

CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA EM SEARA-SC

Júlia Lorenza de Brito¹
Nilson Berticelli²

RESUMO

A qualidade e variedade de tratamentos disponíveis para a recuperação física de pacientes com problemas de mobilidade ou deficiências está em constante evolução no Brasil e no mundo, buscando sempre atingir resultados melhores e de forma mais rápida, garantindo uma vida melhor aos pacientes e seus familiares. Na cidade de Seara, localizada no oeste de Santa Catarina, os serviços disponíveis se destacam pelos bons resultados, no entanto, ainda se encontram em pontos isolados da cidade e com estrutura apenas adaptada. Essa pesquisa é realizada a partir do questionamento como melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência ou limitações físicas e seus familiares? Buscando a concepção de um centro focado em unificar esses tratamentos, e criar um ambiente que seja inclusivo aos pacientes, incentivando a comunicação entre os mesmos, suas famílias e os profissionais. Este trabalho tem como objetivos, conhecer e compreender diferentes deficiências, suas particularidades e tratamentos, compreender normativas relativas ao desenvolvimento de um centro de reabilitação física, desenvolver estudos de casos, analisar o contexto urbano e estabelecer as diretrizes projetuais. A pesquisa tem caráter exploratório, através de método indutivo, seguindo as etapas de pesquisa bibliográfica, estudos de caso, análise do local e entorno, definição de diretrizes e concepção final do anteprojeto.

Palavras-chave: Arquitetura hospitalar; Reabilitação física; Seara-SC.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o campo da saúde vem atraindo constantemente a atenção da mídia e da população em geral, devido à ocorrência de epidemias, pandemias, reconhecimento de novos remédios, vacinas e outros tratamentos e procedimentos. No contexto da reabilitação física não houve tanta atenção diretamente para essa área da saúde, no entanto, sabe-se que ela atua diretamente na recuperação de muitos casos de acidentes, doenças graves, deficiências, e até mesmo na manutenção de movimentos com o avanço da idade.

A cidade de Seara-SC apresenta recente evolução na qualidade de seu atendimento fisioterapêutico. Diversos profissionais instalaram clínicas na cidade nos últimos anos, muitos deles ainda recém formados, e com o apoio da prefeitura foram surgindo novos projetos e técnicas que visam melhorar a qualidade de vida da parcela da população que depende desse sistema de apoio.

¹ Graduanda do curso de Arquitetura e Urbanismo – Uceff Faculdades. julia.brito@uceff.edu.br

² Docente e orientador – Uceff Faculdades. nilson@uceff.edu.br.

No entanto, essa rede de tratamentos e terapias se desenvolve forma rápida e não planejada em sua totalidade, uma vez que muito depende do poder público e licitações, fazendo com que o resultado final seja de espaços minimamente adaptados à prática de tais atividades, isolando os participantes e reduzindo o contato dos mesmos com pessoas em situações semelhantes, afetando também a comunicação de profissionais e da família. Dessa forma, surge o questionamento: **Como melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência ou limitações físicas e familiares?** Perante o questionamento, se busca criar um complexo de reabilitação física na área urbana central de Seara, criando um espaço amplo e diversificado que atenda à necessidade do município, tenha uma estrutura ideal para a realização de tratamentos terapêuticos e permita a formação de uma rede de apoio e integração social aos pacientes, englobando o círculo social de profissionais, familiares e amigos.

Os objetivos do presente trabalho são conhecer e compreender comportamentos e necessidades envolvidas no tratamento de deficiências. Analisar as normativas regentes na concepção de projetos de reabilitação física, pesquisar e desenvolver estudos de caso seguindo a metodologia de Pause e Clark (1997) visando melhorar a compreensão do funcionamento do projeto proposto, analisar o contexto urbano onde o complexo será inserido, criar diretrizes projetuais para a implementação da proposta e desenvolver o anteprojeto para o complexo de reabilitação física.

A criação de um complexo que unifique as terapias de reabilitação da cidade se mostra benéfica devido ao grande giro de pessoas, entre pacientes e profissionais, uma vez que muitos dos pacientes da cidade necessitam de tratamento apenas temporariamente, e também de forma a criar uma estrutura ideal, e não apenas adaptada, ao funcionamento de todos os processos, tornando os resultados mais eficientes, recuperações mais rápidas, comunicações facilitadas entre profissionais e a maior integração social dos pacientes.

A pesquisa tem como base o método indutivo, de abordagem exploratória, se baseando em arquivos bibliográficos, como livros, teses e artigos, e normativos, realização de estudos de caso, levantamentos e estudos do entorno. Então, são definidas as diretrizes para a concepção do anteprojeto. O trabalho se divide em três etapas principais. Em um primeiro momento são feitos levantamentos de dados e informações necessárias para o conhecimento do tema, do público e de especificidades envolvidas no contexto, através da busca de referências em livros, artigos, teses, normativos e outros, seguindo da etapa de análise dos resultados e conhecimento de campo, desenvolvendo mapas para o embasamento e auxílio da formulação da proposta final e por fim, o desenvolvimento da proposta final para o anteprojeto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITUAÇÃO

Ao conceber um projeto de um Complexo de Reabilitação Física é de fundamental importância que se compreenda o conceito dos termos “deficiência” e “reabilitação”. De acordo com o Relatório Mundial Sobre a Deficiência, elaborado pela OMS (2011), o termo deficiência é colocado como “um conceito em evolução”, e que não se relaciona somente à limitação da pessoa, mas também às barreiras externas que impedem que o mesmo participe igualmente na sociedade, como comportamentos excludentes e um ambiente desfavorável.

Ainda conforme a OMS (2011), o termo reabilitação é definido como “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” visando melhorar a capacidade e independência individual, aumentando sua qualidade de vida, e deve acontecer em um processo cíclico de cinco etapas, sendo identificar problemas e necessidades; definir aspectos modificáveis e limitantes; definir objetivos e medidas adequadas; planejar e pôr em prática intervenções e, por fim, avaliar os resultados e passos futuros. Esse processo pode acontecer através de acompanhamento, exercícios, terapia e dispositivos assistivos.

A OMS (2011) ainda coloca que médicos com diversos níveis de especializações podem estar envolvidos no processo de reabilitação, desde fisiatras, médicos com especialização em reabilitação, além de psiquiatras, oftalmologistas, neurocirurgiões, ortopedistas e outros terapeutas.

2.2 CONTEXTO HISTÓRICO

Apesar da dedicação atual da sociedade em incluir a população com deficiência e desenvolver tratamentos e terapias que lhes garantam melhor qualidade de vida, esse nem sempre foi o tratamento dedicado a essas pessoas. Para Silva (2009), deficiências, deformações, traumas e doenças incapacitantes conhecidas atualmente sempre estiveram presentes na sociedade, apenas eram tratadas com abordagens distintas.

