PVTO.	TÉRREO	2º PVTO.	ACIMA DO 2º PVTO.	TÉRREO	2º PVTO.	ACIMA DO 2º PVTO.	
	3,00	3,00 + H/10	NÃO OBRIGATÓRIO	1,50 APlicável em UMA das laterais do lote	1,50 + H/10	NÃO OBRIGATÓRIO	NÃO OBRIGATÓRIO	1,50 + H/10	

Fonte: Código de obras, 2025

4.3.2 CÓDIGO DE OBRAS DE NATAL-RN

O Código de Obras e Edificações do município de Natal (Lei Complementar nº 055/2004) estabelece parâmetros fundamentais para o desenvolvimento de projetos arquitetônicos, especialmente no que se refere às exigências mínimas de insolação, ventilação e iluminação natural dos ambientes construídos. Conforme determinado pela legislação, todos os compartimentos devem dispor de aberturas voltadas para áreas públicas ou para pátios internos, respeitando proporções específicas de acordo com o tipo de uso de cada ambiente.

Para ambientes classificados como de uso transitório, a área mínima de aberturas deve corresponder a 1/8 da área do compartimento. Já para aqueles destinados a uso prolongado, essa proporção sobe para 1/6 da área total do ambiente. No entanto, a legislação admite exceções para a obrigatoriedade dessas aberturas em algumas situações específicas, conforme transcrito:

Art. 151 — “Ficam isentos da obrigatoriedade de aberturas para insolação, iluminação e ventilação naturais:
I – corredores e halls com área inferior a cinco metros quadrados ($5,00m^2$);
II – compartimentos cuja utilização justifique a ausência dessas aberturas, desde que possuam ventilação e iluminação artificiais adequadas, em conformidade com normas específicas;
III – depósitos de utensílios e despensas” (NATAL, 2004).

O Código de Obras também classifica os ambientes em três categorias principais, considerando suas funções e permanência dos usuários, o que orienta o dimensionamento do pé-direito mínimo necessário para cada um:

Figura 41: Dimensionamento de ambientes

COMPARTIMENTO	ÁREA MÍNIMA (m ²)	DIMENSÃO MÍNIMA(m)	PÉ DIREITO MÍNIMO(m)
Sala	10,00	2,60	2,50
Quarto	8,00	2,40	2,50
Cozinha	4,00	1,80	2,50
Banheiro	2,40	1,20	2,40
Banheiro de serviço	2,40	1,00	2,40
Lavabo	1,60	1,00	2,40
Quarto de empregada	4,00	1,80	2,50
Área de serviço	-	1,00	2,40
Garagem residencial	12,50	2,50	2,40
Locais de estudo e trabalho	10,00	2,60	2,50
Loja	12,00	2,80	2,70
Mezanino	-	-	2,40

Fonte: Código de Obras, 2025

Art. 141. São considerados compartimentos de uso prolongado aqueles destinados a atividades de dormir ou repousar, trabalhar, comercializar, estar, estudar, consumir alimentos, reunir-se, recrear ou para procedimentos de tratamento e recuperação da saúde.

Art. 142. Enquadram-se como compartimentos de uso transitório os espaços utilizados para higiene pessoal, guarda e troca de roupas, circulação de pessoas, preparação de alimentos, serviços de manutenção e depósitos.

Art. 143. Definem-se como compartimentos de uso especial os que, além de abrigarem as funções previstas nos artigos anteriores, apresentem características específicas e diferenciadas, condicionadas pela natureza de suas atividades.

Essa classificação é importante para a elaboração do projeto de reforma e ampliação, visto que norteia as exigências de conforto ambiental e adequação normativa dos ambientes no hospital.

4.3.3 PORTARIA nº 3.088/2011

A Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como marco legal para a organização do cuidado em saúde mental no Brasil. Ela orienta a integração de serviços especializados e gerais, incluindo hospitais com leitos de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços residenciais terapêuticos, promovendo um modelo de atenção humanizado, contínuo e centrado nas necessidades do usuário. A portaria reforça a importância da desinstitucionalização, do respeito aos direitos humanos, da autonomia do paciente e da inclusão social, determinando que todos os pontos de atenção se articulem para oferecer cuidado integral, seguro e acolhedor, valorizando a reabilitação psicossocial e a reintegração do indivíduo à sociedade.

4.3.4 PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO nº 3/ 2017

A seção II, destaca as condições necessárias referente a estrutura física do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso do crack, álcool e outros, dentro delas estão:

I - iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, quando necessário, organização e segurança; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, I)

II - em instalações hospitalares de arquitetura vertical, o Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas deve ficar o mais próximo possível do andar térreo, facilitando o trânsito e reduzindo os riscos aos usuários do serviço, e possibilitando a integração de pequena área livre para atividades; (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, II)

III - busca da compatibilização entre espaços hospitalares concebidos, de acordo com a economia espacial utilizada pela arquitetura hospitalar, e o uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, III)

IV - observância dos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor, especialmente: (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV)

a) RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Prorrogação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, a)

b) RDC ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; e (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, b)

c) Resolução nº 5, de 5 de agosto de 1993, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA). (Origem: PRT MS/GM 148/2012, Art. 5º, IV, c)

4.3.5 RESOLUÇÃO RDC nº 50/2002

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelece o regulamento técnico voltado para o planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde em todo o território nacional. Essa norma apresenta diretrizes detalhadas para garantir a segurança, funcionalidade e o conforto ambiental das unidades de saúde, assegurando condições adequadas para o atendimento humanizado e eficiente dos usuários.

No que se refere às áreas de internação hospitalar, a RDC 50/2002 contempla orientações aplicáveis às enfermarias e demais espaços destinados ao acolhimento de pacientes em regime de internação. É importante ressaltar que a norma não diferencia enfermarias convencionais de enfermarias voltadas para saúde mental no que diz respeito às exigências estruturais básicas. As variações previstas ocorrem, principalmente, em função da faixa etária dos usuários, estabelecendo requisitos específicos para enfermarias pediátricas, neonatais e para adultos.

Dessa forma, a estrutura física destinada à internação de pacientes com transtornos mentais deve seguir os mesmos critérios estabelecidos para as demais enfermarias hospitalares, observando-se as recomendações complementares previstas em outras normativas específicas para a saúde mental, como a Portaria nº 148/2012, de modo a garantir segurança, privacidade e a promoção de um ambiente terapêutico adequado.

Figura 42: Tabela de ambientes de Internação

UNIDADE FUNCIONAL: 3 - INTERNAÇÃO		D I M E N S I O N A M E N T O		INSTALAÇÕES
Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
3.1	Internação geral (lactente, criança, adolescente e adulto) ¹			
3.1.2;3.1.3	Posto de enfermagem / prescrição médica	1 posto a cada 30 leitos	6,0 m	HF;EE
3.1.3	Sala de serviço	1 sala p/ cada posto de enfermagem	5,7 m	HF;EE
3.1.2;3.1.3	Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos (quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos)	7,5 m	H F ; F A M ; E E
3.1.2	Área para prescrição médica		2,0 m	
3.1.3	Área de cuidados e higienização de lactente	1 a cada 12 berços ou fração	4,0 m	HF;HQ
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7	Enfermaria de lactente	15 % dos leitos do estabelecimento. Deve haver no mínimo 1 quarto que possa servir para isolamento a cada 30 leitos ou fração	4,5m por leito = lactente 9,0m = quarto de 1 leito 5,0m por leito = criança Nº máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12	H F ; H Q ; F O ; F A M ; E E;ED; F V C (no caso do uso para "PPP");EE;AC ¹
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7; 4.5.9	Quarto de criança			
3.1.1 à 3.1.5;3.1.7	Enfermaria de criança			
3.1.1 à 3.1.5;4.5.9; 4.7.2;4.7.3	Quarto de adolescente		10,0m = quarto de 1 leito, ou 14,0m com dimensão mínima de 3,0m no caso do uso para "PPP" 7,0m por leito = quarto de 2 leitos 6,0mpor leito = enfermaria de 3 a 6 leitos Nº máximo de leitos por enfermaria = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabeceria = inexistente; pé do leito =1,2 m; lateral = 0,5m Para alojamento conjunto, o berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.	H F ; H Q ; F O ; F A M ; E E;ED; F V C (no caso do uso para "PPP");EE;AC ¹
3.1.1 à 3.1.5	Enfermaria de adolescente			
3.1.1 à 3.1.5;4.5.9; 4.7.2;4.7.3;3.2.1	Quarto de adulto	A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeiram isolamento		
3.1.1 à 3.1.5;3.2.1	Enfermaria de adulto			
3.1.6	Área de recreação / lazer / refeitório	1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos	1,2 m por paciente em condições de exercer atividades recreativas / lazer	HF
8.6.3; 8.6.4	Área ou antecâmara de acesso ao quarto de isolamento		1,8 m	HF
3.1.7	Sala de aula		0,8m por aluno	

AMBIENTES DE APOIO:

- Sala de utilidades -Banheiro para acompanhantes na pediatria
- Sanitários para público e funcionário (mas. e fem.)
- Rouparia -Sala de estar para acompanhantes na pediatria
- Depósito de material de limpeza
- Banheiro para pacientes (cada quarto ou enfermaria, exceto lactente, deve ter acesso direto a um banheiro, podendo este servir a no máximo 2 enfermarias)
- Banheiro (anexo a sala de estar para acompanhantes na pediatria)
- *-Área para guarda de macas e cadeira de rodas
- *-Sala administrativa
- *-Sanitários para funcionários
- *-Sala de estar para pacientes, acompanhantes e visitantes
- *-Depósito de equipamentos e materiais
- *-Sala para coleta de leite humano (somente para enfermarias)
- *-Copa de distribuição

Obs.: - O posto pode se apresentar dividido em sub-unidades. Neste caso deve haver ao menos uma sala de serviço a cada 30 leitos. Estas sub-unidades podem ter variações quanto à dimensão mínima.

- Os quartos e enfermarias da pediatria devem possuir painéis de vidro nas paredes divisórias com a circulação.

- Na pediatria e na geriatria devem ser previstos espaços para poltrona de acompanhante ao lado do leito. O mesmo deve acontecer no caso de alojamento conjunto, reservando-se um espaço para o berço ao lado da cama da mãe. Nesse último caso as metragens quadradas permanecem as mesmas citadas na tabela. Vide estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/90).

- Na internação de idosos em hospitais públicos deve ser previsto espaço para poltrona de acompanhante ao lado do leito. Nesse caso as metragens quadradas permanecem as mesmas citadas na tabela. Vide Portaria MS/GAB nº 280 DE 07/04/99 publicada no DO de 08/04/99.

- No caso da adoção da técnica de alojamento conjunto, o quarto ou a enfermaria deve possuir uma bancada servida por água quente para higienização do RN, quando esse serviço não for realizado na neonatologia.

- PPP = pré-parto/parto/pós-parto - técnica para partos através de processos fisiológicos. O quarto deve possuir área para reanimação de RN. No caso do uso de sala separada para reanimação de RN, vide tabela de CPN.

- A área de cuidados e higienização de lactente deve possuir uma pia de despejo.

- A sala de estar para acompanhantes na pediatria é optativa quando a unidade de internação pediátrica for composta por somente quartos individuais.

- Para internação de transplantados de medula óssea é exigida uma sub-unidade exclusiva, com capacidade de no mínimo 3 quartos individuais com filtração absoluta do ar interior ¹ no caso de transplantados alogênicos. Vide Portaria MS/GAB nº 1316 de 30/11/00 - Regulamento Técnico para transplante de medula óssea e outros precursores hematopoéticos.

Fonte: RDC nº50, 2025

A RDC nº50/2002 da ANVISA também orienta sobre a necessidade da acessibilidade nos estabelecimentos assistenciais de saúde. Determinando que os projetos arquitetônicos devem garantir ambientes acessíveis, em conformidade com a NBR 9050.

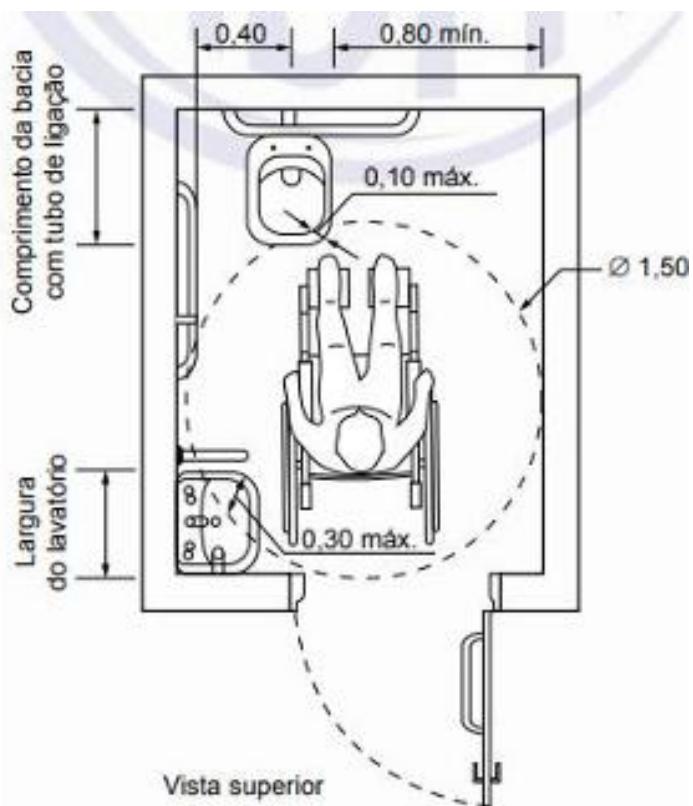
4.3.6 NBR 9050/2020: Acessibilidade em Edificações

A NBR 9050/2020 estabelece critérios e parâmetros técnicos os quais um projeto, construção, instalações e adaptações de edificações deve seguir, com intuito de garantir condições adequadas de acessibilidade para todas as pessoas.

Os banheiros acessíveis devem estar localizados em rotas acessíveis e contar com sinalização visual e sonora de emergência próxima à bacia sanitária, instalada a uma altura de 0,40 m do piso. As dimensões desses sanitários devem garantir área livre de manobra com diâmetro de 1,50 m, permitindo o giro completo da cadeira de rodas. As portas devem possuir vão-livre de, no mínimo, 0,80 m, admitindo-se 0,78 m em reformas, com abertura para o lado externo e maçaneta do tipo alavanca. É obrigatório também o puxador horizontal na face interna, com comprimento de 0,40 m.

Os lavatórios devem permitir aproximação frontal e ser instalados a uma altura entre 0,78 m e 0,80 m, com área livre inferior mínima de 0,73 m. O acionamento das torneiras deve ser acessível, podendo ser por alavanca ou sensor, e as barras de apoio horizontais, quando necessárias, devem ter 0,40 m de comprimento, instaladas a 0,90 m do piso.

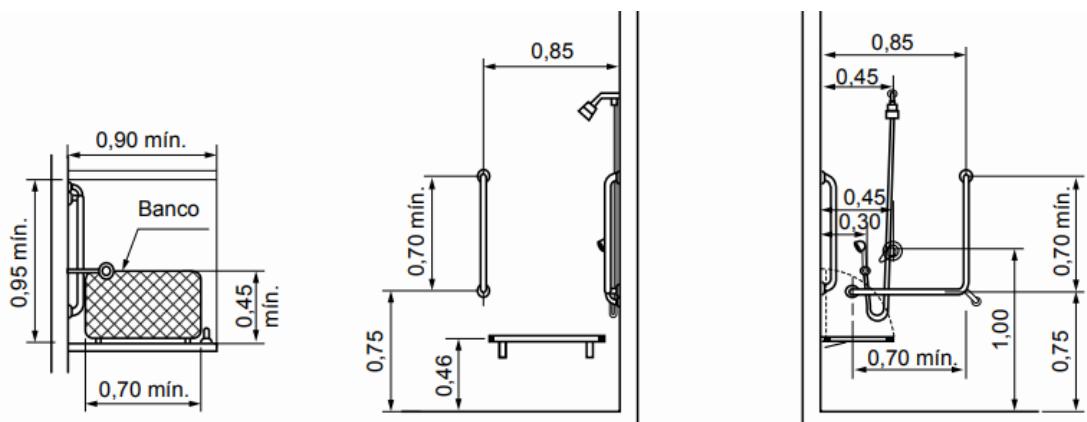
Figura 43: Banheiro Acessível



Fonte: NBR n° 9050, 2025

Em casos de chuveiros acessíveis, o boxe precisa ter dimensão mínima de 0,90 m x 0,95 m, com banco articulado ou removível e barras de apoio com as mesmas especificações das demais áreas sanitárias.

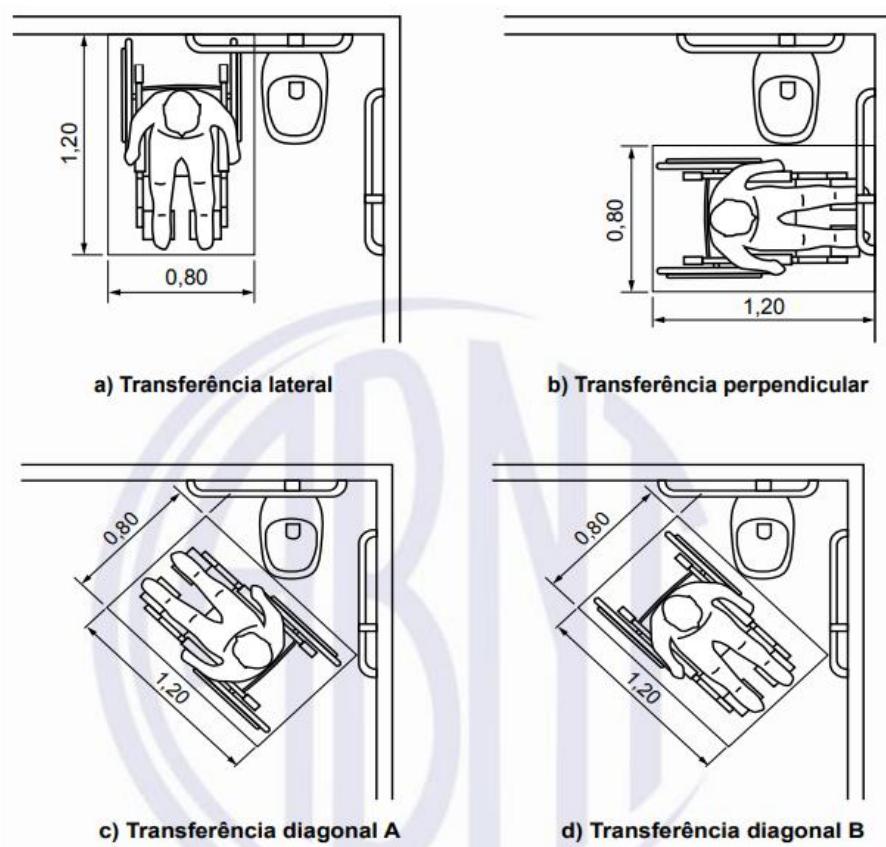
Figura 44: Dimensionamento de barras do boxe acessível



Fonte: NBR n°9050, 2025

Para instalação da bacia sanitária, deve-se prever uma área de transferência lateral de 0,80 m por 1,20 m, com altura do assento entre 0,43 m e 0,46 m. Devem ser instaladas barras de apoio fixadas horizontalmente na lateral e no fundo, posicionadas a 0,75 m do piso acabado, e uma barra vertical junto à lateral, garantindo segurança durante o uso. O acionamento da descarga deve estar a até 1,00 m do piso e ser de fácil operação, preferencialmente por meio de alavanca ou sensor.

Figura 45: Área de transferência para sanitário



Fonte: NBR nº9050, 2025

Segundo o item 10.10.1 nos locais de saúde que promovem internações de pacientes, ao menos 10% dos banheiros, sendo no mínimo um, acessível. Além de recomendar que 10% dos demais sejam adaptáveis.

A norma ainda estabelece requisitos para circulação interna, exigindo corredores com largura mínima de 1,50 m para uso público ou quando ultrapassarem 10,00 m de extensão. As áreas de circulação devem possibilitar passagem para cadeiras de rodas e permitir áreas de manobra junto às portas

e entre móveis. Desníveis superiores a 0,02 m devem ser solucionados com rampas, que, por sua vez, precisam ter largura mínima de 1,20 m, patamares de descanso e corrimões em duas alturas. Elevadores devem apresentar dimensões compatíveis com o uso de cadeiras de rodas, com cabine mínima de 1,40 m x 1,10 m, porta de 0,80 m e corrimões instalados entre 0,85 m e 0,90 m de altura.

As portas dos ambientes, por sua vez, devem apresentar vão-livre de, no mínimo, 0,80 m, sendo permitido o valor de 0,78 m apenas em casos de reformas. Quando houver portas de duas folhas, pelo menos uma delas deve atender à medida mínima de 0,80 m de abertura. Quanto às portas e divisórias envidraçadas, é obrigatória a instalação de faixa de sinalização visual com espessura mínima de 0,05 m, localizada entre 0,90 m e 1,00 m de altura, além de molduras de contraste, para garantir a identificação por pessoas com deficiência visual ou baixa visão.

Os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas, garantindo sempre uma faixa contínua e livre de obstáculos, conforme o item 6.12.6 da NBR 9050:2020. As larguras mínimas estabelecidas são:

- 0,90 m: para corredores de uso comum com extensão de até 4,00 m;
- 1,20 m: para corredores de uso comum com extensão de até 10,00 m;
- 1,50 m: para corredores de uso comum com extensão superior a 10,00 m;
- 1,50 m: para corredores de uso público, independentemente da extensão;

Nas edificações e equipamentos urbanos já existentes, onde a adequação das larguras mínimas dos corredores seja inviável, devem ser previstos bolsões de retorno que possibilitem a manobra completa de uma cadeira de rodas (giro de 180°), devendo existir pelo menos um bolsão a cada 15,00 m de percurso. Nesses casos, a largura mínima admissível para o corredor é de 0,90 m. Para a passagem de objetos ou elementos localizados no percurso:

- Quando a extensão do obstáculo for de até 0,40 m, a largura mínima do corredor pode ser de 0,80 m.

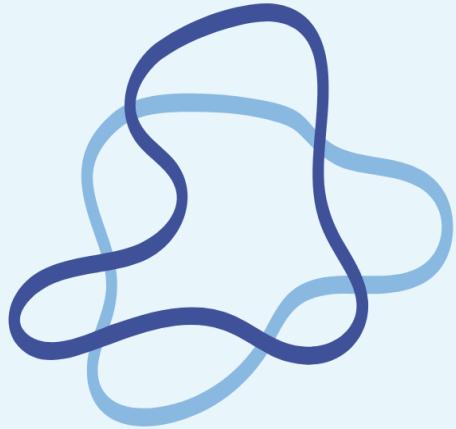
- Quando a extensão for superior a 0,40 m, a largura mínima do corredor deve ser de 0,90 m.

Figura 46: Tabela de dimensionamento de rampa

Programa de Necessidades Legal				
AMBIENTE	QUANTIDADE	METRAGEM MÍN.	ADAPTAÇÕES	FONTE
LEITOS DE SAÚDE MENTAL	8 UNIDADES (ENFERMARIA/QUARTO)	4,5M POR LEITO + LACTENTE 9,0M = QUARTO DE 1 LEITO 5,0M POR LEITO + CRIANÇA Nº MÁXIMO DE CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS POR ENFERMARIA = 12	<ul style="list-style-type: none"> • GARANTIR LOCAL PARA ACOMPANHANTE DENTRO DA ENFERMARIA ; • BWC ACESSÍVEL ; • EMBUTIR INSTALAÇÕES ELÉTRICAS NAS PAREDES E OCULTAR TOMADAS ; • BIOMBOS PARA GARANTIR PRIVACIDADE ; • SUBSTITUIÇÃO DE ELEMENTOS DE VIDRO POR ACRÍLICO ; 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N°3/2017 • PLANO DE AÇÃO DO RN • RDC N° 50/2002 • SUVISA
QUARTO DE ISOLAMENTO COM ANTECÂMARA	DEVE HAVER NO MÍNIMO 1 QUARTO QUE POSSA SERVIR PARA ISOLAMENTO A CADA 30 LEITOS OU FRAÇÃO	4,5M POR LEITO , COM ANTECÂMARA DE 1,8M ²	<ul style="list-style-type: none"> • GARANTIR LOCAL PARA ACOMPANHANTE NA ENFERMARIA ; • BWC ACESSÍVEL ; • EMBUTIR INSTALAÇÕES ELÉTRICAS NAS PAREDES E OCULTAR TOMADAS ; • SUBSTITUIÇÃO DE ELEMENTOS DE VIDRO POR ACRÍLICO ; 	<ul style="list-style-type: none"> • RDC 50/2017 • SUVISA • NBR 9050/2021
ÁREA DE RECREAÇÃO/ CONVIVÊNCIA	1 PARA CADA UNIDADE DE PEDIATRIA, PSIQUIATRIA E CRÔNICOS	1,2 M POR PACIENTE EM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES RECREATIVAS / LAZER	-	<ul style="list-style-type: none"> • PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N°3/2017 • RDC N°50/2002
PROJETO DE ACESSIBILIDADE	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • FLUXO DO PACIENTE PELO HOSPITAL 	<ul style="list-style-type: none"> • RDC 50/ 2002 • NBR 9050/2021

Fonte: Acervo da autora, 2025

Diante das informações legais estudadas e colhidas, existe um levantamento de necessidades legais a serem atendidas por um projeto de adaptação para habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, maternidades e pediátrico.



APRESENTANDO
O PROJETO
democratização de enfermarias

5. HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES: ANTEPROJETO ARQUITETÔNICO DE REFORMA

No próximo tópico será exposto informações referentes ao anteprojeto arquitetônico de reforma em áreas específicas e necessárias para a implantação de leitos de saúde mental, adequando-o para o atendimento da demanda emergente.

5.1. CONCEITO E PARTIDO

O conceito que baseia o desenvolvimento do projeto arquitetônico fundamenta-se na promoção do bem-estar dos usuários, por meio da criação de espaços que incluem elementos naturais, aberturas para iluminação e ventilação naturais, ambientes de transição entre o interior e o exterior da edificação, áreas verdes incorporadas aos ambientes e um layout confortável, com circulação fluida e acessível.

5.2. PROGRAMA DE NECESSIDADES

Para a elaboração do presente estudo, foi realizado um levantamento preliminar de informações a respeito das unidades hospitalares elegíveis para a pesquisa, com o apoio de servidores vinculados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado do Rio Grande do Norte. A partir dessas informações, obteve-se acesso a uma planilha de planejamento estadual, que contempla o processo de habilitação de leitos de saúde mental em todo o território potiguar. Para fins deste trabalho, foi extraído um recorte específico ao município de Natal/RN, para contribuir para a compreensão do cenário local e das demandas existentes.

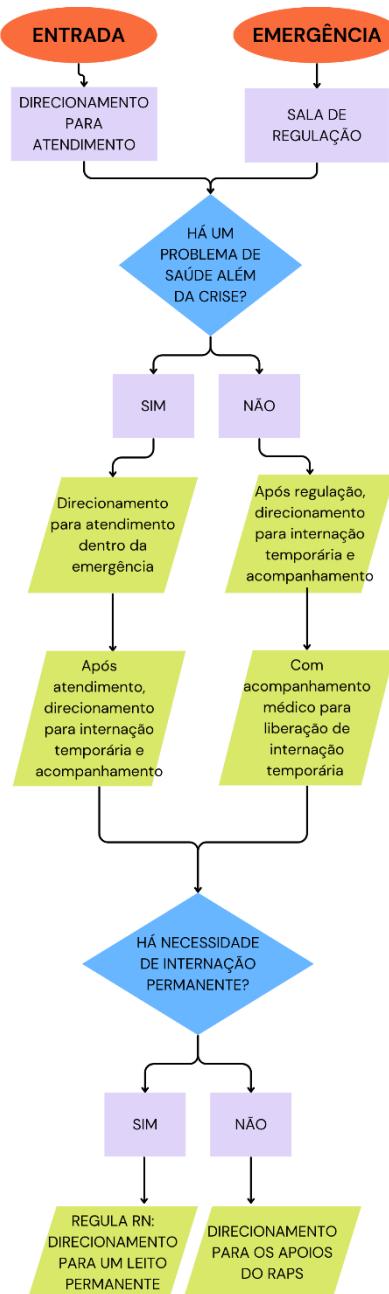
Figura 47: Tabela de distribuição de leitos de saúde mental

Região de Saúde	Número mínimo ideal de Leitos de Saúde Mental em hospital Geral	Leitos de Saúde Mental em hospital geral a serem implantados	Município	Unidades Hospitalares Regionais	Proposta de Leitos de Saúde mental (financiamento MS)
7º	55	66	Natal	Hospital Giselda Trigueiro	8
				Hospital Maria Alice Fernandes	8
				Hospital Monsenhor Walffredo Gurgel	8
				Hospital João Machado	23

Fonte: RAPS, SESAP adaptado pela autora, 2025

Figura 48: Fluxo de atendimento de paciente de saúde mental

FLUXOGRAMA ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NO HOSPITAL



Fonte: Acervo da autora, 2025

Com base nas informações obtidas por meio dessa consulta e considerando as diretrizes normativas vigentes, foi estruturado um programa de necessidades destinado ao Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, orientando a proposta de reforma e adaptação da infraestrutura hospitalar para

a implantação e habilitação de leitos de saúde mental infantil. Esse programa tem como objetivo estabelecer os ambientes necessários e suas inter-relações funcionais, de modo a garantir o atendimento humanizado e adequado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, respeitando as exigências técnicas e sanitárias pertinentes.

Figura 49: Programa de Necessidades referente a infraestrutura do Hospital Maria Alice Fernandes.

Programa de Necessidades M.A				
AMBIENTE	QUANTIDADE	METRAGEM MÍN.	ADAPTAÇÕES	FONTE
LEITOS DE SAÚDE MENTAL	6 UNIDADES DE ENFERMARIA	4,5M POR LEITO = LACTENTE 9,0M = QUARTO DE 1 LEITO 5,0M POR LEITO = CRIANÇA Nº MÁXIMO DE CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS POR ENFERMARIA = 12	<ul style="list-style-type: none"> GARANTIR LOCAL PARA ACOMPANHANTE DENTRO DA ENFERMARIA; BWC ACESSIVEL; EMBUTIR INSTALAÇÕES ELÉTRICAS NAS PAREDES E OCULTAR TOMADAS; BIOMBOS PARA GARANTIR PRIVACIDADE; SUBSTITUIÇÃO DE ELEMENTOS DE VIDRO POR ACRÍLICO ; 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N°3/2017 • PLANO DE AÇÃO DO RN • RDC N° 50/2002 • SUVISA
LEITOS DE SAÚDE MENTAL	2 UNIDADES DE QUARTOS	4,5M POR LEITO = LACTENTE 9,0M = QUARTO DE 1 LEITO 5,0M POR LEITO = CRIANÇA Nº MÁXIMO DE CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS POR ENFERMARIA = 12	<ul style="list-style-type: none"> GARANTIR LOCAL PARA ACOMPANHANTE DENTRO DA ENFERMARIA; BWC ACESSIVEL; EMBUTIR INSTALAÇÕES ELÉTRICAS NAS PAREDES E OCULTAR TOMADAS; BIOMBOS PARA GARANTIR PRIVACIDADE; SUBSTITUIÇÃO DE ELEMENTOS DE VIDRO POR ACRÍLICO ; 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N°3/2017 • PLANO DE AÇÃO DO RN • RDC N° 50/2002 • SUVISA
ÁREA DE RECREAÇÃO/ CONVIVÊNCIA	1 PARA CADA UNIDADE DE PEDIATRIA, PSIQUEIATRIA E CRÔNICOS	1,2 M POR PACIENTE EM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES RECREATIVAS / LAZER	<ul style="list-style-type: none"> REFORMA E CRIAÇÃO DE DESIGN ATRATIVO E FUNCIONAL PARA ATENDER O PÚBLICO INFANTOJUVENIL 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N°3/2017 • RDC N°50/2002
SALA DE ACOLHIMENTO E REGULAÇÃO DO PACIENTE	1 UNIDADE	-	<ul style="list-style-type: none"> ADAPTAÇÃO DE SALA PARA O ACOLHIMENTO DO PACIENTE EM CRISE NA EMERGÊNCIA, COM VISORES EM ACRÍLICO, MOBILIÁRIO CONFORTÁVEL E SEGURO, SISTEMA DE SEGURANÇA E CONTROLE DA SALA 	AUTORIA
PROJETO DE ACESSIBILIDADE	-	-	<ul style="list-style-type: none"> FLUXO DO PACIENTE PELO HOSPITAL 	<ul style="list-style-type: none"> • RDC 50/ 2002 • NBR 8050/2021
ÁREA VERDE	-	-	<ul style="list-style-type: none"> REVITALIZAÇÃO PARA USO FAVORÁVEL AO COTIDIANO DO PACIENTE 	AUTORIA
COPA (EMERGÊNCIA)	1		<ul style="list-style-type: none"> • CRIAR UMA COPA PARA SETOR ADMINISTRATIVO 	RDC N°50/2002

Fonte: Acervo da autora, 2025

A definição desse programa serve como parâmetro fundamental para o desenvolvimento do anteprojeto arquitetônico, assegurando a compatibilidade entre as necessidades assistenciais e as soluções espaciais propostas.

Figura 50: Programa de Necessidades que será executado

Programa de Necessidades Final

AMBIENTE	QUANTIDADE	METRAGEM MÍN.	ADAPTAÇÕES	FONTE
ENFERMARIA DE SAÚDE MENTAL	8 UNIDADES	4,5M POR LEITO = LACTENTE 9,0M = QUARTO DE 1 LEITO 5,0M POR LEITO = CRIANÇA Nº MÁXIMO DE CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS POR ENFERMARIA = 12	<ul style="list-style-type: none"> • GARANTIR LOCAL PARA ACOMPANHANTE DENTRO DA ENFERMARIA; • ADAPTAR BWC ACESSÍVEL; • EMBUTIR INSTALAÇÕES ELÉTRICAS NAS PAREDES E OCULTAR TOMADAS; • BIOMBOS PARA GARANTIR PRIVACIDADE; • SUBSTITUIÇÃO DE ELEMENTOS DE VIDRO POR ACRÍLICO; 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N°3/2017 • PLANO DE AÇÃO DO RN • RDC N° 50/2002 • SUVISA
QUARTO DE ISOLAMENTO COM ANTECÂMARA	DEVE HAVER NO MÍNIMO 1 QUARTO QUE POSSA SERVIR PARA ISOLAMENTO A CADA 30 LEITOS OU FRAÇÃO	4,5M POR LEITO , COM ANTECÂMARA DE 1,8M ²	<ul style="list-style-type: none"> • GARANTIR LOCAL PARA ACOMPANHANTE NA ENFERMARIA; • ADAPTAR BWC ACESSÍVEL; • EMBUTIR INSTALAÇÕES ELÉTRICAS NAS PAREDES E OCULTAR TOMADAS; • SUBSTITUIÇÃO DE ELEMENTOS DE VIDRO POR ACRÍLICO ; 	<ul style="list-style-type: none"> • RDC 50/2017 • SUVISA • NBR 9050/2021
ÁREA DE RECREAÇÃO/ CONVIVÊNCIA	1 PARA CADA UNIDADE DE PEDIATRIA, PSIQUEIATRIA E CRÓNICOS	1,2 M POR PACIENTE EM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES RECREATIVAS / LAZER	<ul style="list-style-type: none"> • REFORMA E CRIAÇÃO DE DESIGN ATRATIVO E FUNCIONAL PARA ATENDER O PÚBLICO INFANTOJUVENIL 	<ul style="list-style-type: none"> • PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N°3/2017 • RDC N°50/2002
SALA PARA DESCANSO DOS ACOMPANHANTES	1 PARA ALA DE INTERNAÇÃO	-	<ul style="list-style-type: none"> • AMBIENTE COM TOMADAS PARA USO DO ACOMPANHANTE FORA DA ENFERMARIA • CONFORTO PARA UM BREVE DESCANSO 	<ul style="list-style-type: none"> • AUTORIA
SALA DE ACOLHIMENTO E REGULAÇÃO DO PACIENTE	2 UNIDADES	-	<ul style="list-style-type: none"> • ADAPTAÇÃO DE SALA PARA O ACOLHIMENTO DO PACIENTE EM CRISE NA EMERGÊNCIA, COM VISORES EM ACRÍLICO, MOBILIÁRIO CONFORTÁVEL E SEGURO, SISTEMA DE SEGURANÇA E CONTROLE DA SALA 	<ul style="list-style-type: none"> • AUTORIA
PROJETO DE ACESSIBILIDADE	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • ADEQUAÇÃO DOS BWC 	<ul style="list-style-type: none"> • RDC 50/ 2002 • NBR 9050/2021
CIRCULAÇÃO HORIZONTAL	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • CRIAÇÃO DE ESQUADRIAS COM ACRÍLICO PARA COMUNICAÇÃO DO MEIO INTERNO E EXTERNO 	<ul style="list-style-type: none"> • REFERENCIAL TEÓRICO
ESPERA	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • REFORMA E CRIAÇÃO DE DESIGN ATRATIVO E FUNCIONAL PARA ATENDER O PÚBLICO INFANTOJUVENIL 	<ul style="list-style-type: none"> • REFERENCIAL TEÓRICO

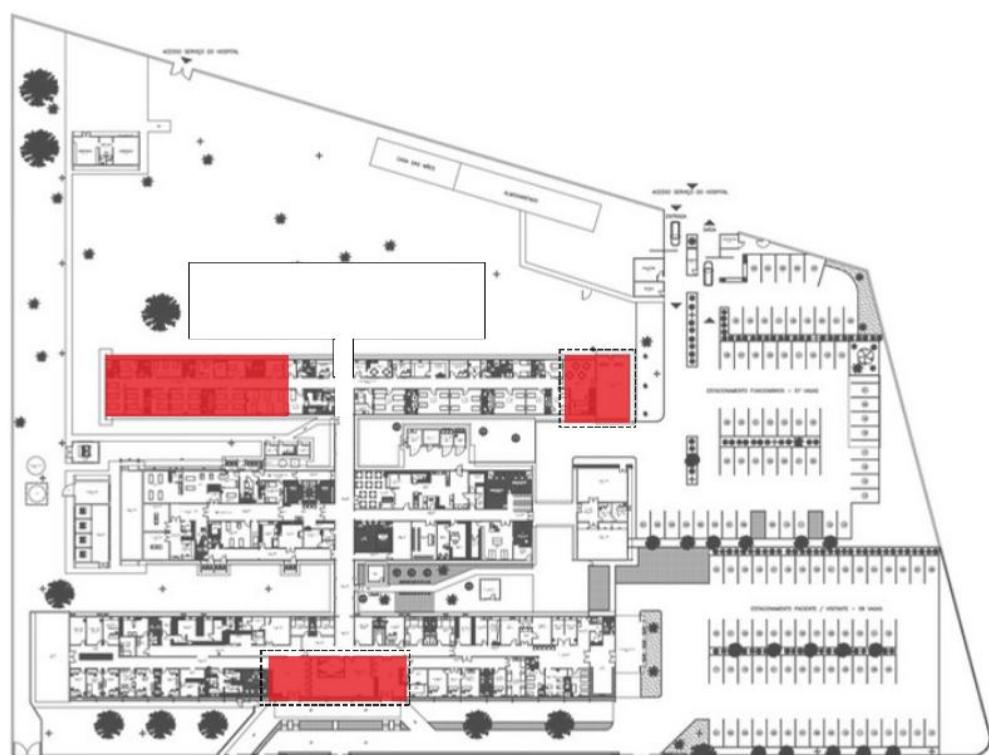
Fonte: Acervo da autora, 2025

5.3. EVOLUÇÃO DA PROPOSTA

Inicialmente, a área de intervenção pré-determinada era em três pontos específicos do hospital, pelo estudo inicial de necessidade da estrutura física (figura x), pela demanda exigida pela legislação referente ao Serviço Hospitalar de Referência, totalizando uma área de aproximadamente 647,01m². Contemplando a área de recepção e espera, a área delimitada de enfermarias,

sendo composta por isolamento, enfermarias conjuntas e quartos de apenas um leito e a sala de recreação interna.

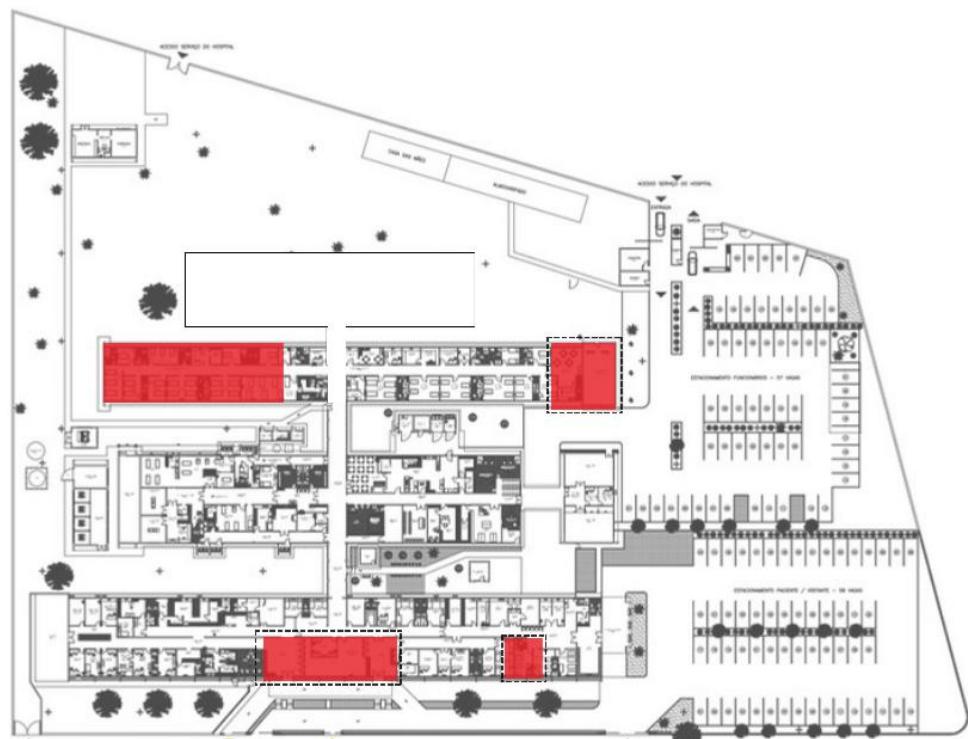
Figura 51: Área de intervenção inicial.