De acordo com Gugel (2007), no período da pré-história as pessoas com deficiência não apresentavam muitas chances de sobrevivência, devido ao ambiente hostil em que viviam, em que necessitavam realizar atividades como a caça para sobreviver.

Enquanto isso, nas primeiras civilizações, o tratamento dirigido a essas pessoas variava em cada contexto. Conforme Gugel (2007), na civilização egípcia, não havia discriminação com essas pessoas, respeitá-las era visto como dever moral. Já nas civilizações grega e romana, principalmente por serem sociedades em constante estado de guerra, a deficiência era completamente rejeitada. Crianças nascidas com deficiências visíveis eram abandonadas ou sacrificadas, como em Esparta, em Roma ainda sendo vistos como “monstros”, sendo permitido que o próprio pai matasse a criança, perante o julgamento de cinco vizinhos.

Mais tarde, juntamente com o surgimento do cristianismo, surgiram os hospitais e casas de apoio e passou-se a condenar a morte de crianças com deficiência. No entanto, Gugel (2007) coloca que as deficiências eram vistas como castigos divinos, e ainda resultaram no abandono e exclusão social, principalmente durante o período da Idade Média. Então, somente após o final deste período começaram a serem desenvolvidos avanços reais em opções de tratamentos destinados a essas pessoas, com o surgimento do Renascimento, valorização de pesquisas e o fim da mentalidade de que as deficiências se associavam à possessão demoníaca.

Ainda conforme Gugel (2007), é a partir dos séculos XIX e XX que passa a se ter uma necessidade maior de reabilitar principalmente pessoas adultas, que vieram a sofrer consequências físicas com as guerras e conflitos, de forma que pudessem continuar a participar do desenvolvimento funcional e econômico da sociedade. No entanto, é somente a partir da 2ª Guerra Mundial, com o fim da propaganda nazista contra deficientes e a criação da ONU e da Declaração Universal dos Direitos Humanos que o cenário mudou, permitindo que, em acordo com o artigo 25º, essas pessoas tivessem acesso à uma sociedade mais inclusiva e receber o auxílio técnico e tratamentos necessários para garantir sua qualidade de vida e independência.

A Declaração dos Direitos Humanos coloca:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

No cenário brasileiro, surgiram no século XX instituições de cunho social e caritativo responsáveis pelo amparo às pessoas com deficiência, porém, mantendo a mesma característica de exclusão que acontecia no resto do mundo. Citando Dantas (2010).

As ideias e práticas sociais de cunho assistencialista se reproduzem historicamente no cenário brasileiro como forma principalmente de reforçar o paternalismo do Estado,

mantendo as classes populares desmobilizadas favorecendo o processo de acumulação capitalista.

De acordo com Dantas (2010), após a elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos, foram criadas no Brasil instituições focadas na reabilitação e na promoção da educação especial, o que resultou na criação de diversas outras semelhantes. Essas instituições reforçaram a quebra do paradigma de que a deficiência se sobrepõe a pessoa, impedindo-a de levar uma vida plena e passa a acreditar em nova proposta que sugere que com o apoio adequado, através de capacitação, habilitação ou reabilitação, a pessoa com deficiência pode ser naturalmente incluída na sociedade, principalmente no sistema educacional.

Conforme Dantas (2010),

Hoje, além da Constituição Federal de 1988 temos a LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), que confere à pessoa com deficiência o direito de estar inserido na rede regular de ensino, tendo a educação especial como “complemento” e não como “substitutivo”, ou seja, mesmo que a pessoa com deficiência frequente a rede especial, esta não pode deixar de estar matriculada na rede regular de ensino.

2.3 INCLUSÃO SOCIAL

Após um longo período de severa exclusão social, o processo de inclusão da pessoa com deficiência passou a ser discutido conforme o previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, e desde então busca-se compreender como deve ser o funcionamento deste em cada etapa da vida do indivíduo, de forma a integrá-lo principalmente em dois dos círculos sociais mais importantes no desenvolvimento pessoal, a escola e o trabalho.

Segundo Bortman, Locatelli, Bandini e Rebelo (2014, p.21):

Incluir quer dizer fazer parte, ou seja, inclusão é a ação de inserir alguém ou um grupo representativo na sociedade. Portanto, pode-se dizer que incluir uma pessoa com deficiência significa torná-la participante da vida social, econômica e política e assegurar o respeito aos seus direitos.

Conforme Maciel (2000), no ano de 1994 foi realizada em Salamanca, na Espanha, a Conferência Mundial de Educação Especial, em que foram decididos pontos importantes para o avanço da realidade escolar das crianças com deficiência, culminando na elaboração da Declaração de Salamanca, que influencia as diretrizes da educação brasileira. Dentre os pontos mais relevantes se destacam que todas as crianças têm direito fundamental à educação, e devem ter a oportunidade de atingir o nível adequado de aprendizado, tendo acesso ao ensino regular de orientação inclusiva, que criem uma comunidade acolhedora para a mesma.

De acordo com a Cartilha Viver sem Limite - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, “o acesso à educação é direito de todos, sem discriminação, em igualdade de oportunidades”, e é necessário que os ambientes escolares sejam equipados com mobiliários e materiais pedagógicos e de acessibilidade adequados a atender especificidades de cada contexto. É exigida não apenas a colocação de uma Sala de Recursos Multifuncionais e a implantação de acessibilidade arquitetônica e equipamentos de tecnologia assistiva dentro do espaço escolar, mas também o transporte adequado para o aluno, de forma a garantir que toda criança em idade escolar esteja participando devidamente do sistema regular de ensino.

Já no campo de trabalho, é estabelecido pela Constituição Federal, em seu artigo 5º, que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”, enquanto o artigo 7º coloca uma visão mais direcionada à inclusão da pessoa com deficiência.

CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA (1988), Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: XXXI - proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência.

De acordo com Bortman, Locatelli, Bandini e Rebelo (2014), a responsabilidade por garantir que a pessoa com deficiência seja adequadamente incluída no mercado de trabalho cabe não a capacidade do trabalhador em se adaptar ao que é exigido, mas sim do sistema em buscar alternativas na adaptação do trabalho às necessidades do trabalhador, valorizando sua participação, combatendo a exclusão e a discriminação.