Fonte: Autora, 2025

Entretanto, durante os estudos de referências e reuniões com a equipe da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Subcoordenadoria de Vigilância Sanitária, foi discutido e destacado a importância de pensar no fluxo do paciente ao transitar pelo hospital, em vista disso, a área de intervenção foi ampliada.

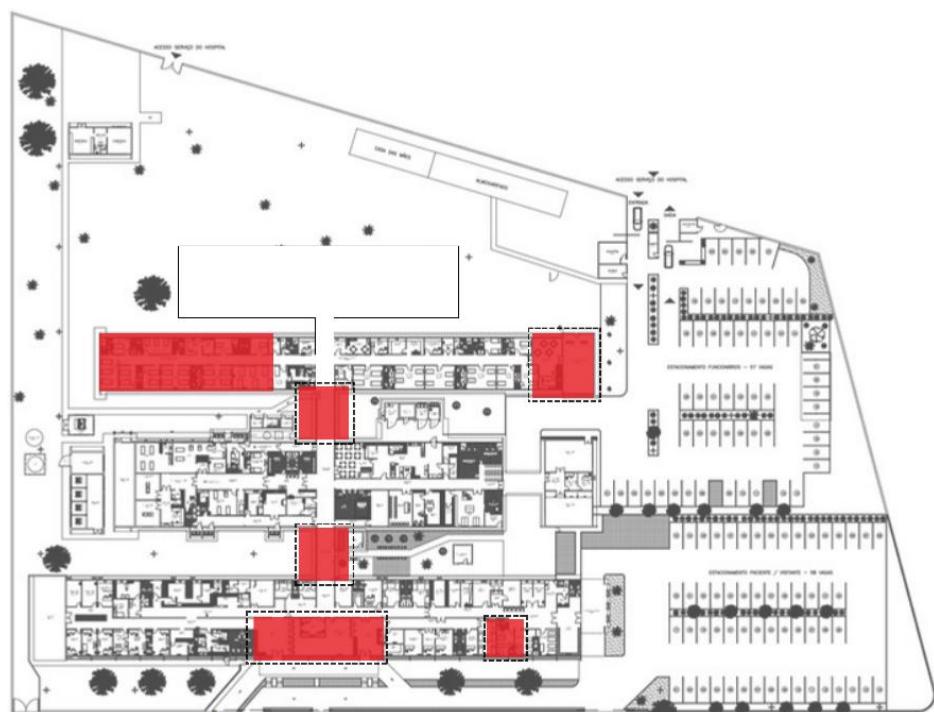
Figura 52: Área de intervenção ampliada



Fonte: Autora, 2025

A discussão abordou a necessidade de um acolhimento de primeiro contato, na entrada de emergência, aonde pacientes em crise psíquica são atendidos primeiramente.

Figura 53: Área de intervenção final.



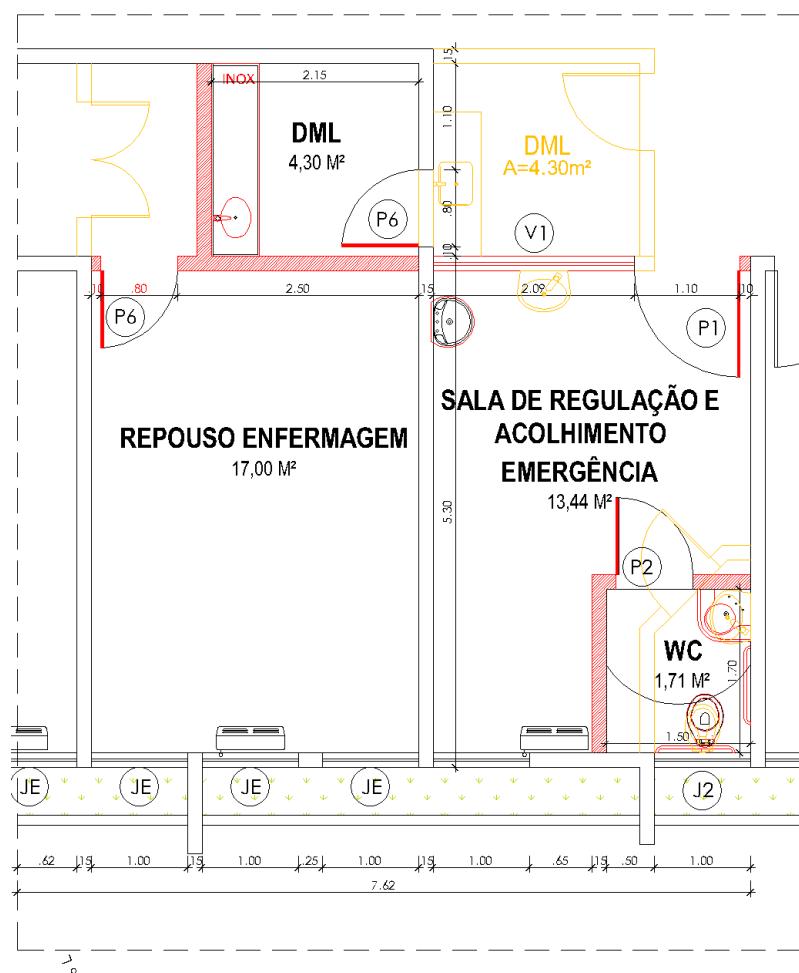
Fonte: Autora, 2025

Outro ponto destacado é sobre a intervenção na circulação do hospital, ampliando as esquadrias existentes e criando um projeto de paisagismo que integre a vista da área externa para a parte interna com a alteração de esquadrias para ampliação.

5.3.1 Projeto da sala de regulação – Emergência

Diante da possibilidade de entrada pelo meio da emergência do hospital, foi considerado a necessidade de um primeiro contato, por meio do acolhimento do paciente que está apresentando uma crise, dentro do setor que por natureza já apresenta um cenário conturbado de muito movimentado.

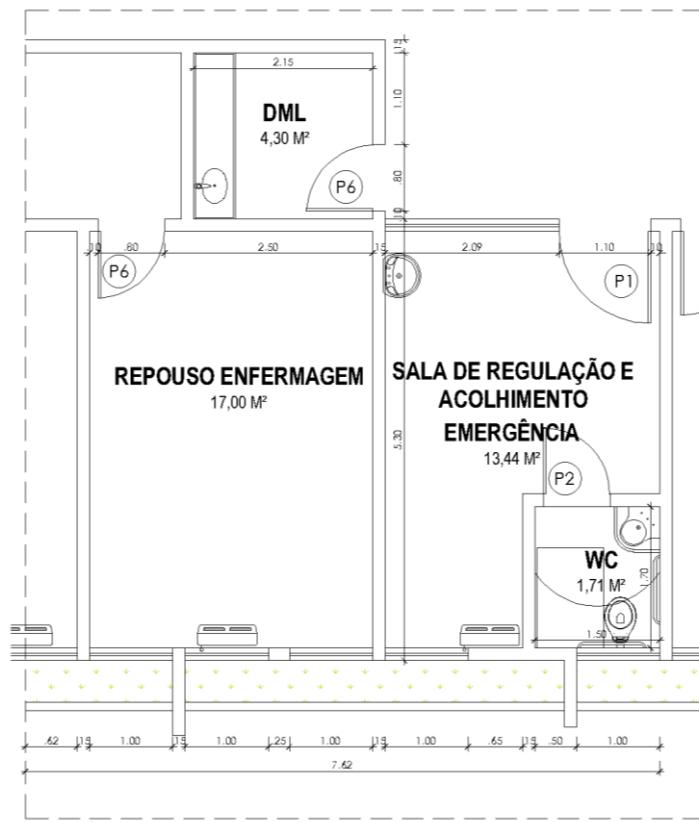
Figura 54: Planta de reforma proposta para a sala de regulação



Fonte: Autora, 2025

Para o projeto dessa sala, foi necessária uma reforma de adaptação, para relocar acessos e ambientes que estavam lado a lado, garantindo a visibilidade para a sala. Além da adaptação do banheiro para um banheiro acessível.

Figura 55: Proposta final para a sala de regulação



Fonte: Autora, 2025

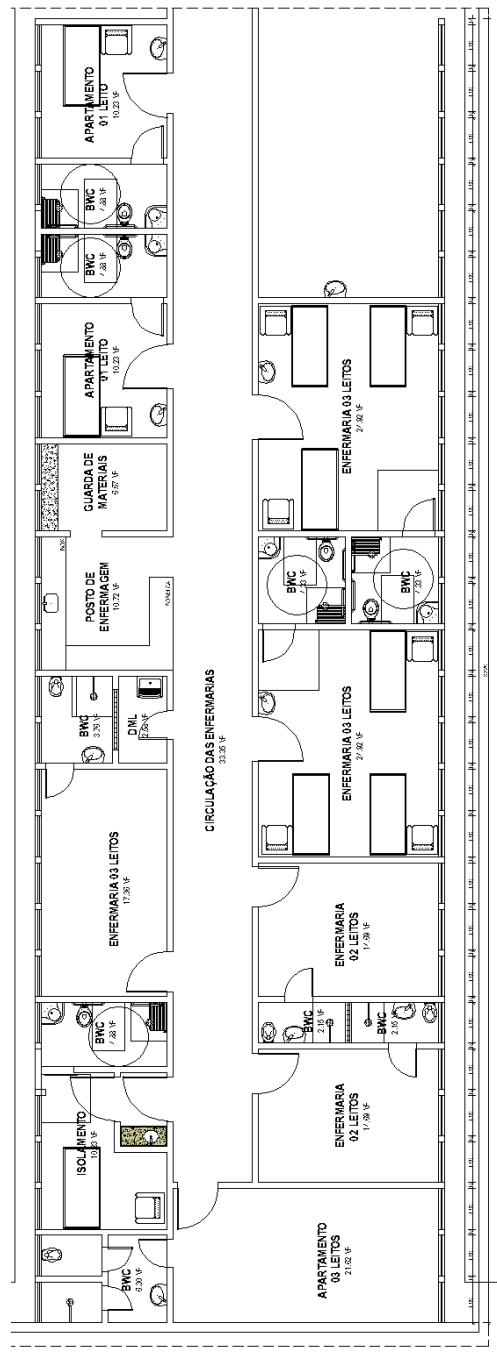
Figura 56: Proposta final para a sala de regulação



Fonte: Autora, 2025

5.3.1 Projeto para as enfermarias- internação

Figura 57: Projeto inicial para enfermarias.

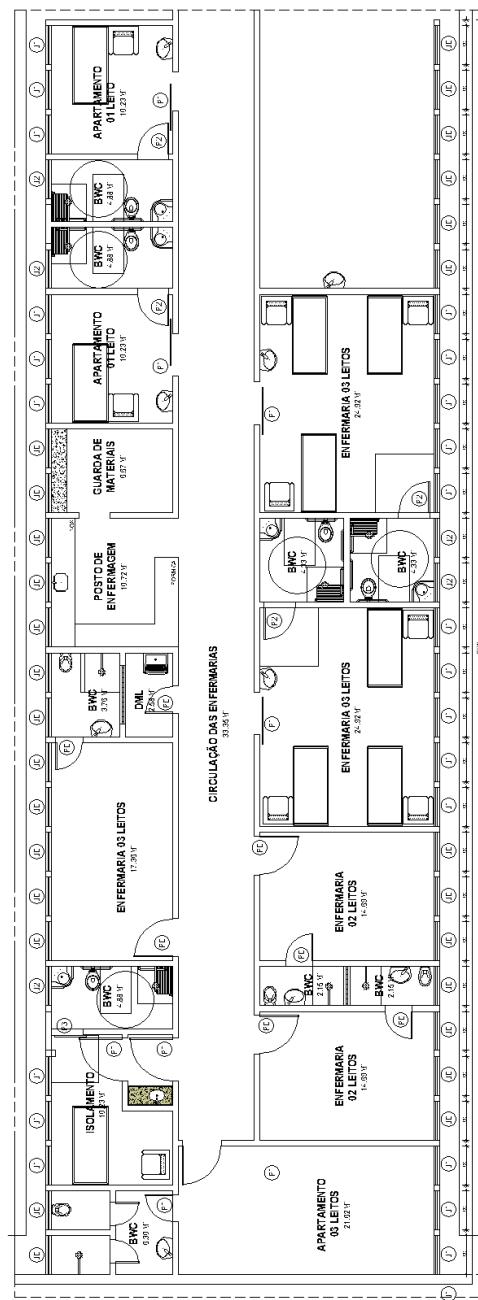


Fonte: Autora, 2025

Como o principal objetivo do projeto é a adaptação hospitalar para implantação de leitos de saúde mental, a reforma tem como foco em minimizar

as mudanças da infraestrutura atual, implementando modificações pontuais, porém, eficientes.

Figura 58: Projeto parcial para as enfermarias.



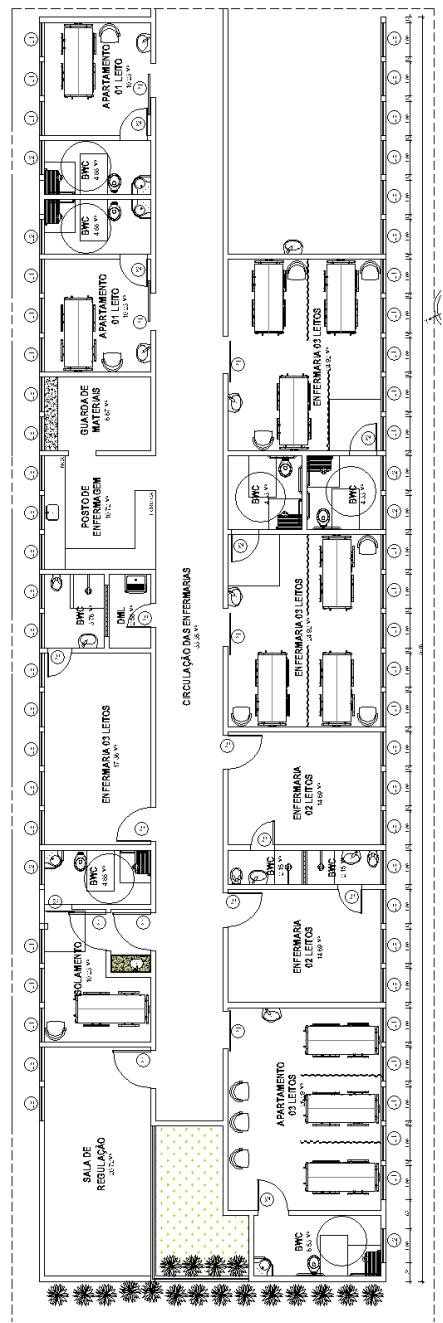
Fonte: Autora, 2025

A ampliação das esquadrias é um ponto fundamental para a realização do projeto, e necessária quando o elemento são as portas para enfermarias, aumentando a abertura para 1,10 metros, suprindo a medida mínima

necessária, optou-se pela tipologia de porta de correr, com uma folha com visor, para o maior aproveitamento do espaço interno e facilitando a circulação.

Após análises sobre o tratamento e protocolo de atendimento com o paciente já dentro da ala de internação, foi levantando a discussão sobre inserção de mais uma sala de acolhimento e regulação, local esse destinado para caso seja necessária a regulação de uma crise durante a internação temporária, essa sala também conta com um jardim interno que permite a comunicação visual com o ambiente externo, por meio de um visor em acrílico.

Figura 59: Projeto final para as enfermarias



Fonte: Autora, 2025

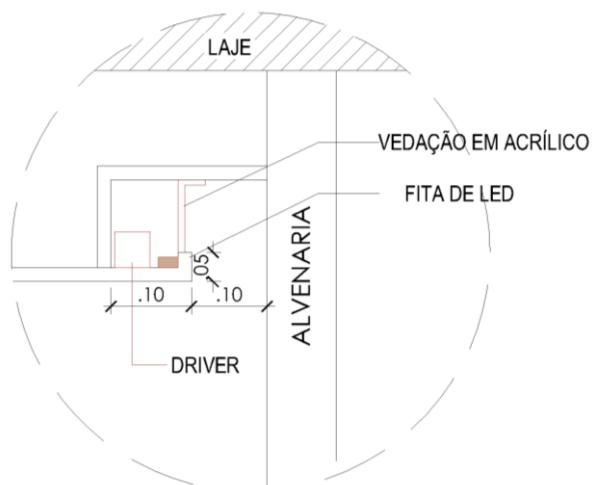
Figura 60: Detalhe de iluminação das enfermarias



Fonte: Autora, 2025

Pelas necessidades de estratégias para a parte elétrica das enfermarias, foi pensada pela criação de uma espécie de “sanca” para embutir a iluminação de led e conta com a vedação por meio de acrílico parafusado na alvenaria, de modo que fique o menos acessível para os pacientes acessarem dentro da enfermaria.

Figura 61: Detalhe de iluminação das enfermarias



Fonte: Autora, 2025

Bem como, a inserção de um obturador interno nas tomadas necessárias dentro da enfermaria para equipamentos, ele funciona como um sistema de segurança projetado para impedir a inserção de objetos estranhos nos orifícios energizados da tomada. Existe um mecanismo simples, mas eficaz que faz com que os orifícios da tomada fiquem obstruídos. Este mecanismo somente desobstrui os orifícios caso eles sejam acionados simultaneamente e no mesmo ângulo.

Figura 62: Obturador de tomada



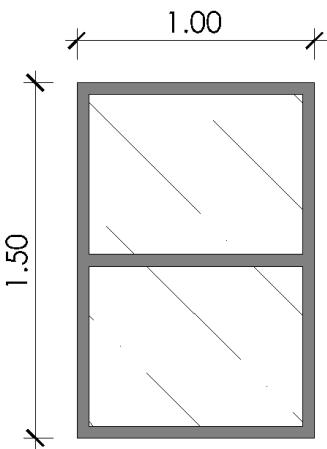
Fonte: Google, 2025

Figura 63: Enfermaria de saúde mental com 3 leitos.



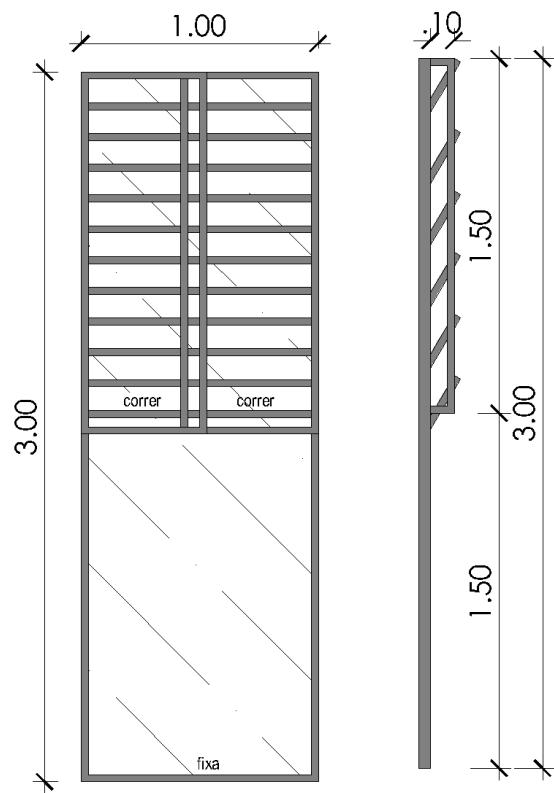
Fonte: Autora, 2025

Figura 64: Esquadria atual



Fonte: Autora, 2025

Figura 65: Esquadria proposta

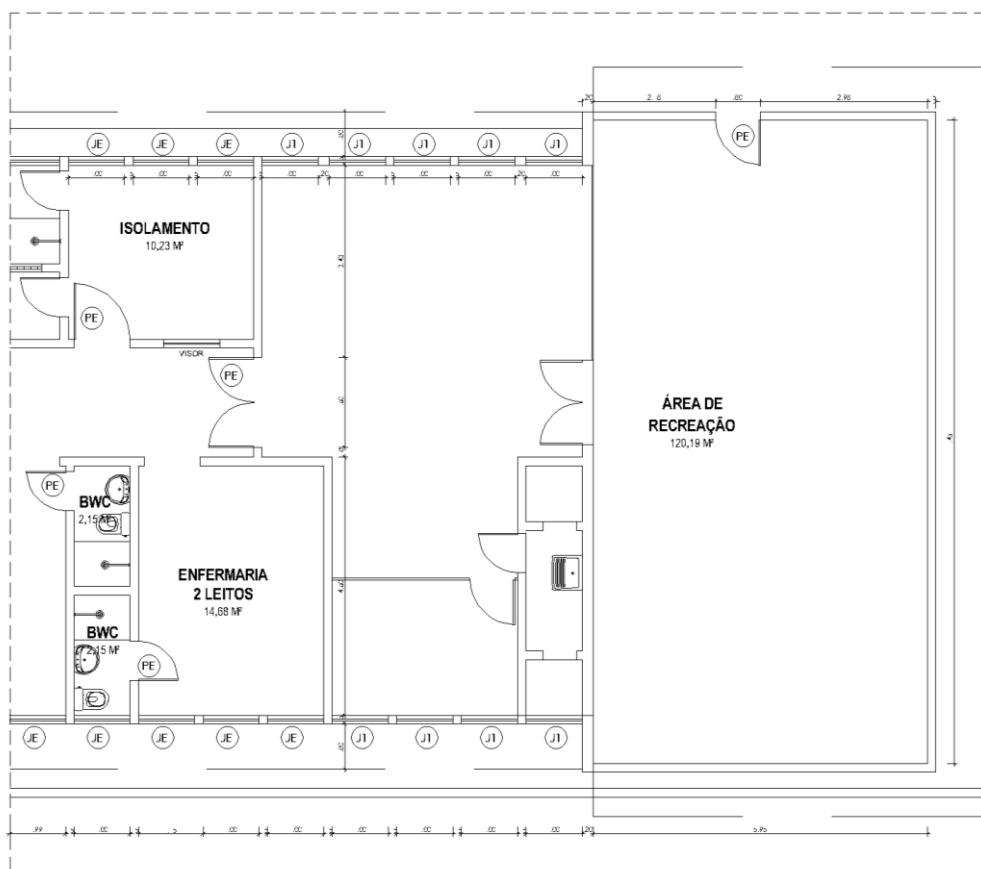


Fonte: Autora, 2025

5.3.2 Projeto para sala de recreação – internação

Com base nos referenciais projetuais, pelo objeto de estudo ser um hospital pediátrico, há necessidade de atender a necessidade lúdica das crianças, com finalidade de promover um ambiente mais alegre, confortável e que crie relações, diante disso, a área de recreação do hospital se torna um ponto em destaque para uma maior atenção em seu projeto de arquitetura de interiores, trazendo cores, brincadeiras e mobiliários que promovam a convivência e interação entre os pacientes.

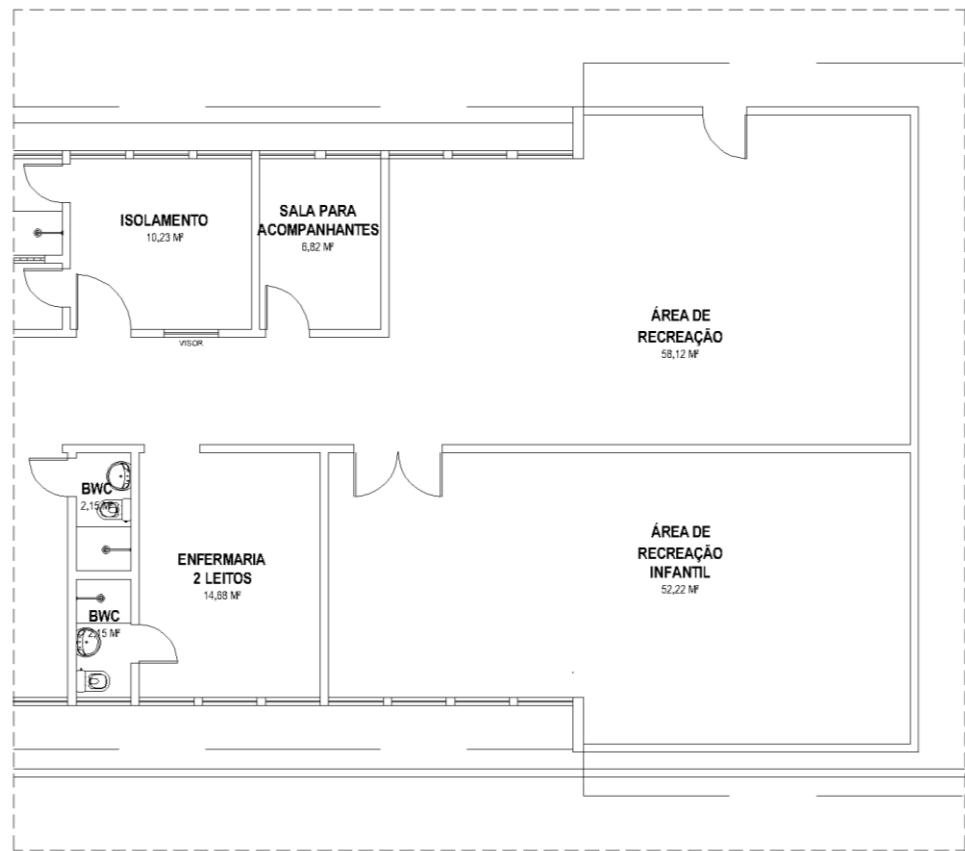
Figura 66: Projeto inicial para sala de recreação.



Fonte: Autora, 2025

Foi pensado também sobre os ambientes internos de recreação, que por sua vez trazem um local de diversão e interação entre os pacientes, diante da demanda do hospital de 0 a 14 anos, a sala de recreação foi dividida em um ambiente infantil e um de crianças maiores.

Figura 67: Projeto final para recreação



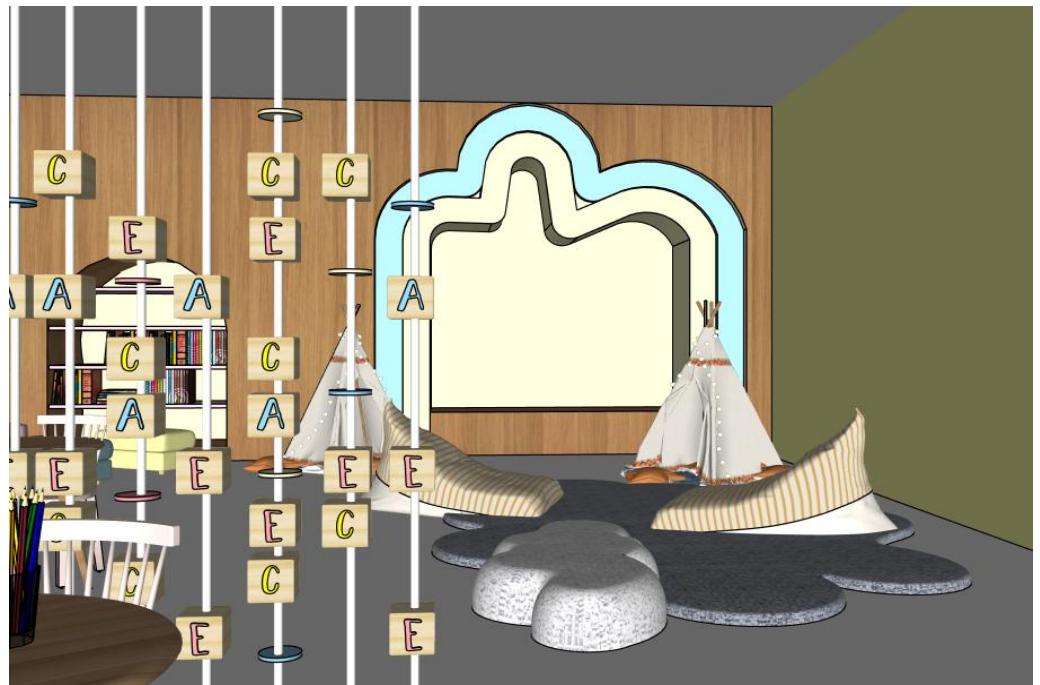
Fonte: Autora,2025

Figura 68: Projeto para sala de recreação



Fonte: Autora, 2025

Figura 69: Projeto para sala de recreação



Fonte: Autora, 2025

Figura 70: Projeto para sala de recreação

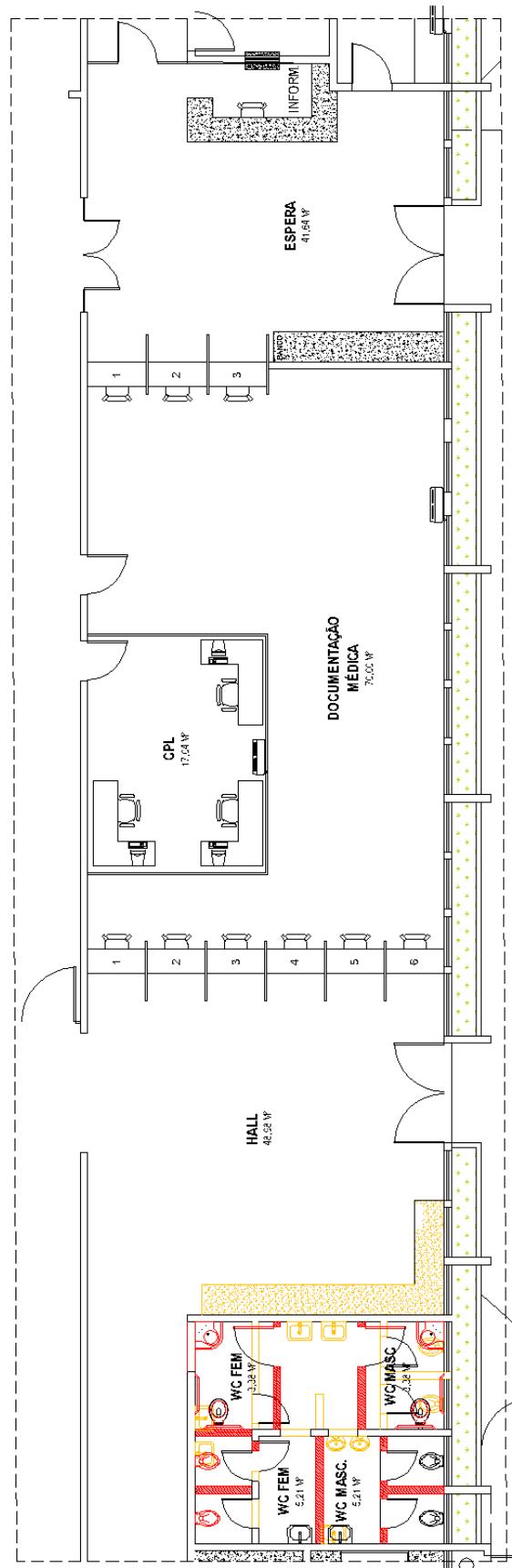


Fonte: Autora, 2025

5.3.3 Projeto para sala de espera

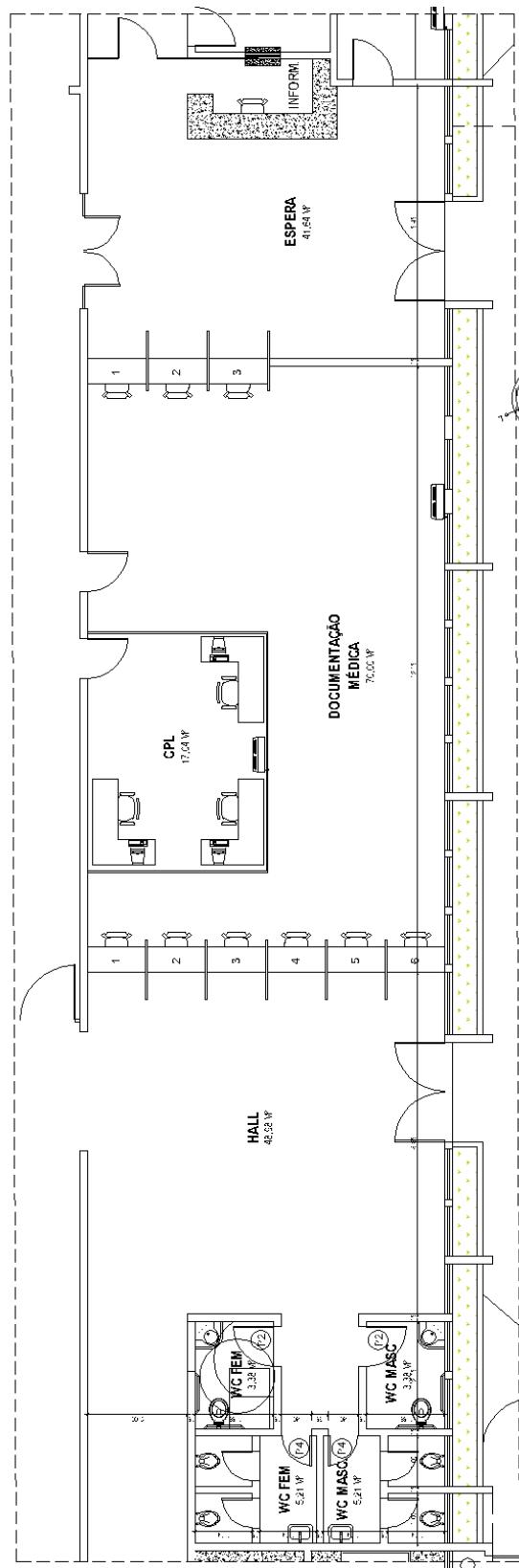
A necessidade de adaptação para os banheiros que serão destinados ao público do hospital, se estendeu também para a sala de espera.

Figura 71: Planta de reforma da sala de espera



Fonte: Autora,202

Figura 72: Planta baixa proposta para sala de espera



Fonte: Autora, 2025

Figura 73: Proposta para sala de espera



Fonte: Autora,2025

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Logo, com o desenvolvimento desse trabalho foi possível analisar as reais problemáticas enfrentadas durante o processo de implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, e quando aplicado na prática, traz para discussão que a maior problemática é o preconceito historicamente ligado a qualquer questão de saúde mental, e quando o olhar foca para a parte de infraestrutura, a ausência das condições necessárias para as enfermarias fica estampado quando a adaptação dos leitos inicia-se.

Foi executado diante de escolhas arquitetônicas focadas nas adaptações de maior impacto em ambientes específicos do hospital, a implantação das enfermarias especializadas em leitos de saúde mental do Hospital Maria Alice Fernandes, concluindo a demanda estadual e federal para o hospital.

Diante disso, pode-se levantar a pauta que além da necessidade de adaptação dos leitos, quando todas as enfermarias estão dentro das normativas vigentes, as adaptações serão pontuais, o que corrobora para a discussão de ampliação dos leitos com intuito de suprir a demanda atual e a crescente demanda por saúde mental, tornando democrático e universal o acesso as enfermarias. Além de um possível revisão na norma vigente, RDC nº50 de 2001, com intuito de melhorias as condições necessárias para enfermarias e seus ambientes de apoio, visando promover mais privacidade, segurança e conforto para os pacientes.

Figura 74: Enfermaria universal



Fonte: Autora,2025

E por fim, foi concluído a reforma de ambientes com intuito de atender a demanda de forma confortável, respeitosa, aconchegante e humanizada para trazer ao indivíduo a sua dignidade e respeito a seus direitos durante o seu tratamento, para conseguir trabalhar a favor da quebra de preconceitos e trazer um novo cenário no tratamento e cuidado da saúde mental.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 109, 26 dez. 2011.

BRASIL. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. **Define as diretrizes para implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 1 fev. 2012.

BRASIL. Portaria nº 3, de 23 de janeiro de 2017. **Atualiza as diretrizes para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 24, 24 jan. 2017.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. **Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970.** 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 mar. 2025.

CASA, Angela; HAHN, Marília Ramos. **Hospital Colônia: uma história de crueldade frente à omissão de uma sociedade.** [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://soac.atitus.edu.br/index.php/mic/xiimic/paper/view/937>. Acesso em: 27 mar. 2025.

OLIVEIRA, Sarah Gabriela de Carvalho. **Arquitetura como reflexo de reclusão e isolamento: estudo de caso - FHEMIG BARBACENA.** [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/triades/article/view/42818>. Acesso em: 27 mar. 2025.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima Rollemburg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil.** [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cdghumanas/article/view/1797>. Acesso em: 27 mar. 2025.

AMORIM, Daniel Silva Castro de; SIMÕES, Gabriela Cavalcante; VIANNA, Mônica Peixoto. **A influência da arquitetura nos ambientes psiquiátricos em função da sanidade mental dos pacientes.** [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index/login?source=%2Ffitshumanas%2Farticle%2Fview%2F6895>. Acesso em: 27 mar. 2025.

GAMA, Caroline Silva Ferro. **A importância da arquitetura hospitalar humanizada na promoção do bem-estar e recuperação dos pacientes.** [s.n.], [s.d.]. Disponível

em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BASR/article/view/77493>.
Acesso em: 27 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças – CID-11**. Genebra: OMS, 2022.

G1. Brasil bate recorde de afastamentos por saúde mental: ansiedade e depressão lideram. G1, 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/>. Acesso em: 30 maio 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **Pesquisa aponta altos índices de sintomas de ansiedade, depressão e estresse na pandemia**. UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/>. Acesso em: 30 maio 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050:2020: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde mental: fortalecer nossa resposta**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/>. Acesso em: 30 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Estigma e saúde mental: guia para profissionais de saúde**. Brasília: OPAS, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/>. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Caderno de Informação para Gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/raps_caderno_gestores.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 maio 2025.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Dados sobre crianças e adolescentes órfãos da Covid-19 no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/mais-de-40000-criancas-e-adolescentes-perderam-maes-para-covid-19>. Acesso em: 30 maio 2025.

KESSLER, R. C. et al. **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.** Archives of General Psychiatry, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593.

UNICEF. **Saúde mental na infância e adolescência: desafios e perspectivas.** Nova York: UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/saude-mental>. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de Boas Práticas de Arquitetura em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

ULRICH, Roger S. et al. **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity.** The Center for Health Design, 2008.

ABRAHÃO, Maria Helena. **Luz natural e seu impacto na arquitetura hospitalar humanizada.** Revista de Arquitetura e Saúde, 2009.

BEUTE, Femke; DE KORT, Yvonne A.W. **Effects of light on human circadian physiology and health: A review of recent findings.** Chronobiology International, v. 35, n. 9, p. 1204-1218, 2018.

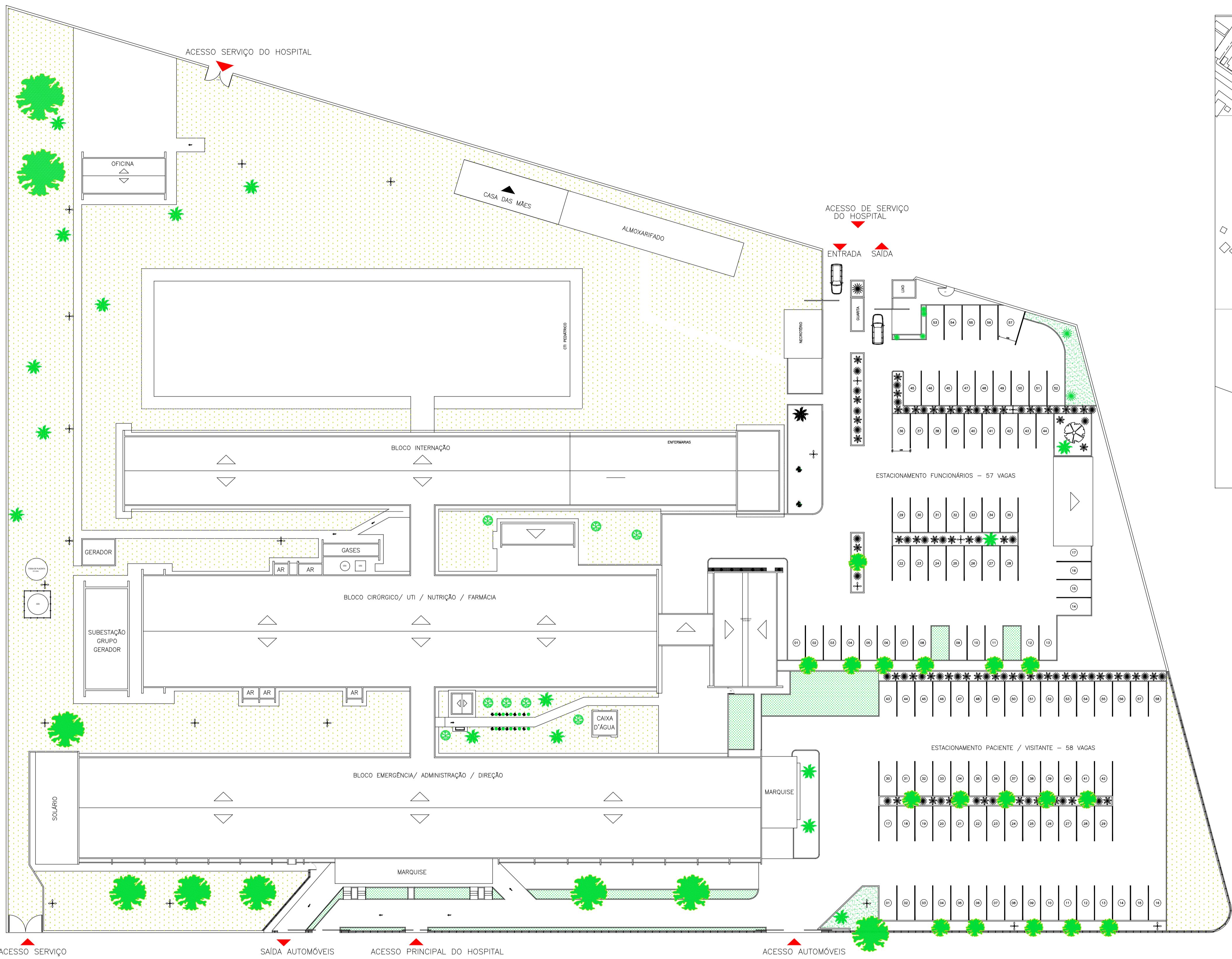
BURNS, Alex et al. **Longitudinal study on exposure to natural light and mental health outcomes in large population cohorts.** Journal of Environmental Psychology, v. 77, p. 101678, 2021.