2.4 A INFLUÊNCIA DA ARQUITETURA

O aspecto tradicional da arquitetura de edifícios de saúde, principalmente hospitalares, é conhecido por causar sensações de impessoalidade e desconforto, tornando mais desagradável o processo já desgastante da recuperação da enfermidade. Para contornar esses efeitos, os elementos projetuais utilizados devem ser trabalhados de forma que o resultado final não seja tão impactante para as condições do paciente. Segundo Villarouco, Ferrer, Paiva, Fonseca e Guedes (2021), na década de 1960 se iniciaram pesquisas e estudos sistemáticos acerca das relações entre os elementos arquitetônicos e naturais e de que formas estes afetam o comportamento das pessoas, também é colocado que:

Até mesmo o conhecimento da saúde do cérebro e seu desenvolvimento podem ser interessantes para escolhas projetuais que ofereçam qualidade de vida específica para pessoas com deficiência, crianças, idosos ou mesmo adultos em busca de um estilo de

vida menos estressante. (VILLAROUCO, FERRER, PAIVA, FONSECA, GUEDES, 2021, p.47).

Estes autores apontam ainda que o sentido mais utilizado na percepção de ambientes é a visão, que interpreta os elementos do ambiente através da noção de iluminação, como a noção da passagem do tempo com o ciclo noite-dia, cores que o manterão em estado de alerta ou o deixarão mais calmo, posicionamento de objetos, entre outros, podendo influenciar também na interpretação dos outros sentidos. No entanto, não é apenas a interpretação momentânea que criará a impressão do ambiente, uma vez que “o processo de percepção envolve tanto o reconhecimento das propriedades físicas do ambiente (forma, tamanho, profundidade, iluminação, etc), quanto o estado emocional e afetivo do observador, em que todos atuam sobre o comportamento humano.” (2021, p.91).

No caso de ambientes de recuperação, há uma memória negativa associada à necessidade de estar passando por tal processo, devido a enfermidade ou trauma, gerando uma situação estressante, de acordo com Martins (2004). Diante do exposto, a arquitetura deve surgir como um instrumento terapêutico, integrando elementos como conforto ambiental, uso de cores harmônicas, equilibrar o uso de iluminação natural com artificial, utilização adequada dos espaços, incentivo a convivência e desenvolvimento individual e coletivo, controle de ruídos e de mudanças de temperatura, tornando o ambiente agradável a permanência do paciente, reduzindo seu desconforto.

Diante desta questão, Battistel, Miranda e Teles (2001), afirmam que para a obtenção de resultados melhores e mais rápidos, é necessário cuidar do corpo físico, assim como dos aspectos emotivo e psíquico. Nesta visão, a criação de espaços agradáveis, que promovam convívio, desenvolvimento de relações e brincadeiras são muito importantes no processo de recuperação, principalmente de crianças.

Os autores também afirmam que “o brincar está na essência do processo de construção social da personalidade da criança” e, dessa forma, deve-se desenvolver o ambiente pensando em brinquedos e atividades lúdicas adequadas a desenvoltura e interesses de todas as idades, de forma a incentivar esse processo, que favorece o equilíbrio emocional, o desenvolvimento da criatividade, inteligência e sociabilidade, expansão de potencialidades, estimula descobertas e a ampliação de relacionamentos.

Assim, é possível afirmar que ao definir a arquitetura de um ambiente de recuperação ou reabilitação é muito importante analisar quais estímulos o paciente estará recebendo e de

que forma isso poderá incentivar seu tratamento, devendo proporcionar um ambiente leve e agradável que o paciente não associe ao trauma e enfermidade.

3 METODOLOGIA

A realização deste trabalho acontecerá em etapas para facilitar a compreensão do processo de elaboração de diretrizes projetuais. A pesquisa tem abordagem exploratória, conforme Gil (2003), e segue o método indutivo (MARCONI E LAKATOS, 2003).

A etapa de pesquisa bibliográfica para a fundamentação teórica será realizada através de livros, artigos, teses e trabalhos de conclusão de curso, buscando compreender a temática proposta em nível nacional e regional, além de compreender as especificidades e legislações envolvidas na concepção de projetos do tema.

Na etapa de análises de estudos de caso será utilizada a abordagem de Pause & Clark (1987) para visualizar aspectos projetuais de edificações semelhantes, analisando elementos pertinentes à compreensão das necessidades de um complexo de reabilitação física, como fluxos, acessos, iluminação e relações volumétricas.

Na etapa de pesquisa de campo para diagnóstico será analisada a área de intervenção e o entorno, de forma a compreender especificidades e condicionantes da realização do projeto. Para realizar as análises necessárias serão utilizados mapas, imagens, imagens de satélites e serão realizadas visitas ao local.

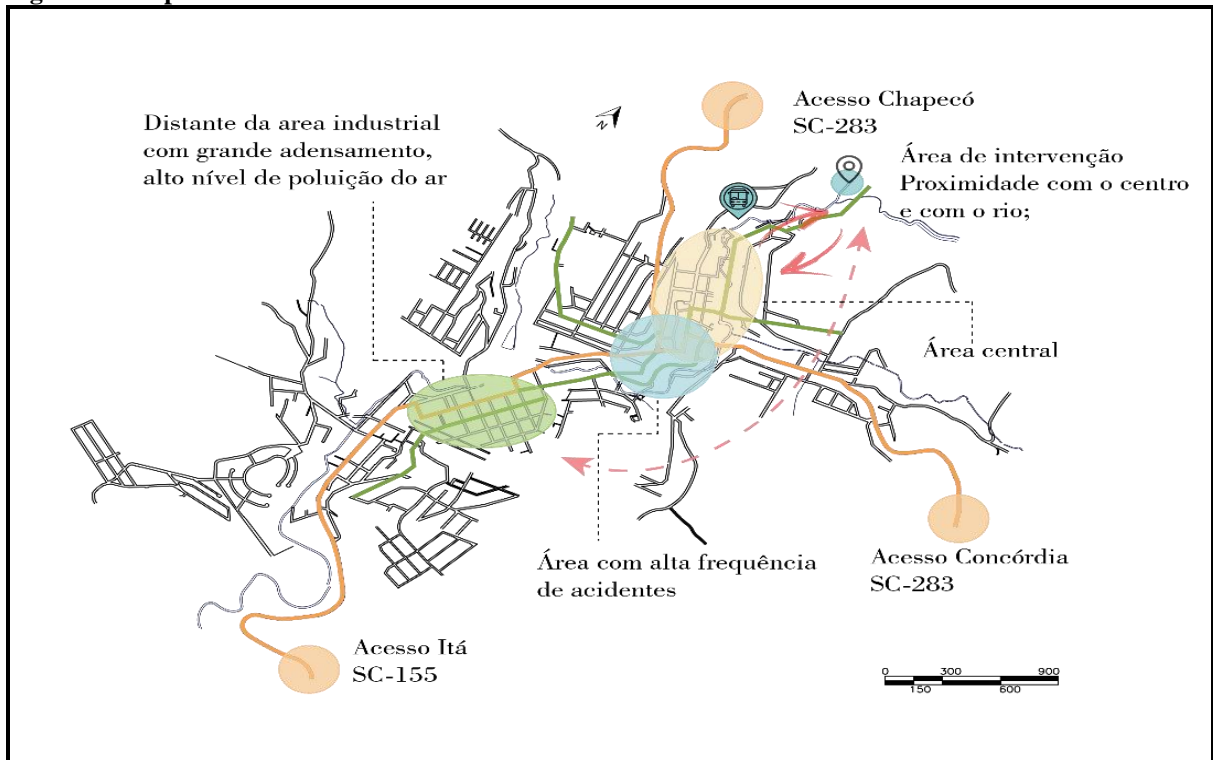
Então serão definidas as diretrizes para a concepção do anteprojeto, baseando-se nas pesquisas e análises realizadas sobre o tema, definindo conceito, partido, programa de necessidades, volumetrias e intenções gerais.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O terreno escolhido para inserir o anteprojeto se localiza no Brasil, no oeste de Santa Catarina, no município de Seara, e tem uma área de 6.054,83 m². O terreno se localiza no centro da cidade, em uma zona de interesse residencial de fácil acesso, distante da área industrial que possui grande índice de poluição e fluxo de veículos e pessoas.