BURNS, Alex et al. **Natural light exposure and risk reduction in depression and self-harm behaviors: a follow-up study.** Journal of Affective Disorders, v. 320, p. 650-658, 2023.

KNOOP, Julia et al. **The role of daylight in enhancing attention, social interaction, and physical activity in healthcare settings.** Health Environments Research & Design Journal, v. 13, n. 4, p. 45-60, 2020.

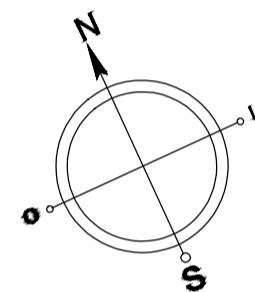
LAM, Peter. **Vitamin D synthesis induced by sunlight and its health implications.** Medical Journal of Public Health, v. 74, n. 3, p. 245-250, 1986.

PECCIN, Beatriz M. **Iluminação natural como recurso terapêutico em ambientes hospitalares.** Arquitetura e Urbanismo, v. 10, n. 1, p. 15-23, 2002.



PLANTA DE SITUAÇÃO

ESCALA..... 1/2500





PLANTA DE IMPLANTAÇÃO E COBERTURA
ESCALA A 1/350



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE

CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PRANCHAS

01 / 09

CONTEÚDO DA PRANCHA: PLANTA DE SITUAÇÃO, LOCAÇÃO E COBERTURA

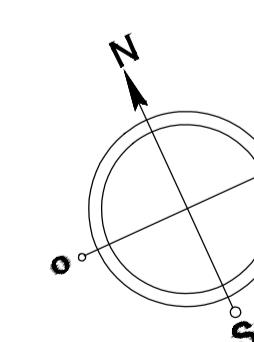
TÍTULO DO TRABALHO:
IMPLANTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HÓSPITAL
PEDIÁTRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HÓSPITAL
MARIA ALICE FERNANDES.
ENDEREÇO: Bairro de Nossa Senhora da Apresentação, Natal, Rio
Grande do Norte.

DISCENTE: CAMILA SENAS DE CRISTO	DATA: SETEMBRO/2025
ORIENTADOR(A): CAMILA FURUKAWA	ÁREA DO TERRENO: 18.236,10m ²
ÁREA CONSTRUÍDA: 4.596,42m ²	ÁREA DE COBERTURA: 289,90 m ²
ÁREA PERMEÁVEL: 273,78 m ²	ESCALA: INDICADA



LENGENDA - SETORIZAÇÃO	
INTERNAÇÃO	[Green Box]
CENTRO CIRÚRGICO	[Blue Box]
SETOR DE NUTRIÇÃO	[Purple Box]
AMBULATORIAL	[Pink Box]
ADMINISTRATIVO	[Grey Box]
EMERGÊNCIA	[Red Box]
RECEPÇÃO	[Cyan Box]
CIRCULAÇÃO	[Yellow Box]

PLANTA DE SETORIZAÇÃO
ESCALA.....1/350



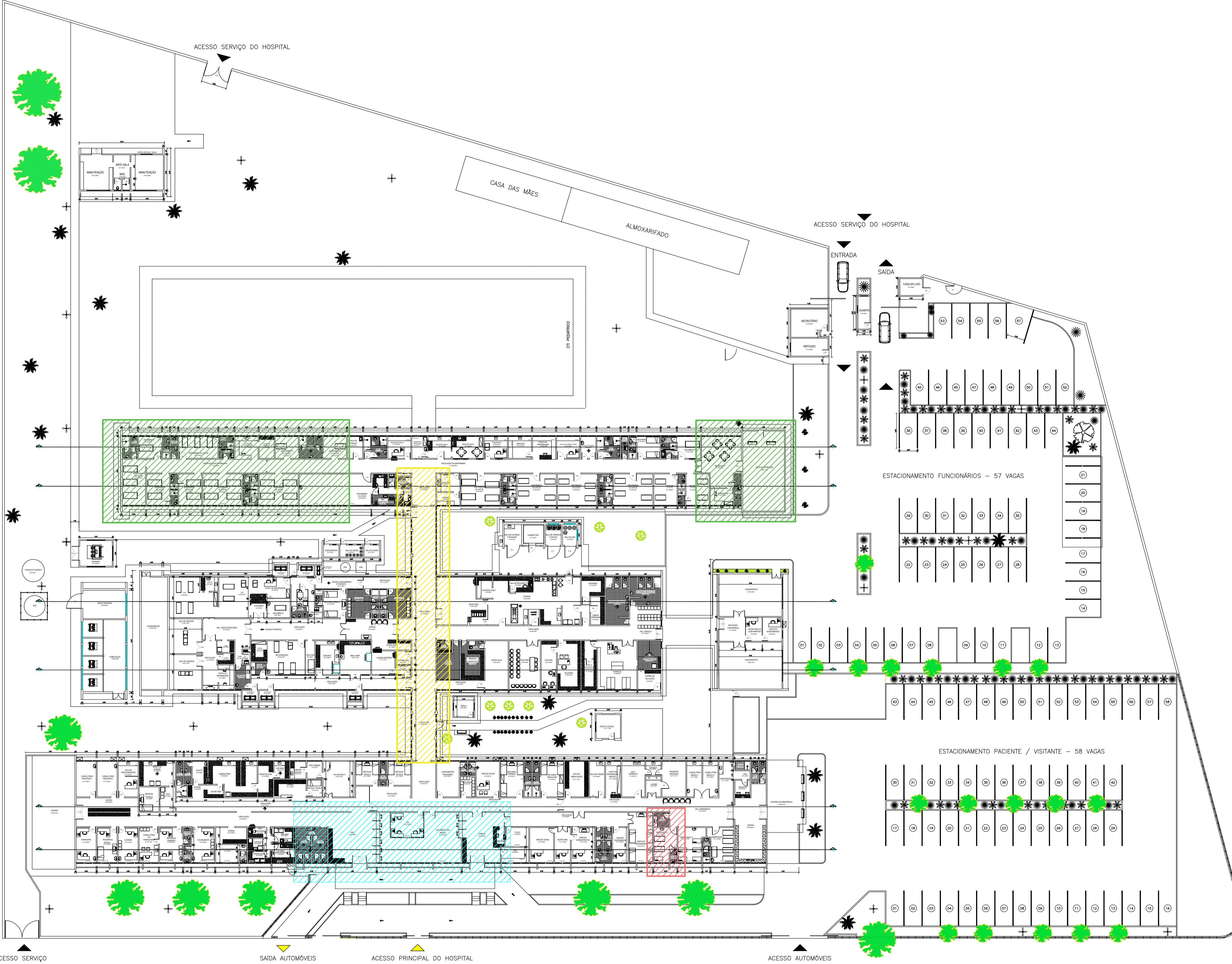
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PRANCHA:
02/09

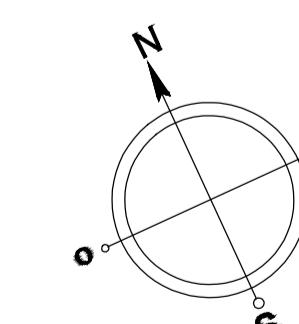
TÍTULO DO TRABALHO:
IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIÁTRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES.
ENDEREÇO: Bairro de Nossa Senhora da Apresentação, Natal, Rio Grande do Norte.

CONTEÚDO DA PRANCHA:
PLANTA BAIXA
SETORIZAÇÃO

DISCENTE:	CAMILA SENAS DE CRISTO	DATA:	SETEMBRO/2025
ORIENTADOR(A):	CAMILA FURUKAVA	ÁREA DO TERRENO:	18.236,10m ²
ÁREA CONSTRUÍDA:	4.596,42m ²	ÁREA DE COBERTURA:	289.90 m ²
ÁREA PERMEÁVEL:	273.78 m ²	ESCALA:	INDICADA



LENGENDA - INTERVENÇÃO	
INTERNAÇÃO	[Green]
CENTRO CIRÚRGICO	[Blue]
SETOR DE NUTRIÇÃO	[Purple]
AMBULATORIAL	[Pink]
ADMINISTRATIVO	[Grey]
EMERGÊNCIA	[Red]
RECEPÇÃO	[Cyan]
CIRCULAÇÃO	[Yellow]



PLANTA DE INTERVENÇÃO
ESCALA.....1/350



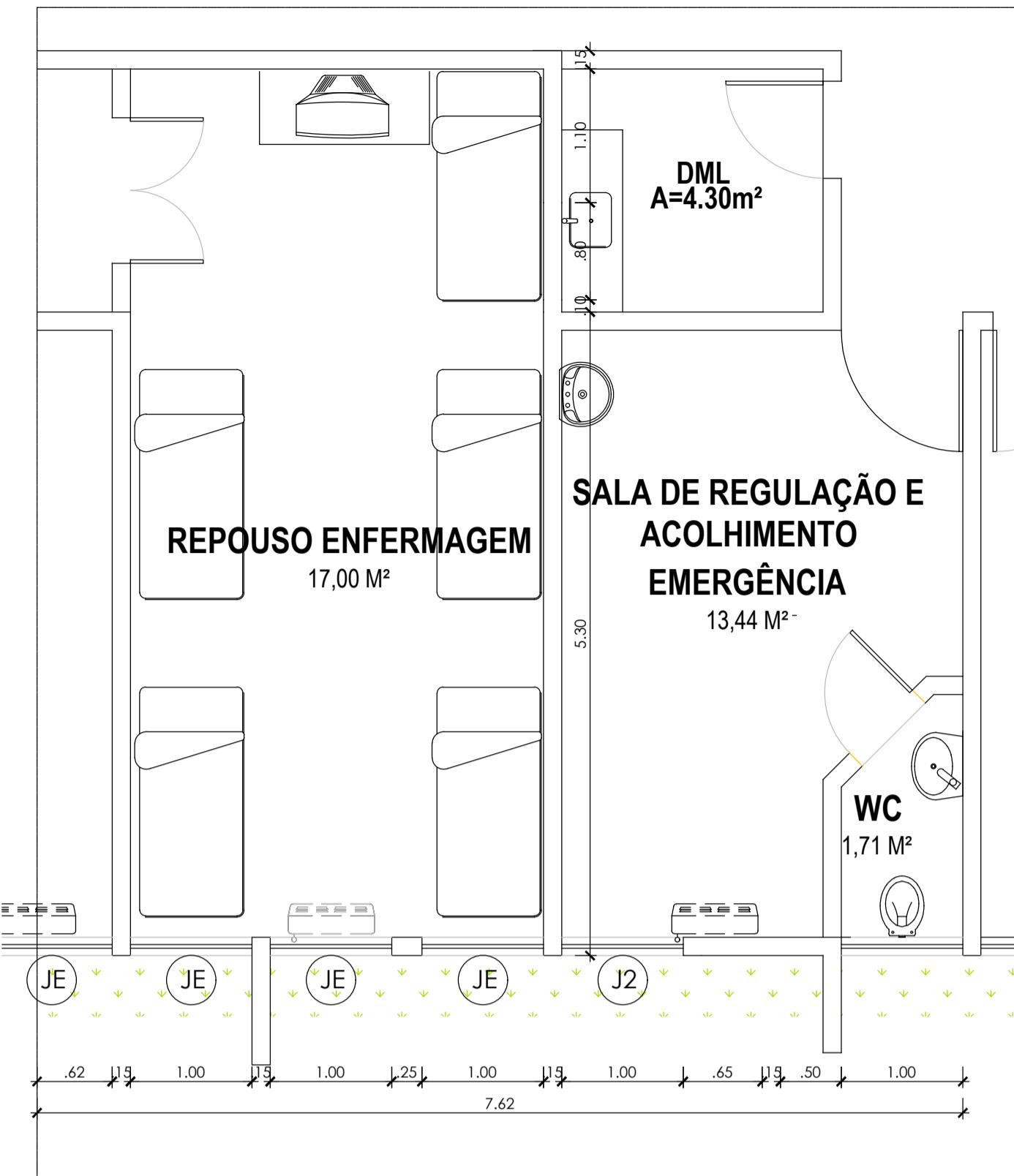
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PRANCHA:
03/09

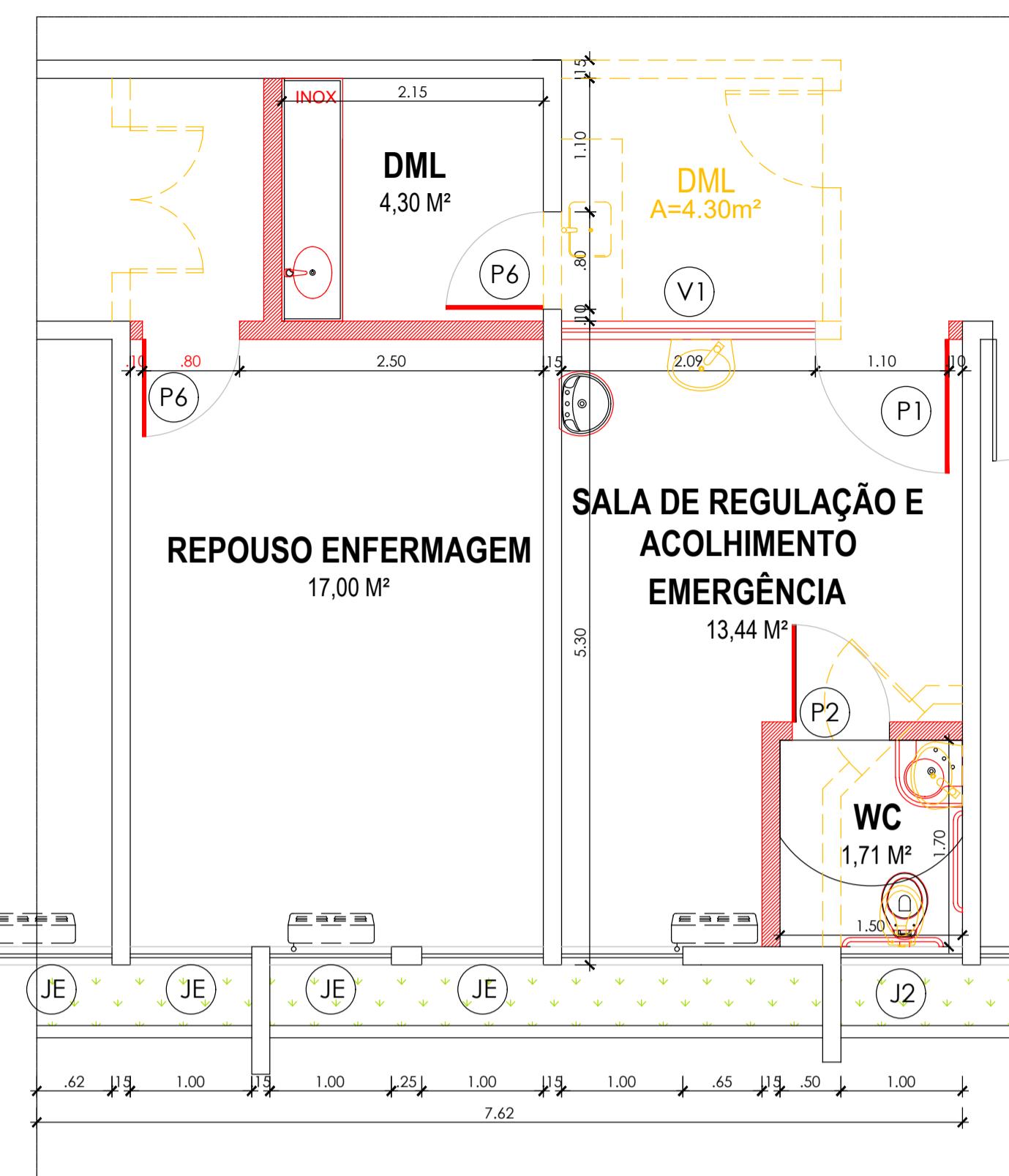
TÍTULO DO TRABALHO:
IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIÁTRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES.
ENDEREÇO: Bairro de Nossa Senhora da Apresentação, Natal, Rio Grande do Norte.

CONTEÚDO DA PRANCHA:
PLANTA BAIXA
- INTERVENÇÕES

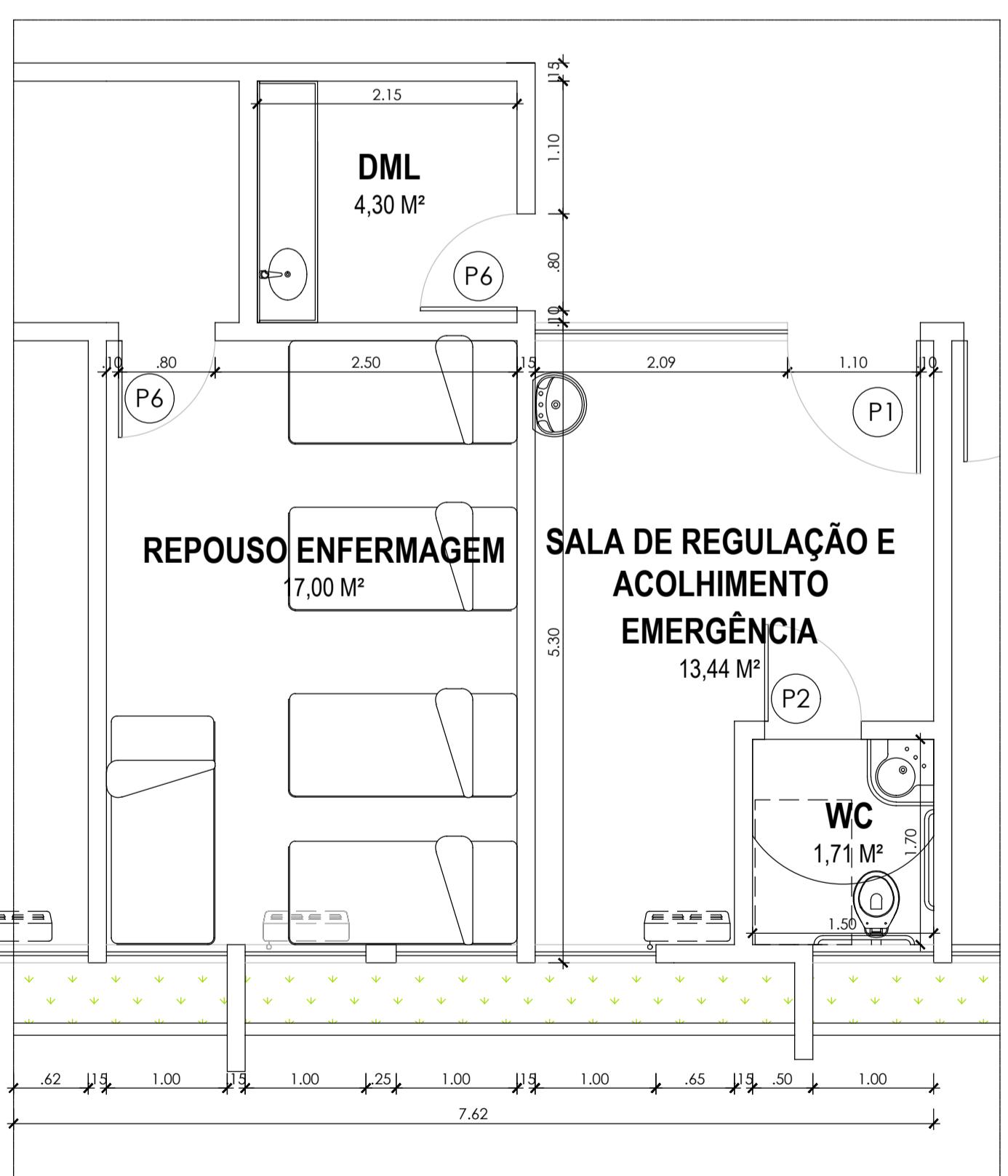
DISCENTE:	CAMILA SENAS DE CRISTO	DATA:	SETEMBRO/2025
ORIENTADOR(A):	CAMILA FURUKAWA	ÁREA DO TERRENO:	18.236,10m ²
ÁREA CONSTRUÍDA:	4.596,42m ²	ÁREA DE COBERTURA:	289.90 m ²
ÁREA PERMEÁVEL:	273.78 m ²	ESCALA:	INDICADA



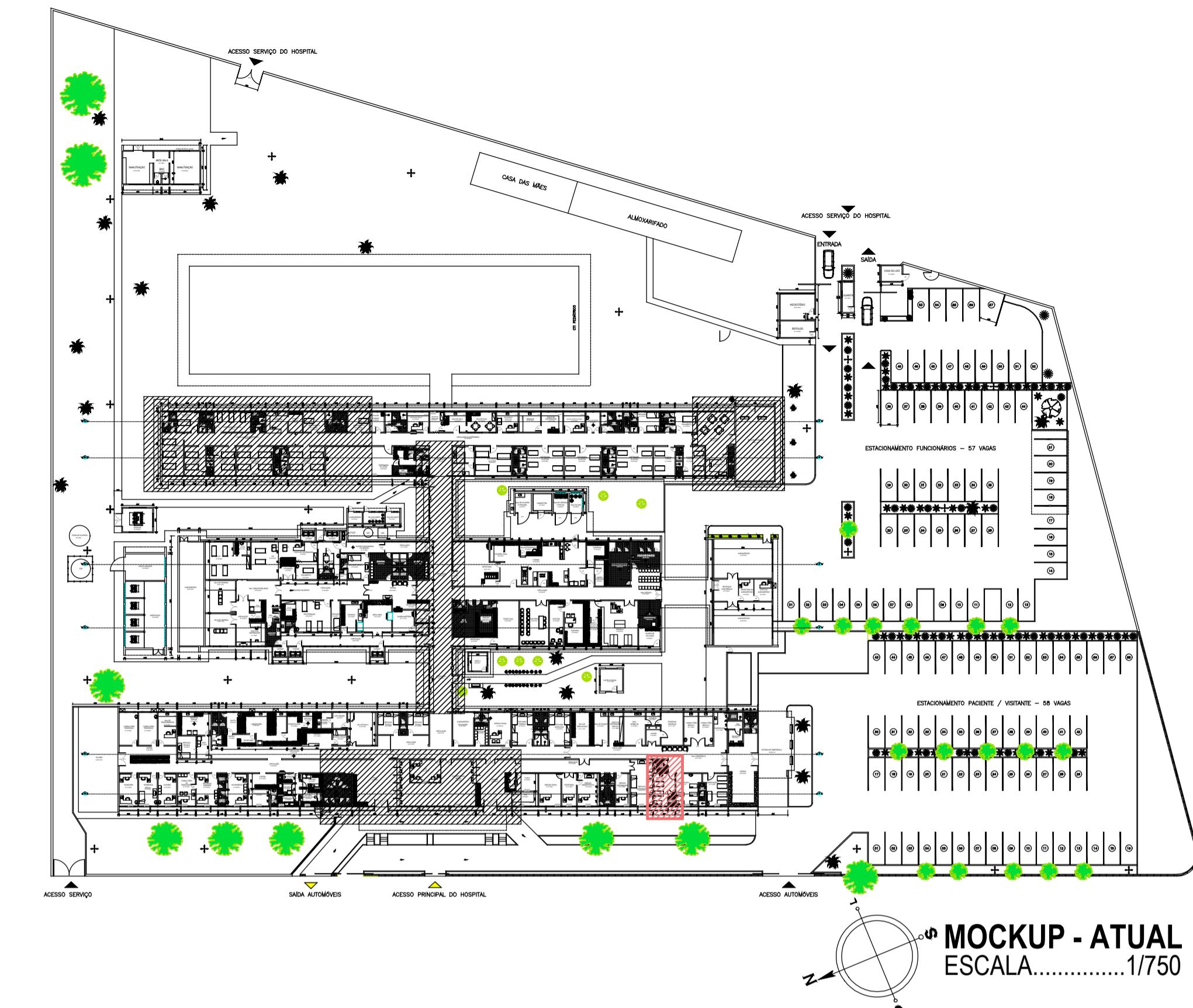
PLANTA BAIXA - ATUAL
ESCALA.....1/50



PLANTA BAIXA - REFORMA
ESCALA.....1/50



PLANTA BAIXA - PROPOSTA
ESCALA.....1/50



MOCKUP - ATUAL
ESCALA.....1/50

QUADRO DE ESQUADRIAS					
ITEM	LARG	ALT	PEIT	PORTAS	
				DESCRÍÇÃO	QTDE.
P1	1.10	2.10	...	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - CORRER - 1 FOLHA	05
P2	0.80	2.10	...	PORTA DE MADEIRA COM CHAPA METÁLICA E BARRA DE APOIO - GIRO - 1 FOLHA	07
P3	0.80	2.10	...	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	01
P4	0.60	2.10	...	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	02
P5	1.60	2.10	...	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - GIRO - 2 FOLHAS	01
P6	0.80	2.10	...	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	01
P7	1.10	2.10	...	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - GIRO - 1 FOLHA	02
JANELAS					
ITEM	LARG	ALT	PEIT	ÁREA	DESCRÍÇÃO
J1	1.00	2.80	0.00	2.80	JANELA DE VIDRO - CORRER - 1 FOLHA FIXA E 2 DE CORRER
J2	1.40	2.10	0.00	2.94	JANELA DE VIDRO - BASCULANTE - 1 FOLHA
J3	2.10	2.10	0.00	4.41	JANELA DE VIDRO - BASCULANTE - 3 FOLHAS
V1	2.09	1.10	1.00	2.29	VISOR DE VIDRO - FIXO - 1 FOLHA

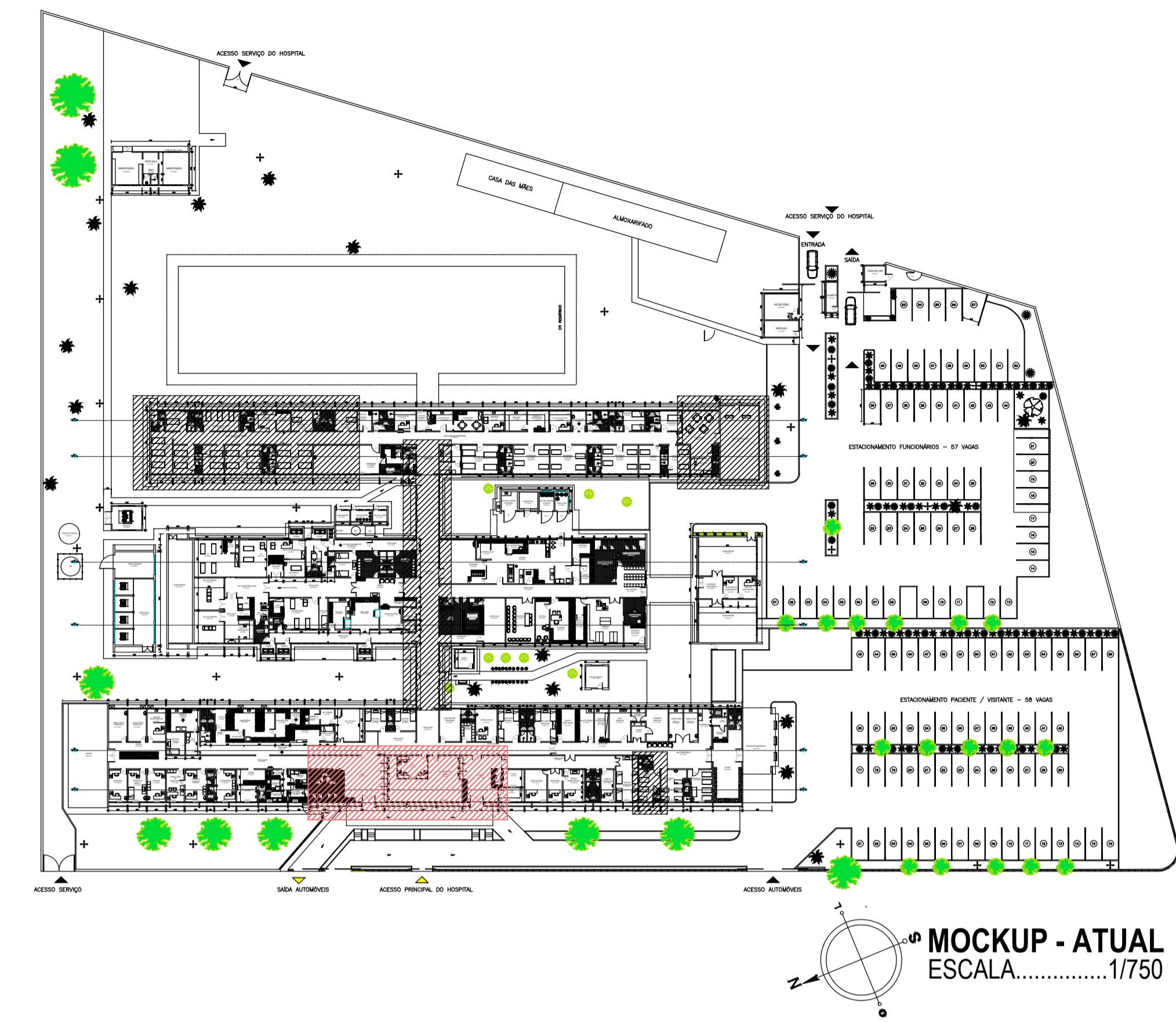
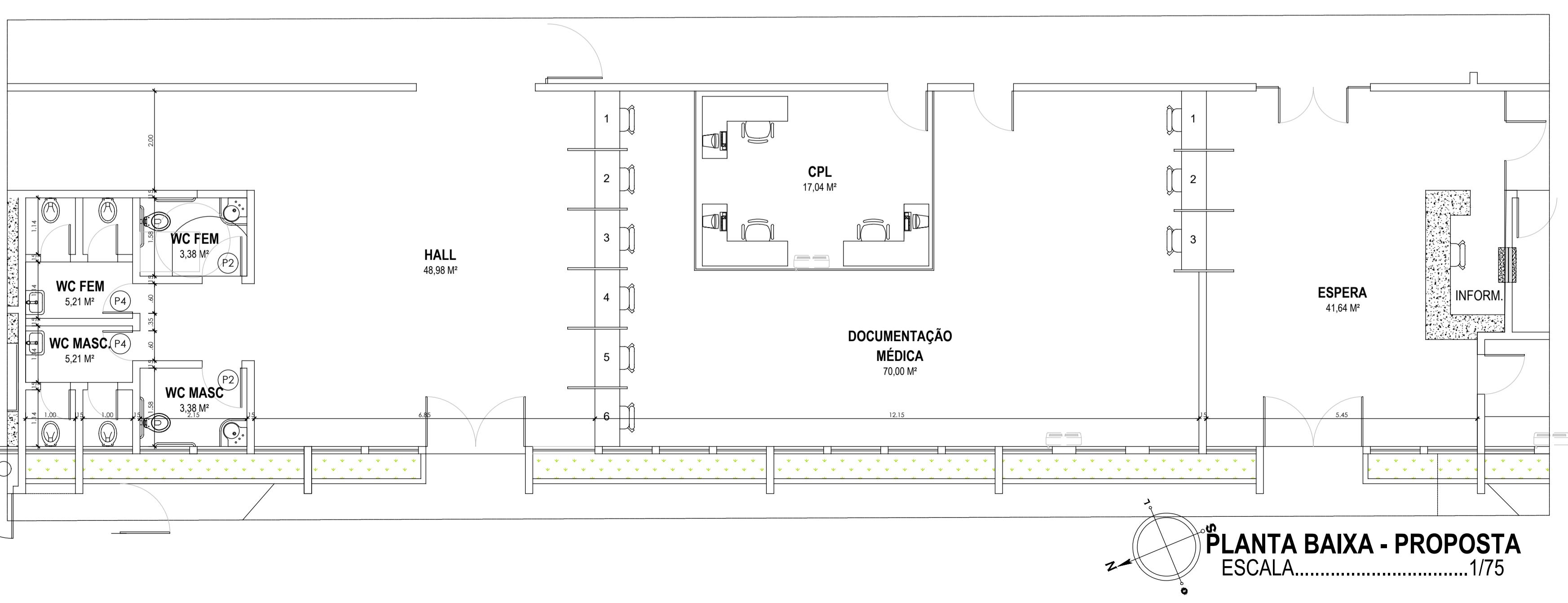
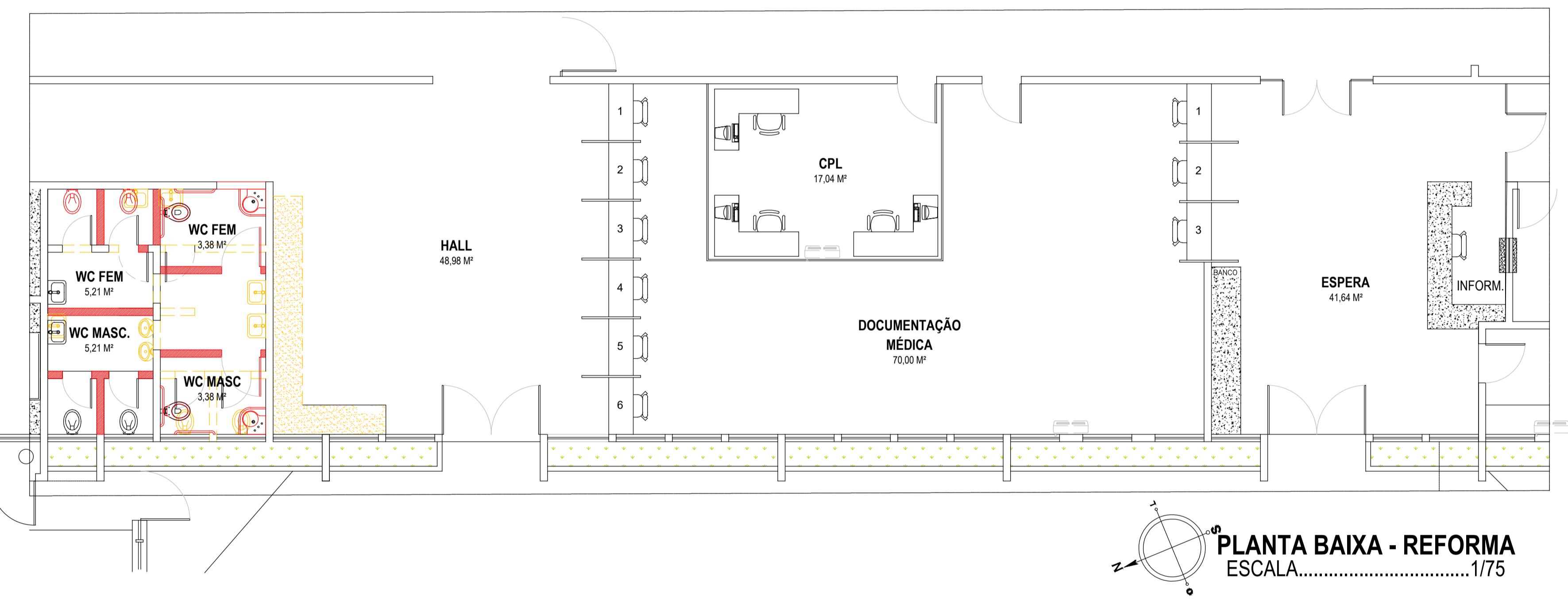
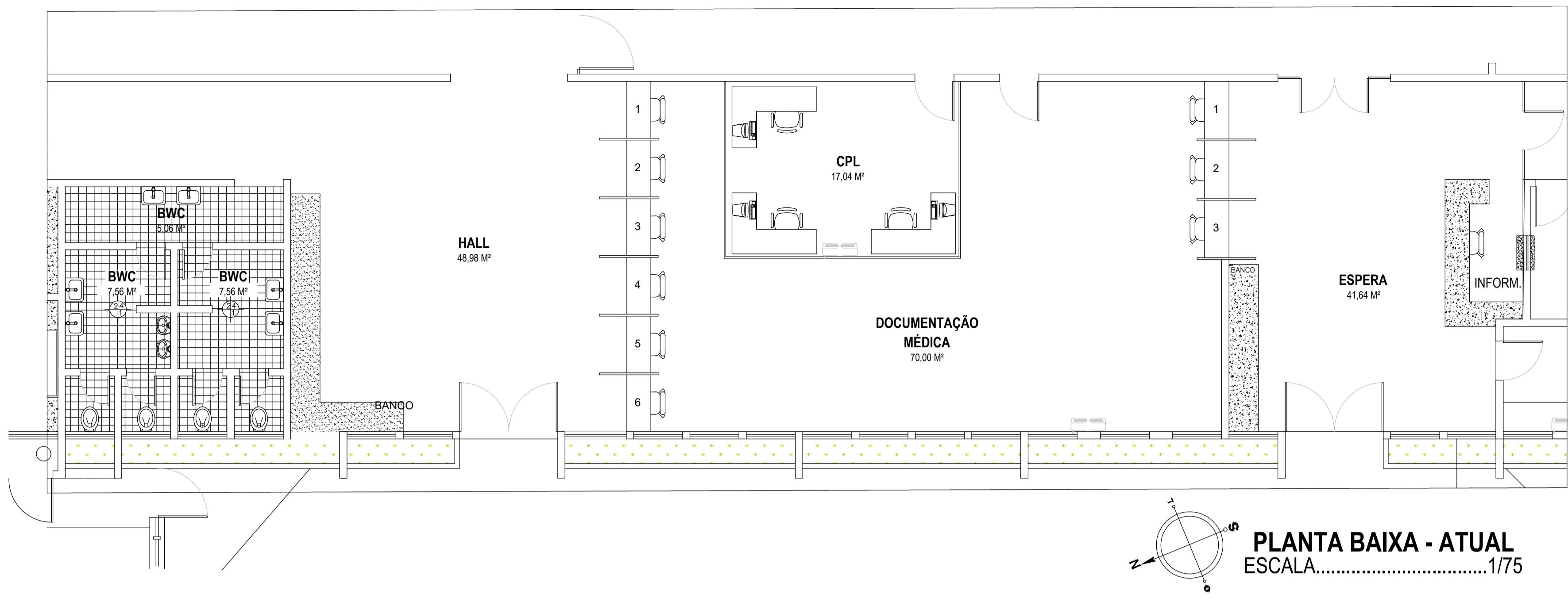
LENGENDA - REFORMA	
EXISTENTE	[white box]
A DEMOLIR	[yellow dashed box]
A CONSTRUIR	[red solid box]



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PRANCHA:
04/09

TÍTULO DO TRABALHO:	IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIÁTRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES.		
DISCENTE:	CAMILA SENAS DE CRISTO		
ORIENTADOR(A):	CAMILA FURUKAWA		
DATA:	SETEMBRO/2025		
CONTEÚDO DA PRANCHA:	PLANTA BAIXA - SALA DE ACOLHIMENTO NA EMERGÊNCIA		
ÁREA DO TERRENO:	18.236,10m²		
ÁREA CONSTRUÍDA:	4.596,42m²	ÁREA DE COBERTURA:	289.90 m²
ÁREA PERMEÁVEL:	273.78 m²		ESCALA: INDICADA



QUADRO DE ESQUADRIAS				
PORTAS				QTDE.
ITEM	LARG	ALT	PEIT	
P1	1.10	2.10	...	05
P2	0.80	2.10	...	07
P3	0.80	2.10	...	01
P4	0.60	2.10	...	02
P5	1.60	2.10	...	01
P6	0.80	2.10	...	01
P7	1.10	2.10	...	02
JANELAS				QTDE.
ITEM	LARG	ALT	PEIT	
J1	1.00	2.80	0.00	2.80
J2	1.40	2.10	0.00	2.94
J3	2.10	2.10	0.00	4.41
V1	2.09	1.10	1.00	2.29
VISOR DE VIDRO - FIXO - 1 FOLHA				01

LENGENDA - REFORMA	
EXISTENTE	
A DEMOLIR	
A CONSTRUIR	



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PRANCHA:
05/09

TÍTULO DO TRABALHO:
IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIATRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES.

ENDEREÇO: Bairro de Nossa Senhora da Apresentação, Natal, Rio Grande do Norte.