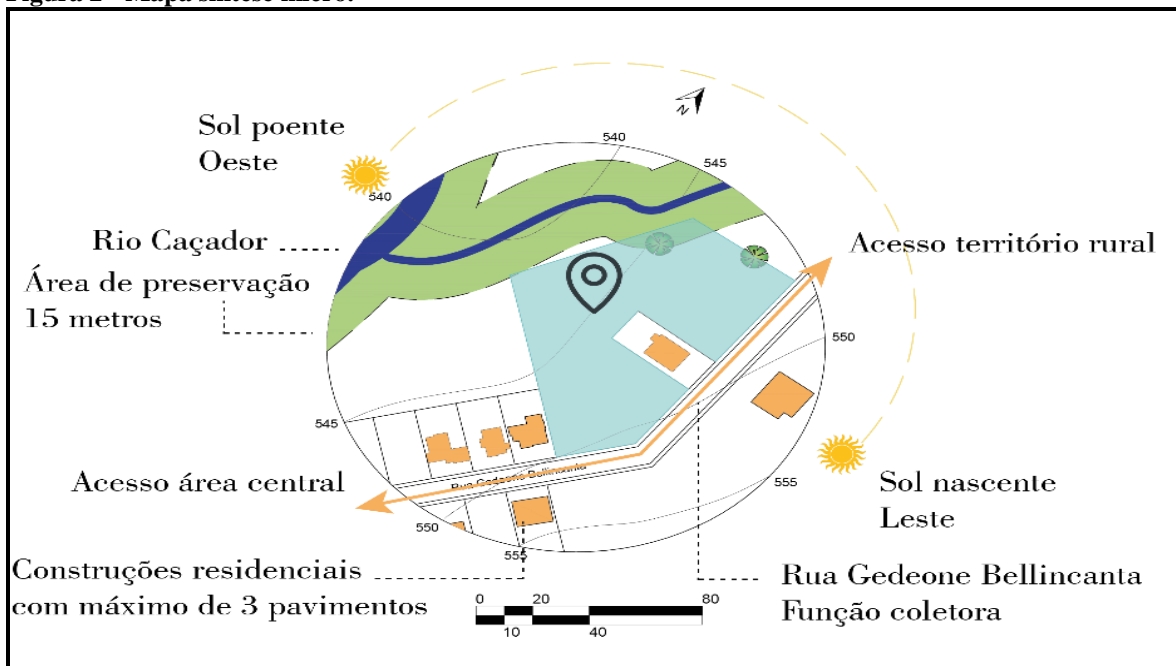
Figura 1 - Mapa síntese macro.



Fonte: Prefeitura de Seara, adaptado pela autora.

A área de estudo delimitada para levantamento de dados e características abordou um raio de aproximadamente 250 metros e 300 metros a partir do terreno, conforme a Figura 2.

Figura 2 - Mapa síntese micro.



Fonte: Prefeitura de Seara, adaptado pela autora.

A área de intervenção está localizada junto a uma via coletora, e unifica os lotes 17 a 22, atualmente possuindo uma residência unifamiliar pequena no lote 20, a ser retirada para a formulação do anteprojeto. O acesso acontece somente pela rua Gedeone Bellincanta.

Considerando o zoneamento da cidade de Seara, o terreno encontra-se em uma área classificada como uma ZIR – zona de interesse residencial, que se caracteriza por ser um espaço destinado ao uso residencial, pequenos comércios, educacional e de lazer. Apesar de estar próximo ao centro da cidade, sua infraestrutura ainda está em desenvolvimento.

Analisando seu entorno imediato, a única rua com conexão com o terreno é a rua Gedeone Bellincanta, considerada uma via coletora, ou via secundária, conforme a nomenclatura oficial da cidade, que garante o acesso para a área central e ao território rural do município.

Como citado anteriormente, a infraestrutura disponível no entorno do terreno ainda está em desenvolvimento. A rua Gedeone Bellincanta foi recentemente pavimentada com pavers, desde seu início, junto à rua Albino Sordi, que é totalmente asfaltada até o fim do perímetro urbano, onde se torna chão batido. Há calçadas em construção e algumas prontas seguindo o padrão de largura e materiais estabelecidos. Há presença de sistema de rede elétrica, água potável e coleta de lixo municipal, no entanto, a região não é atendida pelo sistema de coleta de esgoto da CASAN.

A área de intervenção apresenta um desnível de 8 metros, entre o seu ponto mais alto junto à rua Gedeone Bellincanta e o ponto mais baixo ao Norte, junto ao lote rural número 22.

A vegetação do terreno é composta por algumas árvores frutíferas comuns em zona rural, duas araucárias que, por serem consideradas árvores nativas da região, não devem ser retiradas além de outras vegetações rasteiras. Não há influência das construções próximas na insolação, porém, devido ao relevo acidentado da região, o sol da manhã demora um pouco a ser perceptível.