DISCENTE:
CAMILA SENAS DE CRISTO

DATA:
SETEMBRO/2025

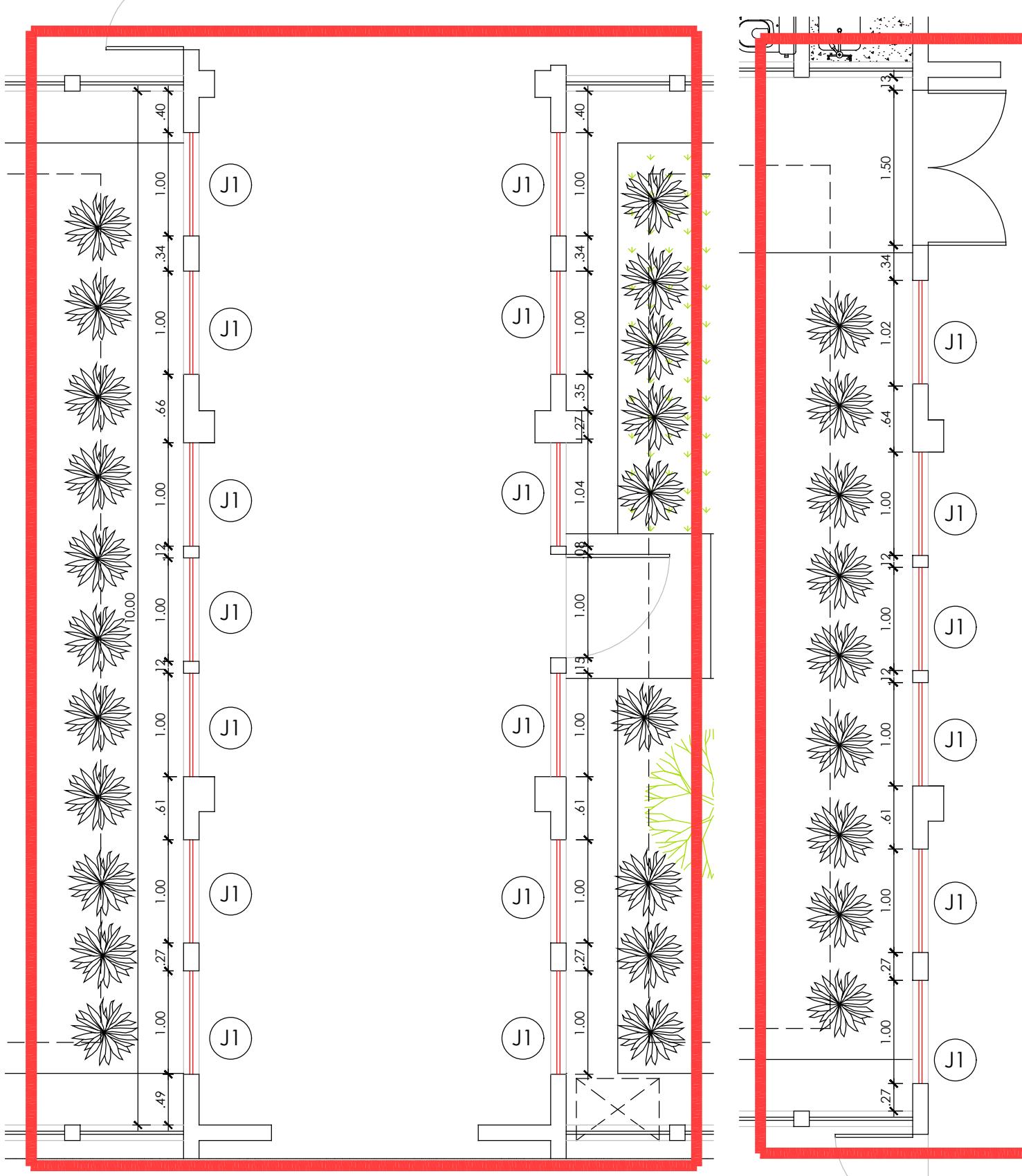
ÁREA DO TERRENO:
18.236,10m²

ÁREA CONSTRUÍDA:
4.596,42m²

ÁREA DE COBERTURA:
289.90 m²

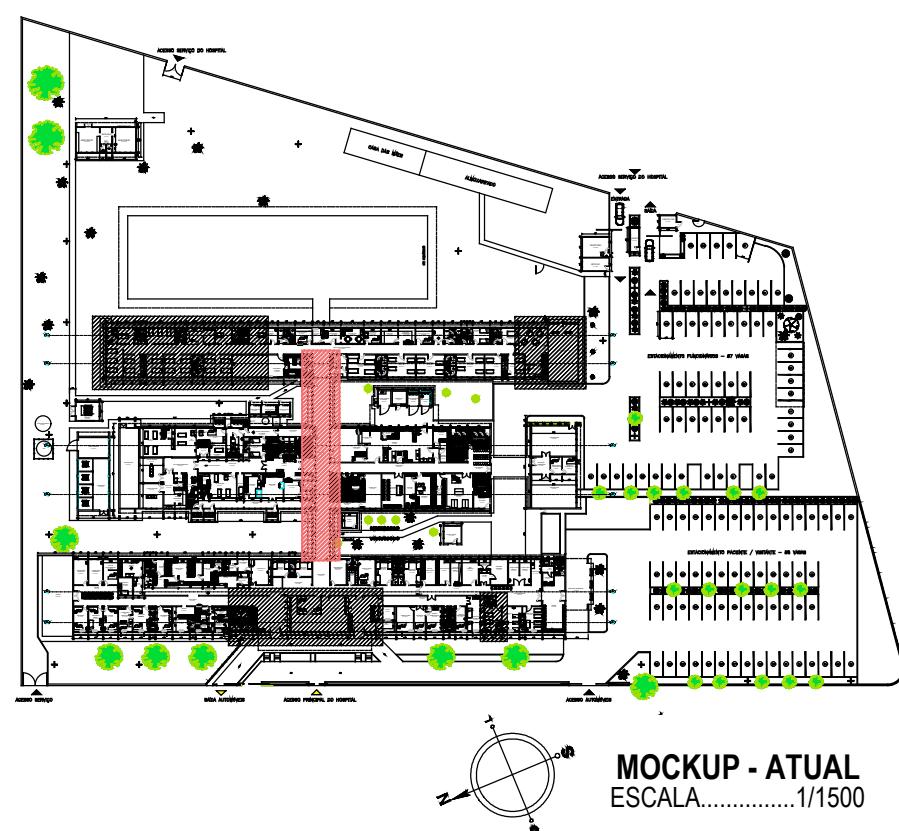
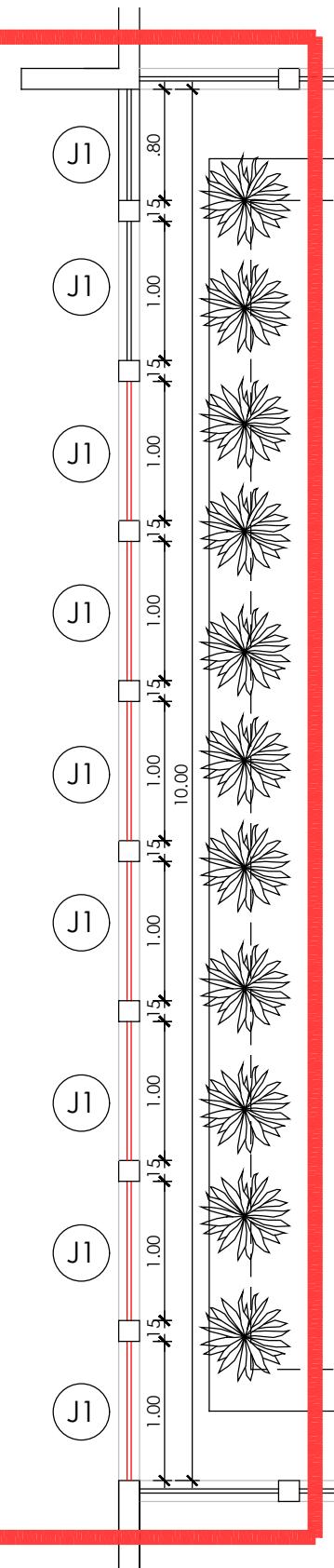
ÁREA PERMEÁVEL:
273.78 m²

ESCALA:
INDICADA



PLANTA BAIXA - REFORMA
ESCALA.....1/50

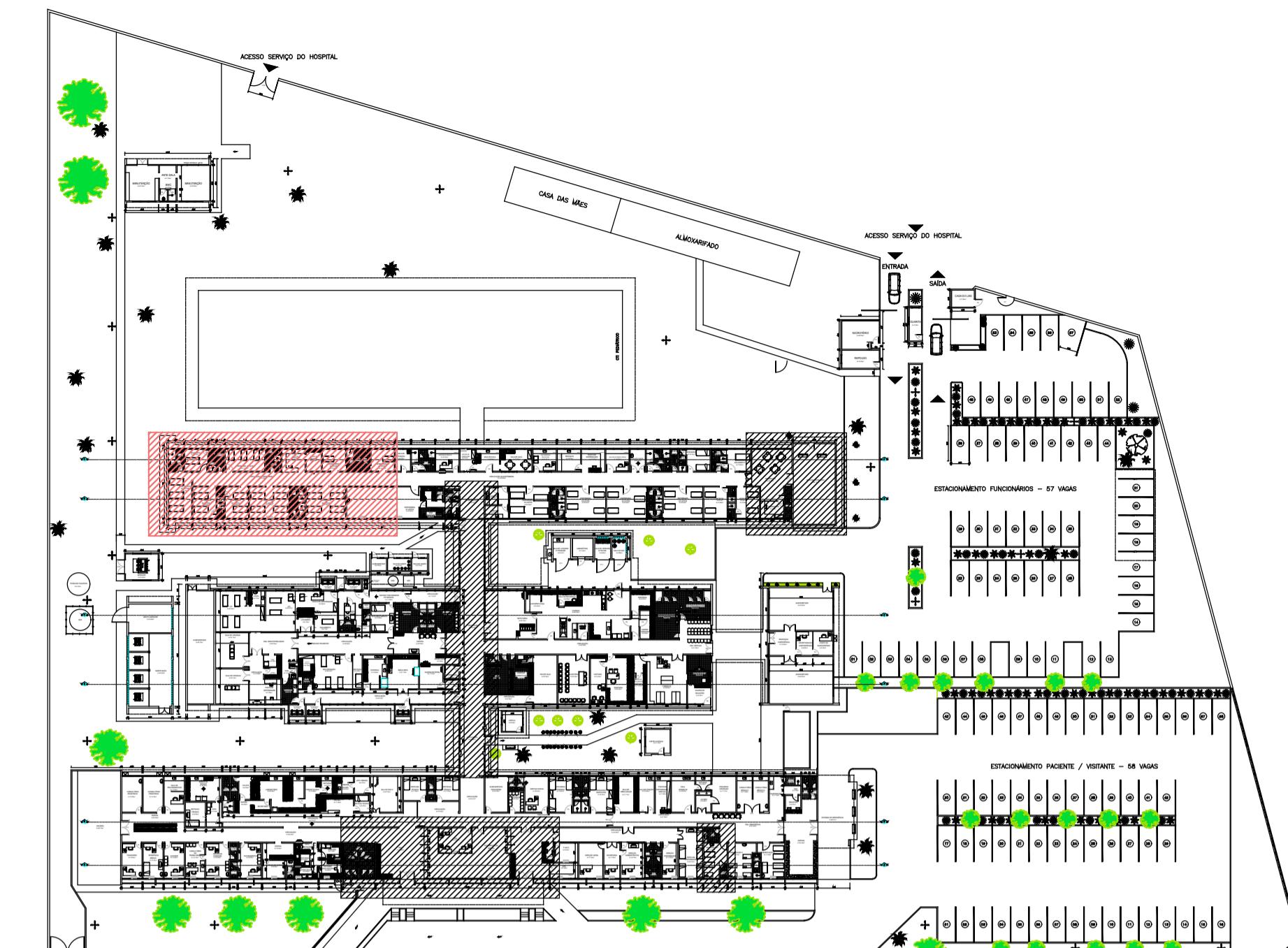
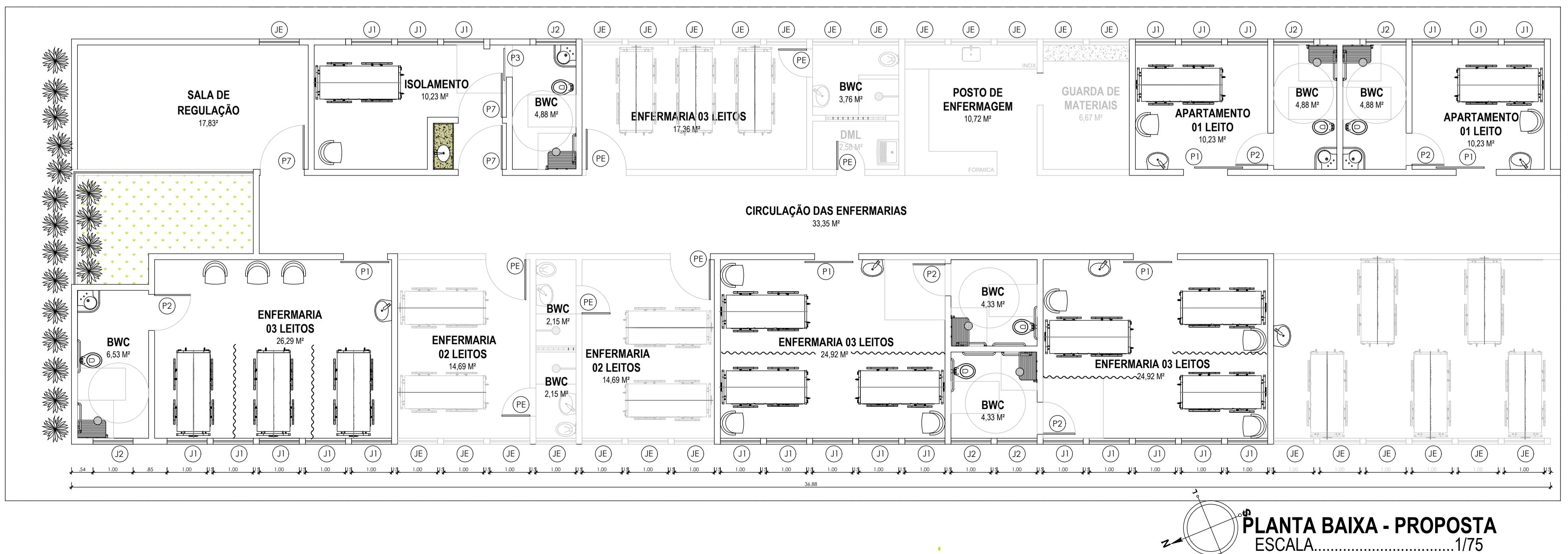
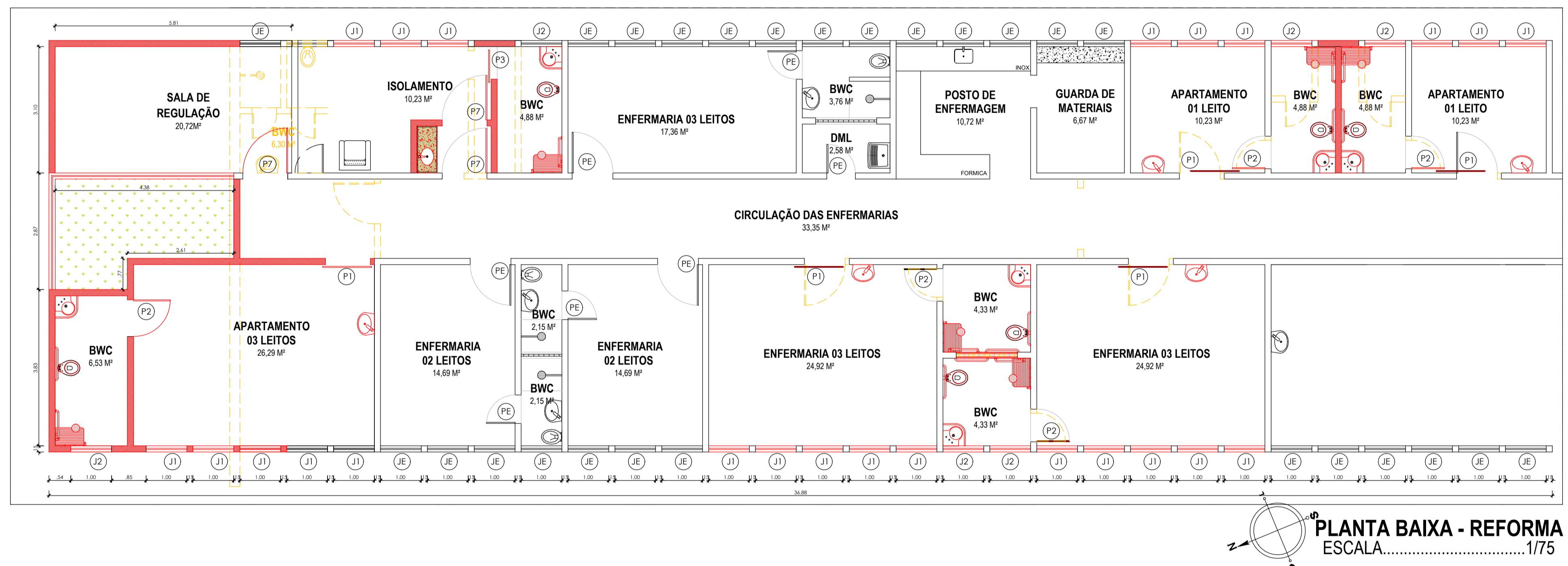
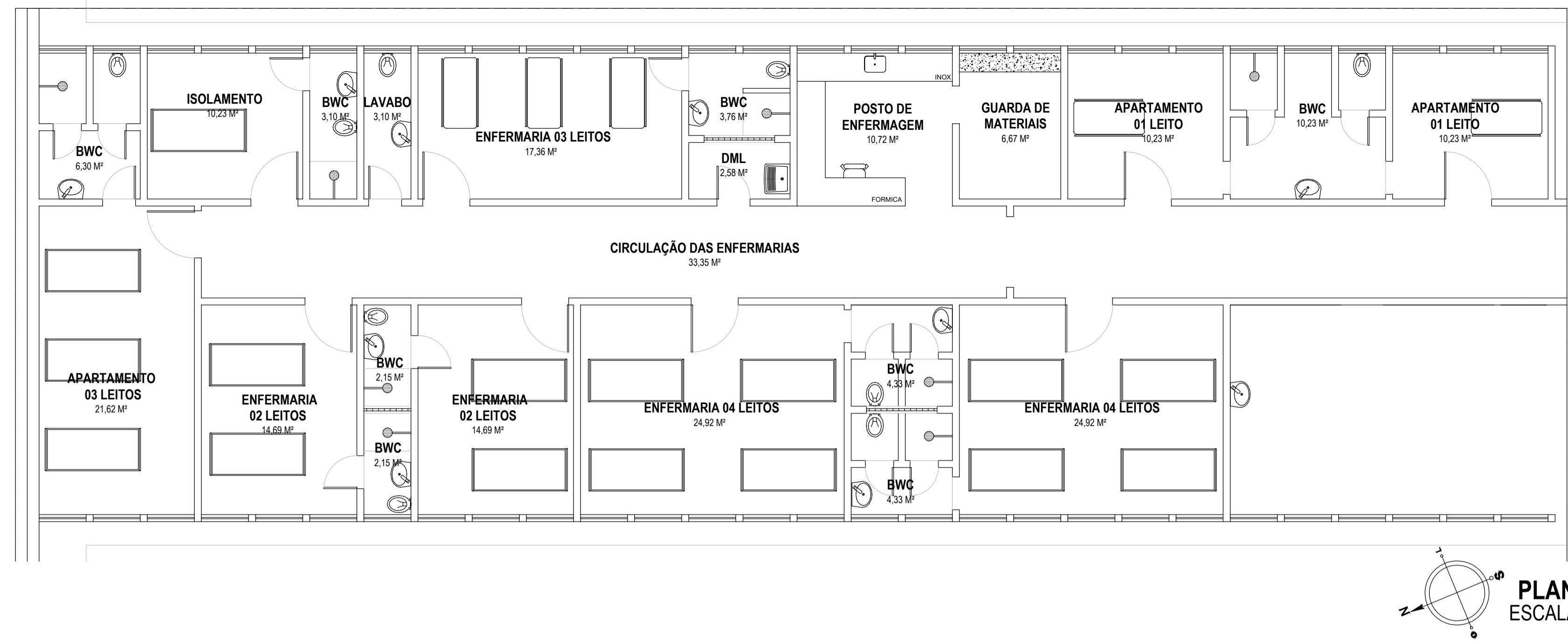
PLANTA BAIXA - REFORMA
ESCALA.....1/50



MOCKUP - ATUAL
ESCALA.....1/1500

LENGENDA - REFORMA	
EXISTENTE	[Solid black box]
A DEMOLIR	[Dashed yellow box]
A CONSTRUIR	[Red box]

	CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	PRANCHA: 06/09
TÍTULO DO TRABALHO: IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIÁTRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES. ENDERECO: Bairro de Nossa Senhora da Apresentação, Natal, Rio Grande do Norte.		
DISCENTE: CAMILA SENAS DE CRISTO	DATA: SETEMBRO/2025	
ORIENTADOR(A): CAMILA FURUKAWA	ÁREA DO TERRENO: 18.236,10m²	
ÁREA CONSTRUÍDA: 4.596,42m²	ÁREA DE COBERTURA: 5.690 m²	
ÁREA PERMEÁVEL: 4.511,51 m²	ESCALA: INDICADA	
CONTEÚDO DA PRANCHA: PLANTA BAIXA - CIRCULAÇÃO		



QUADRO DE ESQUADRIAS					
PORTAS				DESCRIÇÃO	
ITEM	LARG	ALT	PEIT	QTDE.	
P1	1.10	2.10	---	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - CORRER - 1 FOLHA	
P2	0.80	2.10	---	PORTA DE MADEIRA COM CHAPA METALICA E BARRA DE APONTO - GIRO - 1 FOLHA	
P3	0.80	2.10	---	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	
P4	0.60	2.10	---	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	
P5	1.60	2.10	---	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - GIRO - 2 FOLHAS	
P6	0.80	2.10	---	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	
P7	1.10	2.10	---	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - GIRO - 1 FOLHA	
JANELAS				DESCRIÇÃO	
ITEM	LARG	ALT	PEIT	QTDE.	
J1	1.00	2.80	0.00	2.80	JANELA DE VIDRO - CORRER - 1 FOLHA FIXA E 2 DE CORRER
J2	1.40	2.10	0.00	2.94	JANELA DE VIDRO - BASCULANTE - 1 FOLHA
J3	2.10	2.10	0.00	4.41	JANELA DE VIDRO - BASCULANTE - 3 FOLHAS
V1	2.09	1.10	1.00	2.29	VISOR DE VIDRO - FIXO - 1 FOLHA

LENGENDA - REFORMA	
EXISTENTE	[Solid Box]
A DEMOLIR	[Yellow Dashed Box]
A CONSTRUIR	[Red Solid Box]



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
PRANCHA:
07/09

TÍTULO DO TRABALHO:	IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIATRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES.		
ENDEREÇO:	Bairro de Nossa Senhora da Apresentação, Natal, Rio Grande do Norte.		
DISCENTE:	CAMILA SENAS DE CRISTO		
ORIENTADOR(A):	CAMILA FURUKAWA		
DATA:	SETEMBRO/2025		
ÁREA DO TERRENO:	18.236,10m ²		
ÁREA CONSTRUÍDA:	4.596,42m ²	ÁREA DE COBERTURA:	289.90 m ²
ÁREA PERMEÁVEL:	273.78 m ²		
ESCALA:	INDICADA		

18.236,10m²

INDICADA

273.78 m²

INDICADA

Janela com peitoril fixo e
duas folhas de correr em acrílico
com brise do lado externo

Forro de gesso
com iluminação
embutida (DET.01)

Janela de correr com perfil em
alumínio e folha em acrílico,
peitoril com folha em acrílico,
com brise externo

Chuveiro Max Deca com Desviador

Barra de apoio em aço inox (70cm),
acabamento escovado.

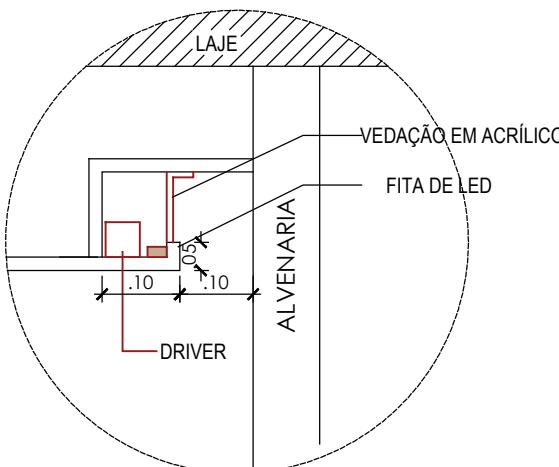
Barra de apoio em aço inox (70cm),
acabamento escovado.



CORTE A'A - ENFERMARIA 3 LEITOS
ESCALA.....1/30

Alarme de emergência em cor
contrastante a da parede instalado a
40cm do piso acabado

Banco articulado, com cantos
arredondados, superfície antiderrapante,
45 x 70 cm, suporte para 150 kg.



DET.01
SEM ESCALA



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
PRANCHA:
08/09

TÍTULO DO TRABALHO:
IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL
PEDIÁTRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL
MÁRIA ALICE FERNANDES.
ENDERECO: Bairro de Nossa Senhora da Apresentação, Natal, Rio
Grande do Norte.

CONFÉDUCO DA PRANCHA:
CDTES -ENFERMARIAS
3 LEITOS

DISCENTE:
CAMILA SENAS DE CRISTO

DATA:
SETEMBRO/2025

ORIENTADOR(A):
CAMILA FURUKAWA

ÁREA DO TERRENO:
18.236,10m²

ÁREA CONSTRUÍDA:

4.596,42m²

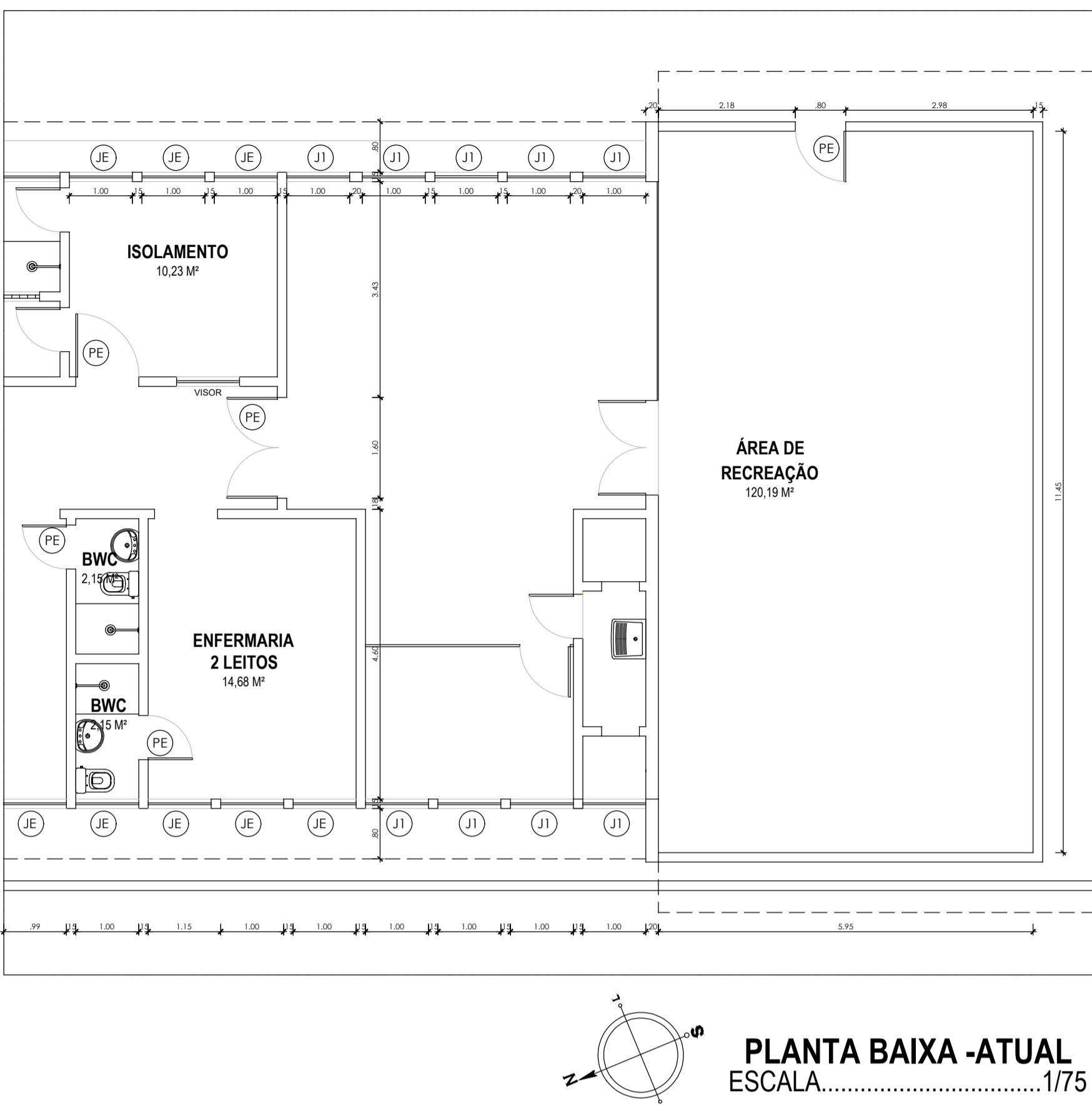
ÁREA DE COBERTURA:

5.690 m²

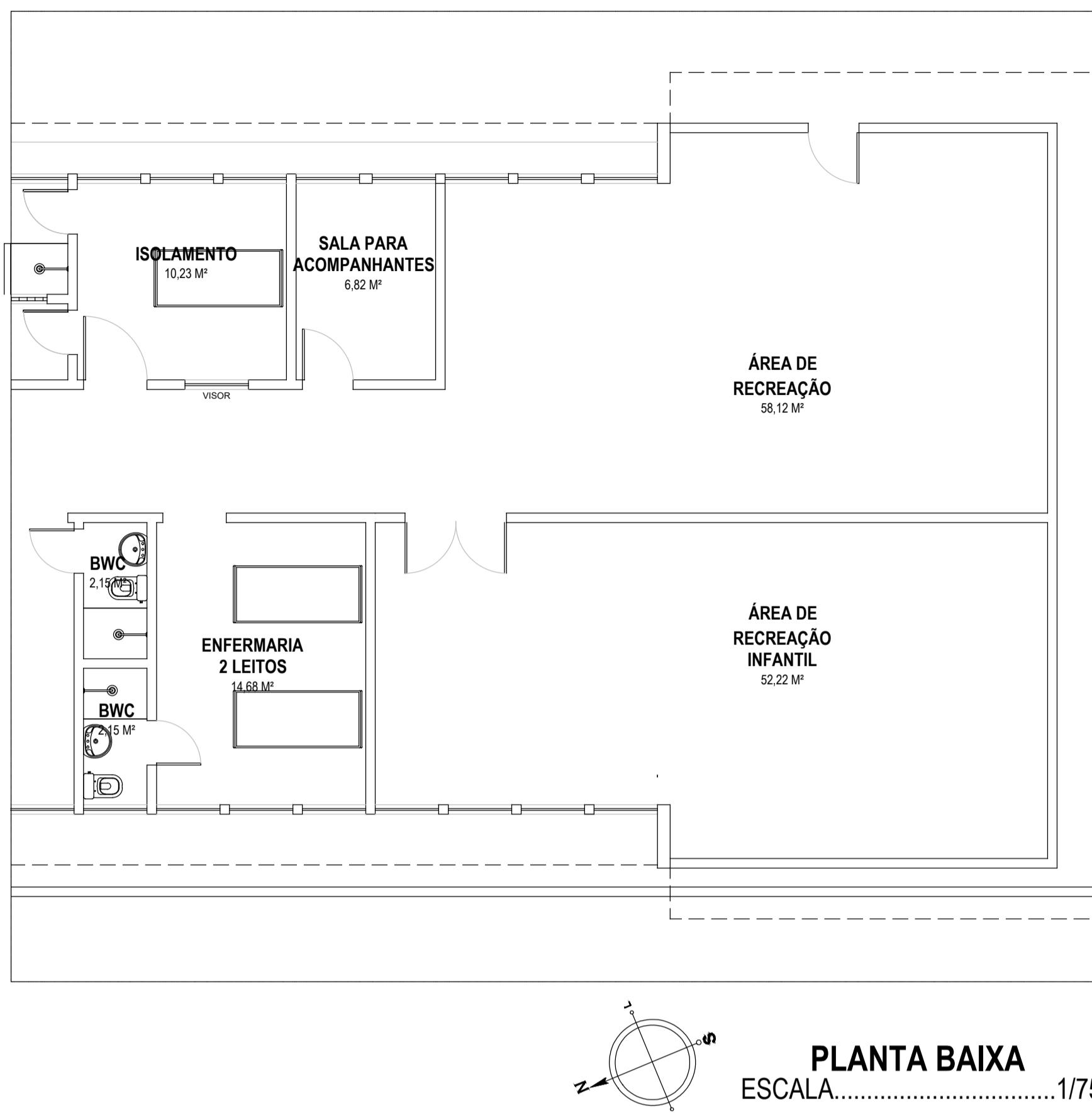
ÁREA PERMEÁVEL:

4.511,51 m²

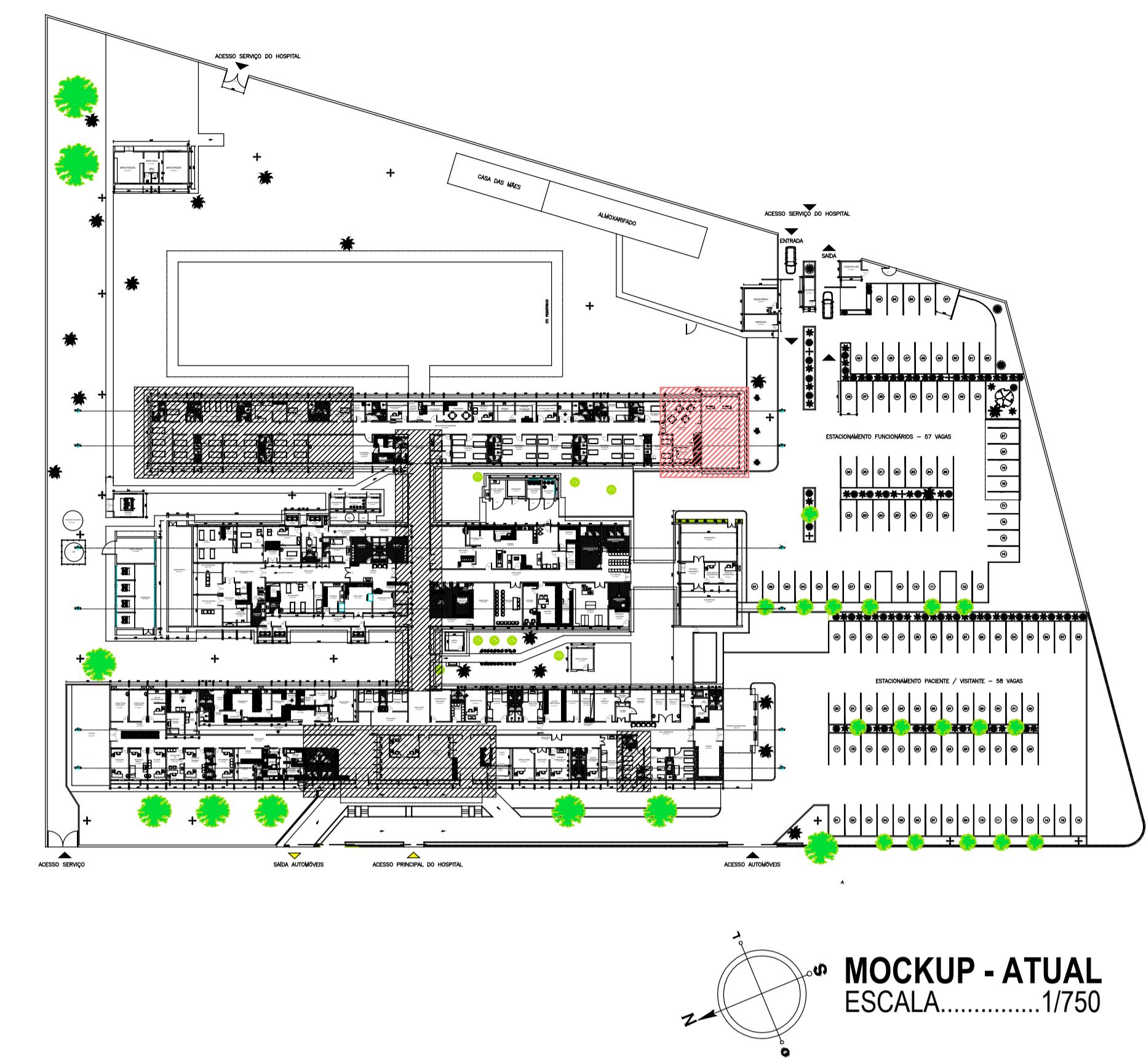
ESCALA:
INDICADA



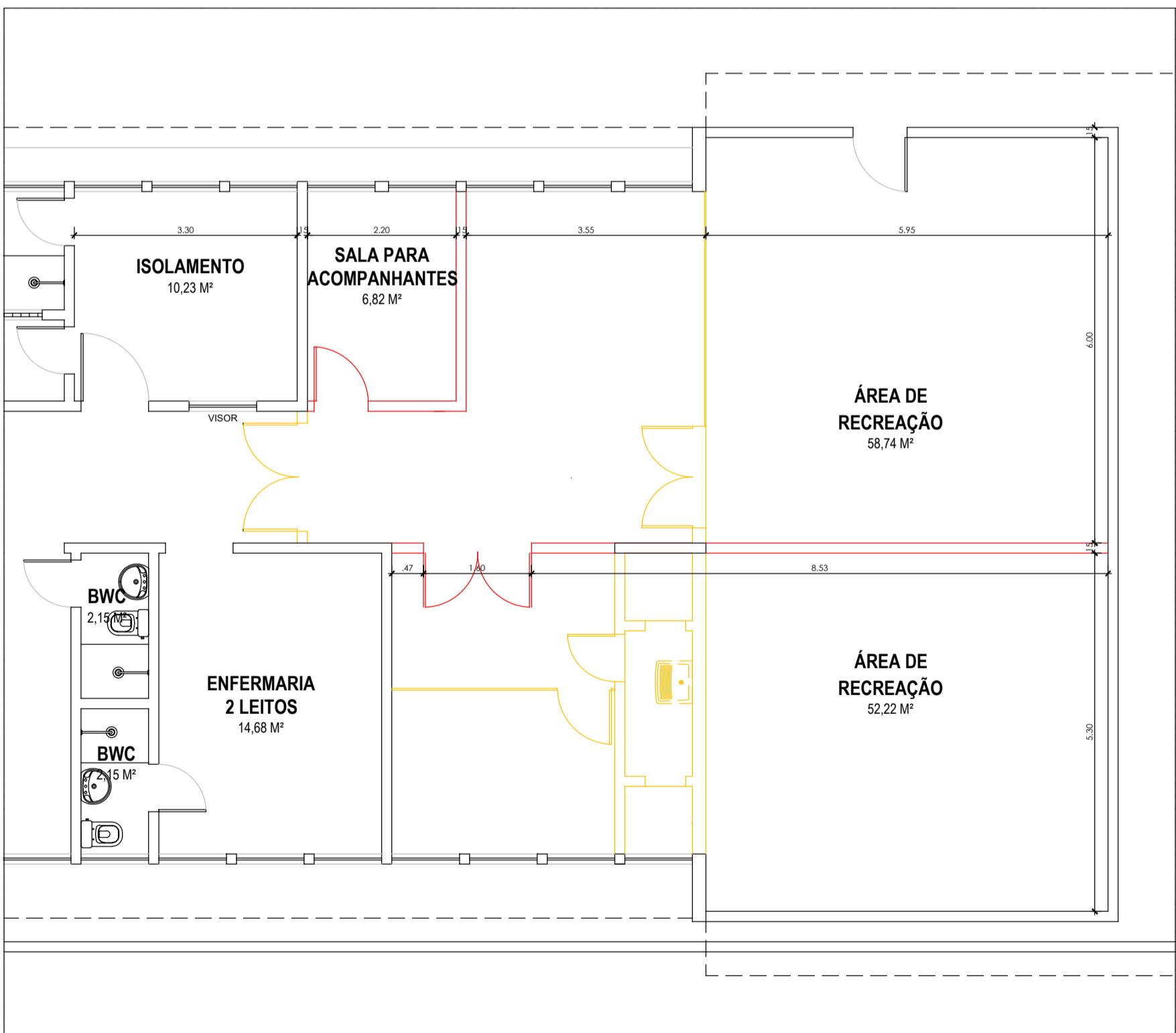
PLANTA BAIXA -ATUAL
ESCALA.....1/75



PLANTA BAIXA
ESCALA.....1/75



MOCKUP - ATUAL
ESCALA.....1/750



PLANTA BAIXA -REFORMA
ESCALA.....1/75

QUADRO DE ESQUADRIAS					
PORTAS					
ITEM	LARG	ALT	PEIT	DESCRIÇÃO	QTDE
P1	1.10	2.10	...	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - CORRER - 1 FOLHA	05
P2	0.80	2.10	...	PORTA DE MADEIRA COM CHAPA METALICA E BARRA DE APOIO - GIRO - 1 FOLHA	07
P3	0.80	2.10	...	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	01
P4	0.60	2.10	...	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	02
P5	1.60	2.10	...	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - GIRO - 2 FOLHAS	01
P6	0.80	2.10	...	PORTA DE MADEIRA - GIRO - 1 FOLHA	01
P7	1.10	2.10	...	PORTA DE MADEIRA COM VISOR - GIRO - 1 FOLHA	02

JANELAS					DESCRIÇÃO	QTDE
ITEM	LARG	ALT	PEIT	ÁREA	DESCRIÇÃO	QTDE
J1	1.00	2.80	0.00	2.80	JANELA DE VIDRO - CORRER - 1 FOLHA FIXA E 2 DE CORRER	56
J2	1.40	2.10	0.00	2.94	JANELA DE VIDRO - BASCULANTE - 1 FOLHA	08
J3	2.10	2.10	0.00	4.41	JANELA DE VIDRO - BASCULANTE - 3 FOLHAS	01
V1	2.09	1.10	1.00	2.29	VISOR DE VIDRO - FIXO - 1 FOLHA	01

LEGENDA - REFORMA		
EXISTENTE		
A DEMOLIR		
A CONSTRUIR		



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

PRANCHA:
09/09

TÍTULO DO TRABALHO:	IMPLEMENTAÇÃO DE LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL PEDIÁTRICO: ANTEPROJETO DE REFORMA DO HOSPITAL MARIA ALICE FERNANDES.		
ENDEREÇO:	Bairro de Nossa Senhora da Apresentação, Natal, Rio Grande do Norte.		
DISCENTE:	CAMILA SENAS DE CRISTO		
ORIENTADOR(A):	CAMILA FURUKAWA		
DATA:	SETEMBRO/2025		
ÁREA DO TERRENO:	18.236,10m²		
ÁREA CONSTRUÍDA:	4.596,42m²	ÁREA DE COBERTURA:	289.90 m²
ÁREA PERMEÁVEL:	273.78 m²		ESCALA: INDICADA

CONTEÚDO DA PRANCHA:
PLANTA BAIXA
PROPOSTA-REFORMA