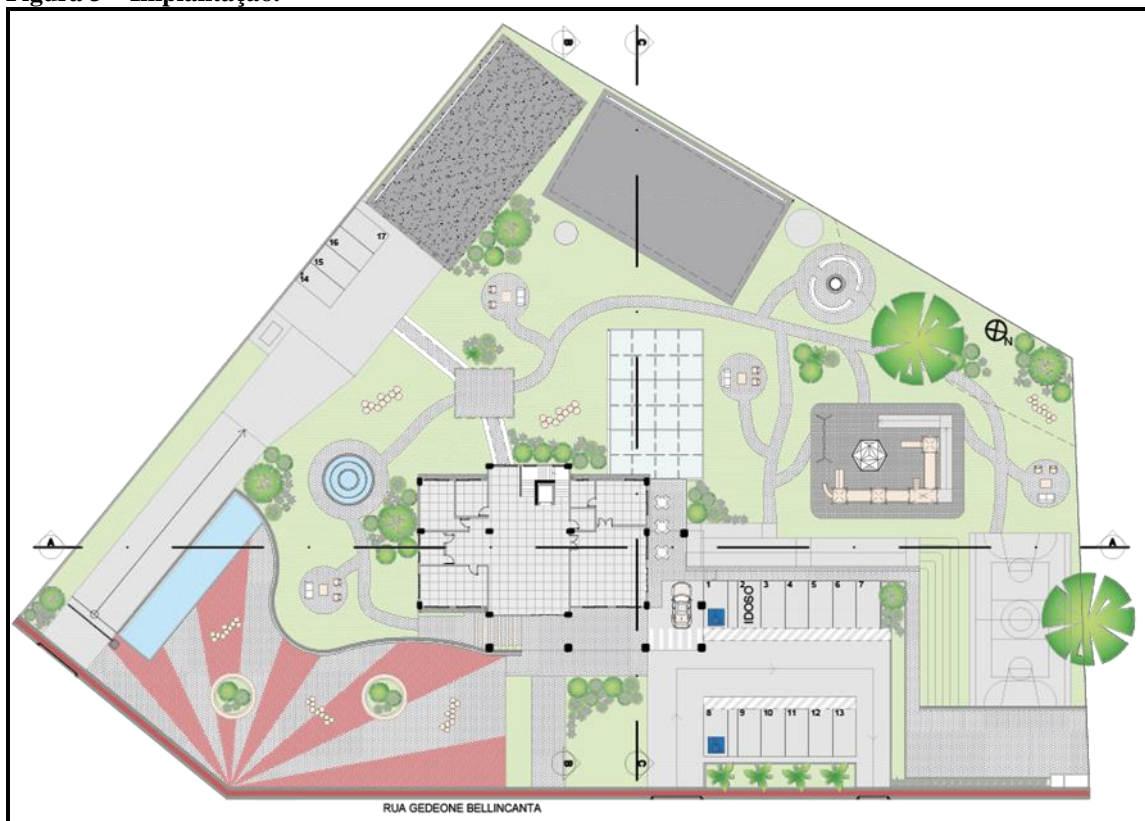
4.2 APRESENTAÇÃO DO PROJETO ARQUITETÔNICO

Com o aumento nos números de casos de acidentes e casos de pessoas com algum tipo de deficiência que atrapalham suas atividades cotidianas, o âmbito da medicina de reabilitação vem se expandindo com o passar do tempo e desenvolvendo novas terapias, tratamentos e soluções para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e garantir que, com o apoio externo necessário, possam ter uma rotina comum e em alguns casos até independente.

O projeto consiste em um centro de reabilitação física, com espaços para atendimentos de diversas naturezas, contando com salas para desenvolvimento motor, atendimentos neurológicos, além dos espaços que atendem a várias especialidades, permitindo a concentração dos pacientes e profissionais.

Por se tratar de um espaço destinado ao tratamento e recuperação de pacientes, o conceito escolhido para nortear o projeto é o acolhimento. Buscando valorizar o conforto e a segurança do paciente, além de integrá-lo em um círculo de apoio, contando com outros pacientes, familiares, profissionais e figuras públicas que podem lutar para garantir o atendimento dos direitos dessas pessoas.

Figura 3 – Implantação.

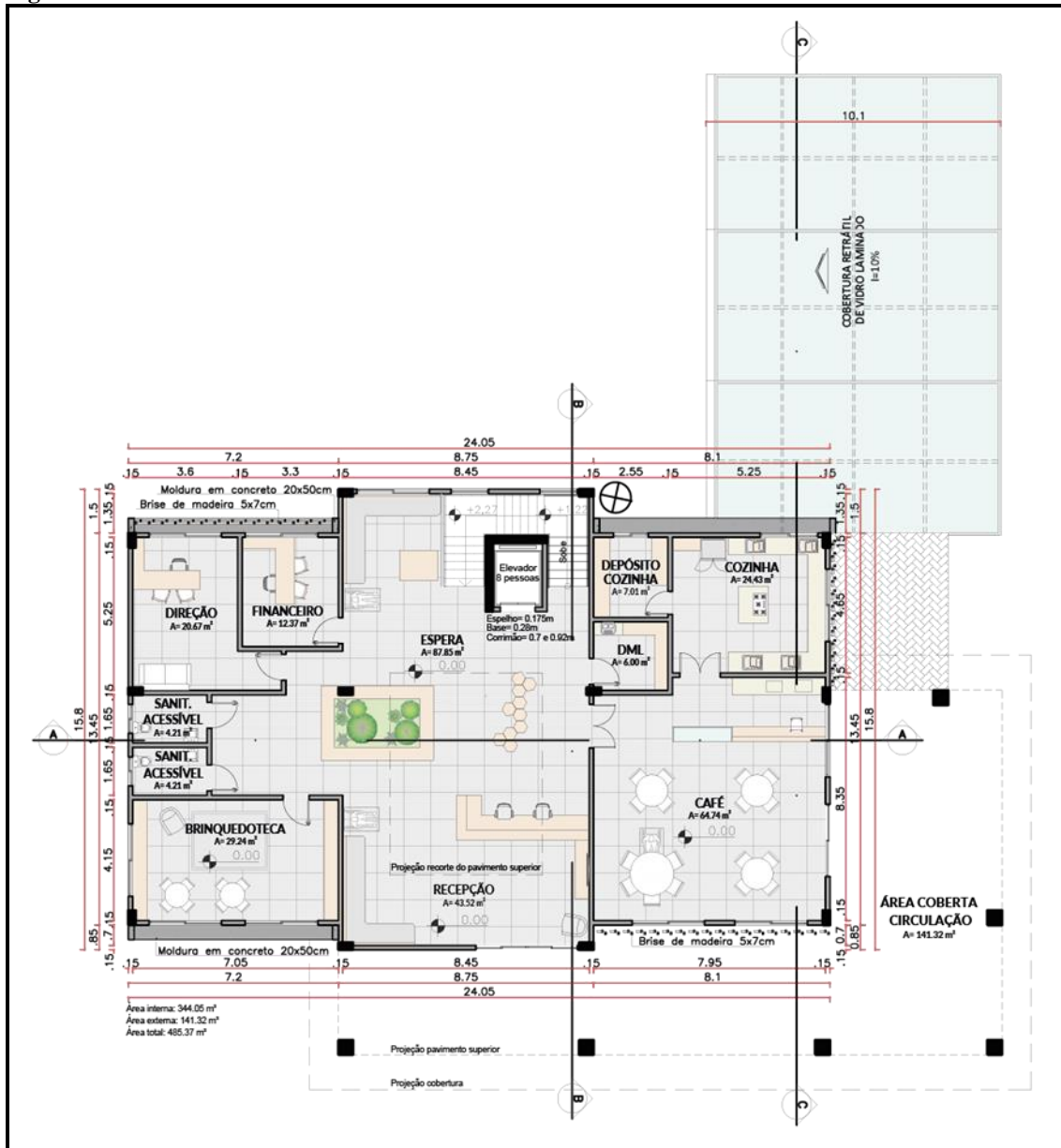


Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Na Figura 3, temos a implantação geral, onde ocorre acesso para os níveis térreo e subsolo. O acesso principal de pedestres acontece pelo lado leste do terreno, na rua Gedeone Bellincanta, além do acesso de veículos para o estacionamento no térreo, com área de embarque e desembarque. O acesso ao subsolo para veículos é restrito e controlado por videomonitoramento, enquanto pedestres podem ir pela rampa junto ao estacionamento. Fora

da construção principal estão a área da equoterapia, playground, quadra poliesportiva e a área de convívio público.

Figura 4 – Pavimento térreo.

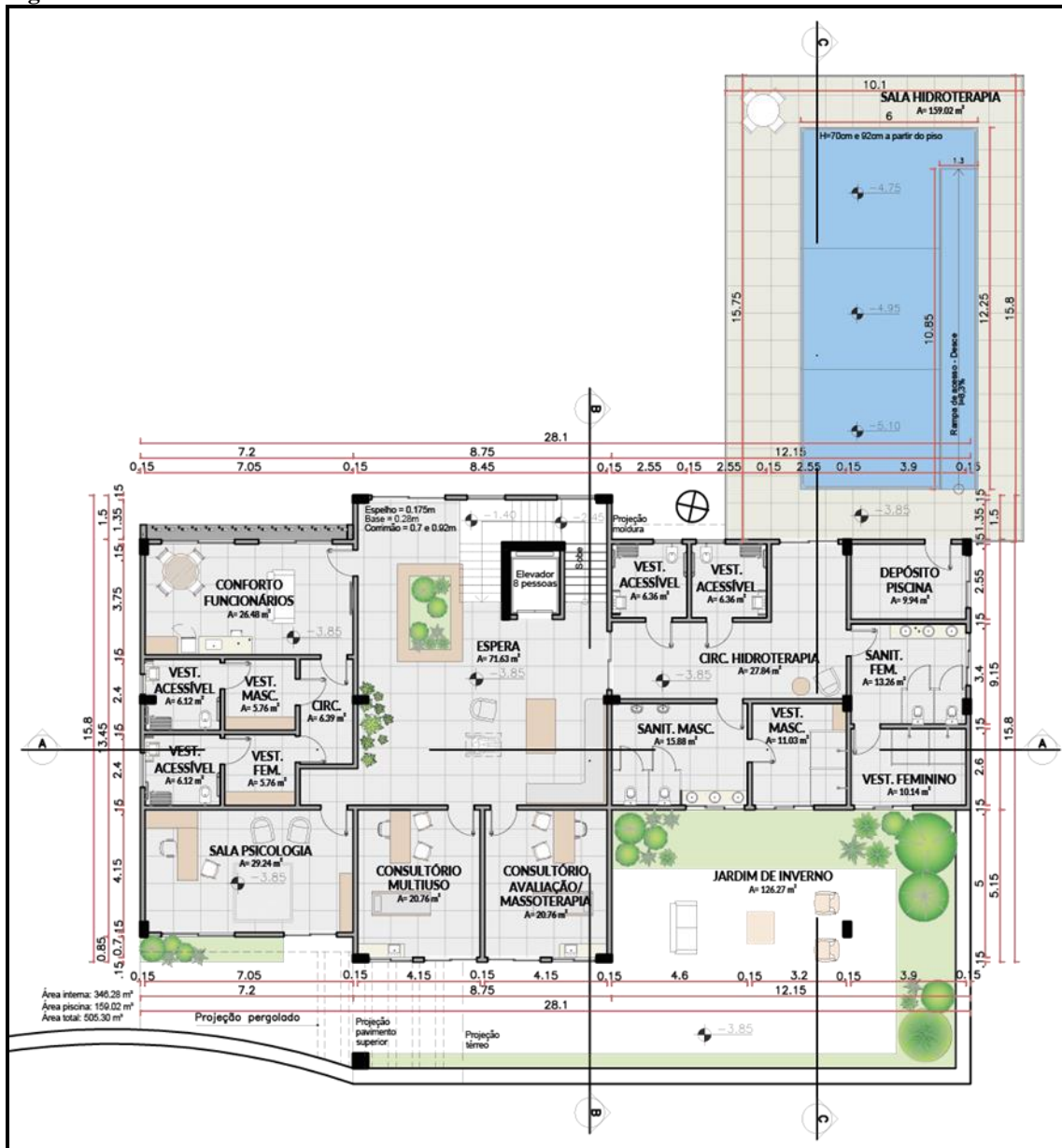


Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A Figura 4, está demonstrado o nível térreo, em que acontece o acesso principal de pedestres e ao estacionamento e área de embarque e desembarque, enquanto os acessos para a edificação acontecem pela recepção e pelo café, controlando o fluxo de pessoas.

Neste pavimento estão presentes a parte social, a administração, a brinquedoteca como espaço de atendimento e alguns espaços de apoio.

Figura 5 – Subsolo.

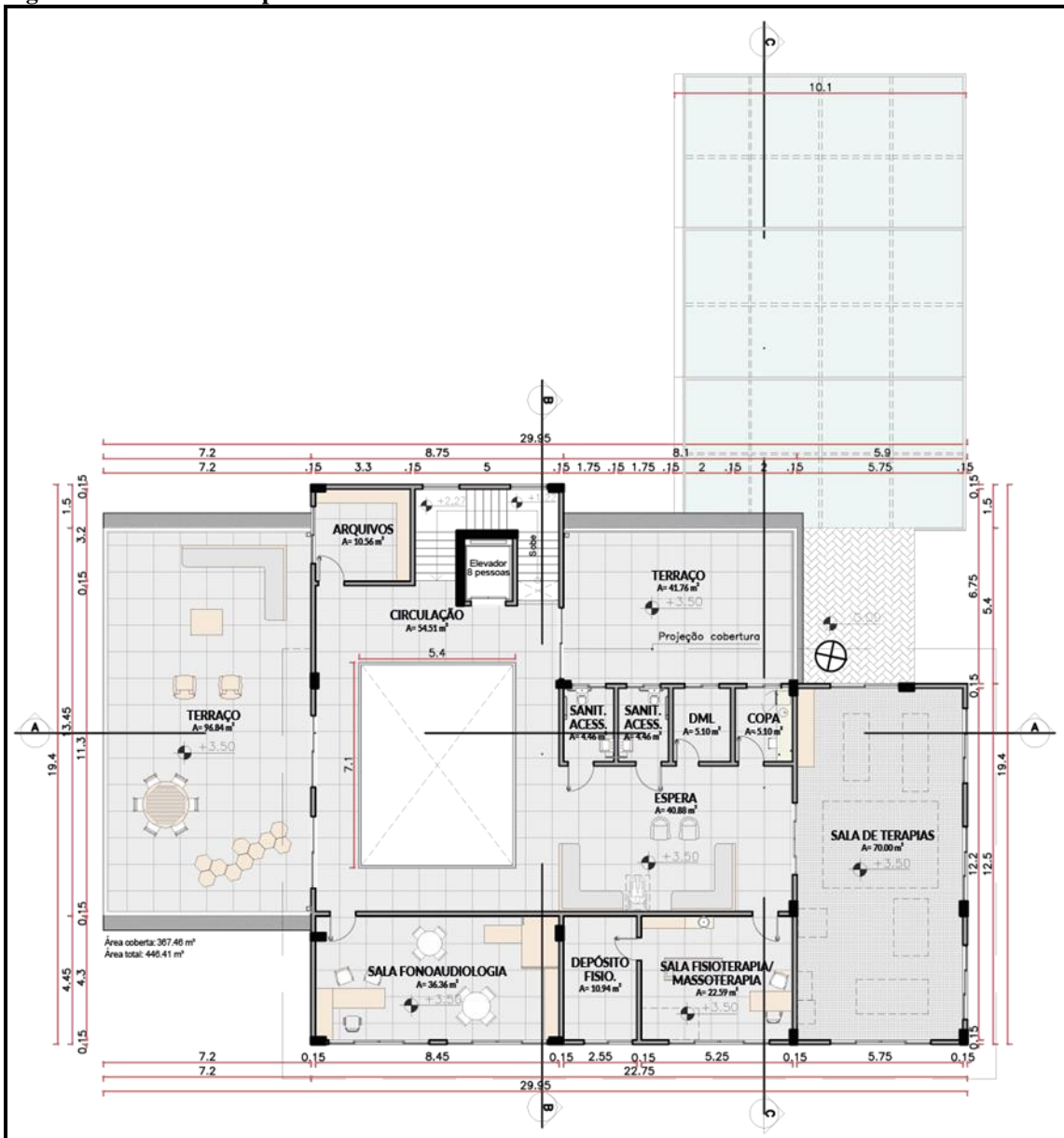


Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A Figura 5, demonstra o subsolo, com o espaço de funcionários, de espera, salas de atendimento, a hidroterapia e o jardim de inverno. Há o acesso coberto através da sala de espera, e os consultórios na fachada leste tem acesso direto ao jardim de inverno, também aberto ao restante do jardim.

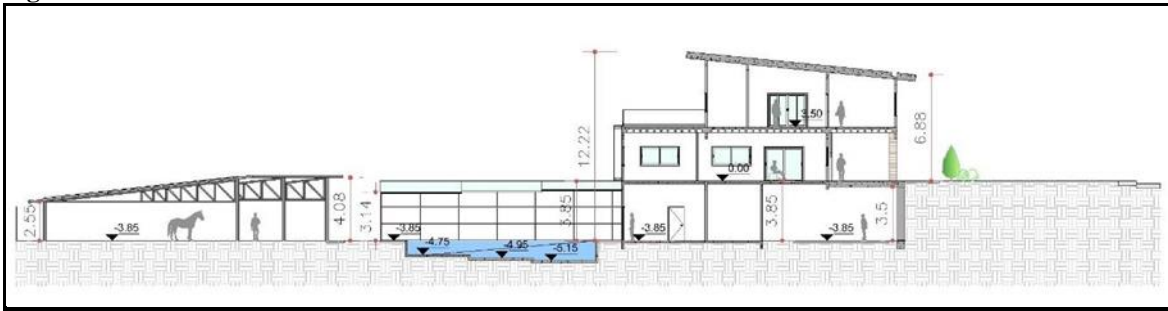
A hidroterapia possui cobertura retrátil e sua circulação fechada de forma a manter a temperatura do ambiente adequada aos pacientes, mesmo estando voltada à oeste.

Figura 6 – Pavimento superior.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

O nível superior traz consultórios, sala de aparelhos, salas de apoio e áreas de convivência interna e externa. Áreas de atendimento estão locadas na parte leste e norte da construção de forma a aproveitar a insolação da manhã, enquanto as salas de uso esporádico estão locadas a oeste.

Figura 7 – Corte.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Na Figura 7, a edificação é representada em corte, contendo o terreno, podendo demonstrar o acesso da construção, pelo nível da rua, a relação do desnível entre o acesso e a área do jardim e equoterapia nos fundos. O corte mostra também as coberturas de concreto impermeabilizado e a de vidro retrátil na área da piscina. Também demonstra elementos como as molduras de concreto, brises e guarda corpos.

O projeto desenvolvido busca manter uma identidade harmônica com seu entorno, utilizando cores claras e elementos de conexão com o ambiente externo e natural, além do uso de técnicas sustentáveis, buscando garantir conforto, segurança e cuidado para os pacientes, conforme a Figura 8:

Figura 8 - Maquete eletrônica 01, 02 e 03

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Nas imagens acima estão demonstradas as fachadas vistas da rua Gedeone Bellincanta, o espaço de convivência aberto ao público geral locado entre o acesso de veículos para o nível inferior e o acesso de pedestres, o estacionamento. Também acontece o embarque e desembarque na quebra formada pelo deslocamento dos pavimentos.

Figura 9 - Maquete eletrônica 04 e 05.



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

A Figura 9, mostra a edificação vista na parte dos fundos do terreno, atrás do mesmo há um lote rural e a área de preservação do rio Caçador. Aqui estão locados a área da equoterapia, o playground, quadra poliesportiva, o espaço de firepit, o jardim e convivência e estacionamento e circulação cobertas. É adaptado o desnível do terreno de forma que esses espaços fiquem abaixo do nível da rua, promovendo maior privacidade e tranquilidade aos pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a concepção deste trabalho buscou-se aprofundar o conhecimento acerca da temática através do referencial teórico, de forma a compreender as necessidades envolvidas no atendimento às pessoas com deficiência, assim como as referências projetuais permitiram uma visão de como ambientes voltados ao cuidado desse público foram desenvolvidos, trazendo bases para o desenvolvimento das diretrizes projetuais.

Os estudos e análises da área de implantação foram fundamentais para a compreensão das relações do terreno com seu entorno e para decidir quais os aspectos físicos do local teriam maior impacto na construção.

Para o desenvolvimento das diretrizes de projeto buscou-se focar na necessidade de criar um ambiente tranquilo, aconchegante, seguro e funcional para que o tratamento dos pacientes aconteça de forma leve, positiva e inclusiva, promovendo conexões entre os envolvidos.

Então, foi desenvolvido um anteprojeto que segue as concepções desenvolvidas e estudadas em etapas anteriores, identificando potencialidades e necessidades do terreno e do tema escolhido, assim trazendo um projeto funcional, aconchegante e convidativo para a cidade de Seara-SC.

REFERÊNCIAS

A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Organização das Nações Unidas**, 1948. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/91601-declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ANÁLISE DE PROJETO - Sarah Brasília Lago Norte - João Filgueiras Lima (Lelé). RMML Arquitetura, 2016. Disponível em: <http://rmmlarquitetura.blogspot.com/2016/12/v-behaviorurldefaultvml_7.html>. Acesso em: 07 abr. 2022.

BATTISTEL, A. L. H. T.; MIRANDA, T. S; TELES, R. M. Laboratório da alegria: brinquedoteca hospitalar. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). A ludicidade como ciência. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/educacao/brinquedoteca-hospitalar-contribuicao-criancas-hospitalizadas.htm>>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BOAS, Gilmara. **Retrospecto histórico da pessoa com deficiência na sociedade, não datado**. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/retrospecto-historico-da-pessoa-com-deficiencia-na-sociedade/48757#>>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BORTMAN, Daniela. II. LOCATELLI, Gustavo. III. BANDINI, Marcia. IV. REBELO, Paulo. **A inclusão de pessoas com deficiência: O papel de médicos do trabalho e outros profissionais de saúde e segurança**, 2014. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/arquivos_diversos_18520161439487055475.pdf> Acesso em: 03 abr. 2022.

CARTILHA VIVER SEM LIMITE - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência;

CAVALOS ajudam na saúde e qualidade de vida de crianças em Seara. ND+, 2021. Disponível em: <<https://ndmais.com.br/saude/cavalos-ajudam-na-saude-e-qualidade-de-vida-de-criancas-em-seara/>>. Acesso em: 26 fev. 2022.

CNN BRASIL. Brasil tem mais de 17 milhões de pessoas com deficiência, segundo IBGE. CNN Brasil, 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/noticias/brasil-tem-mais-de-17-milhoes-de-pessoas-com-deficiencia-segundo-ibge>>. Acesso em: 06 mar. 2022.

CENTRO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA / Archea Associati. Archdaily, 2015. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/764639/centro-para-pessoas-com-deficiencia-archea-associati>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

CLARK, R. H.; PAUSE, M. **Arquitetura: temas de composicion**. 3ª edição – São Paulo: Editora Gustavo Gili, ano 1997.

CONHEÇA O BRASIL – **População: Pessoas com Deficiência**. IBGE – Educa, 2021. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/20551-pessoas-com-deficiencia.html>>. Acesso em: 06 mar. 2022.

DANTAS, Valdilene de Lima Paltez. **Os Vários Paradigmas que Permeiam a História da pessoa com deficiência em nossa sociedade, 2010.** Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/os-varios-paradigmas-que-permeiam-a-historia-da-pessoa-com-deficiencia-em-nossa-sociedade/33351>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

DICHER, Marilu; TREVISAM, Elisaide. **A jornada histórica da pessoa com deficiência: inclusão como exercício do direito à dignidade da pessoa humana.** 2014. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/70796050/a-jornada-historica-da-pessoa-com-deficiencia-inclusao-como-exercicio-do-direito>>. Acesso em: 30 mar. 2022.

EQUOTERAPIA DE SEARA, **amplia número de atendimentos.** Portal 49, 2021. Disponível em: <<https://portal49.com.br/2021/04/23/equoterapia-de-seara-amplia-numero-de-atendimentos/>>. Acesso em: 03 jun. 2022.

FARINA, Modesto; PEREZ, Clotilde; BASTOS, Dorinho. **Psicodinâmica das cores em comunicação.** 5. ed. São Paulo Edgard Blücher Ltda, 2006. 189 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2010.

GUGEL, Maria Aparecida. **Pessoas com Deficiência e o Direito ao Trabalho.** Florianópolis: Obra Jurídica, 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/seara/pesquisa/23/23612>>. Acesso em: 27 fev. 2022

IBGE, Educa. **Pessoas com deficiência.** 2010. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/20551-pessoas-com-deficiencia.html#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20Censo,ou%20possuir%20defici%C3%Aancia%20mental%20%2F%20intelectual>>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2022.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. **Portadores de Deficiência: a questão da inclusão social,** 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240972824_Portadores_de_deficiencia_A_questao_da_inclusao_social>. Acesso em: 02 abr. 2022.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Vânia Paiva. **A Humanização e o Ambiente Físico Hospitalar, 2004.** Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf> Acesso em: 03 abr. 2022.

OMS - Organização Mundial da Saúde, 2011. **Relatório mundial sobre a deficiência.** Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=75F343D81DB275A66B5681937D25B38C?sequence=4>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SARAH Brasília Lago Norte. **Vitruvius**, 2013. Disponível em: <<https://vitruvius.com.br/revistas/read/projetos/13.153/4865>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

SBT News .No Brasil, cerca de 32 pessoas morrem por dia em acidentes de trânsito. SBT News, 2022. Disponível em: <<https://www.sbtnews.com.br/noticia/brasil/194388-no-brasil--cerca-de-32-pessoas-morrem-por-dia-em-acidentes-de-transito>>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SILVA, Otto Marques da. **Epopéia ignorada**. Edição de Mídia. São Paulo: Editora FASTER, 2009.

VILLAROUCO, Vilma; FERRER, Nicole; PAIVA, Marie Monique; FONSECA, Julia; GUEDES, Ana Paula. **Neuroarquitetura: a neurociência no ambiente** construído [S. l.: s. n.], 2021. 263 p.