

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMAÇÃO ARQUITETÔNICA DE UNIDADES FUNCIONAIS DE SAÚDE

Volume 1- Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato

Brasília – DF
2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento

PROGRAMAÇÃO ARQUITETÔNICA DE UNIDADES FUNCIONAIS DE SAÚDE

Volume 1- Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Brasília – DF
2011

© 2011 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série C. Projetos, Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento

Coordenação-Geral de Custos e Investimentos em Saúde

Coordenação de Investimentos em Saúde

Espanada dos Ministérios, bloco G,

Edifício Anexo, 4º andar, sala 465-B

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tels.: (61) 3349-8266 / 3315-2567

E-mails: somasus@saude.gov.br

desd.cgci@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/somasus

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Grupo de Estudos em Engenharia e Arquitetura Hospitalar

Rua Ceilano Moura, nº 121, Federação.

CEP: 40210-340 Salvador - BA.

Tel.: (71) 3283-5898

E-mail: arqsaude@gmail.com

Home page: www.gea-hosp.ufba.br

Coordenação:

Marcio Luis Borsio – coordenador CIS/MS

Organização:

Antônio Pedro Alves de Carvalho – coordenador GEA-Hosp/UFBA

Elaboração:

Grupo de Estudos em Engenharia e Arquitetura Hospitalar/UFBA

Equipe Técnica - CIS/CGCIS/MS

Projeto gráfico e capa:

Grupo de Estudos em Engenharia e Arquitetura Hospitalar/UFBA

Manuela Souza Ribeiro – arquiteta CIS/CGCIS/MS

Ilustração:

Grupo de Estudos em Engenharia e Arquitetura Hospitalar/UFBA

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva

Revisão: Mara Soares Pamplona e Maria José Martins Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento.

Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

145 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

V. 1. Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato.

ISBN 978-85-334-1794-6

1. Hospital. 2. Instituições de Saúde. 3. Administração em Saúde. I. Título. II. Série.

CDU 725.1:614.21

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0031

Títulos para indexação:

Em inglês: Architectural Programming of Functional Health Units

Em espanhol: Programación arquitectónica de unidades funcionales de salud

SUMÁRIO

Apresentação	07
Unidade de Atendimento Ambulatorial: diretrizes arquitetônicas básicas	09
As Unidades de Urgência e Emergência: primeiros cuidados projetuais	15
Unidade Funcional 1 - Atendimento Ambulatorial	31
Fluxograma - Atendimento Ambulatorial	33
Ações Básicas de Saúde	
AMB01 Sala de atendimento individualizado	34
AMB02 Sala de demonstração e educação em saúde	36
AMB03 Sala de imunização	38
AMB04 Sala de armazenagem e distribuição de alimentos de programas especiais	40
AMB05 Sala de relatório	42
Enfermagem	
AMB06 Sala de preparo de paciente (consulta de enfermagem, triagem, biometria)	44
AMB07 Sala de serviços	46
AMB08 Sala de curativos/suturas e coleta de material (exceto ginecológico)	48
AMB09 Sala de reidratação (oral e intravenosa)	50
AMB10 Sala de inalação individual	52
AMB11 Sala de inalação coletiva	54
AMB12 Sala de aplicação de medicamentos	56
Consultórios	
AMB13 Consultório indiferenciado	58
AMB14 Consultório de serviço social - consulta de grupo	60
AMB15 Consultório de ortopedia	62
AMB16 Consultório diferenciado (oftalmologia)	64
AMB17 Consultório diferenciado (otorrinolaringologia)	66
AMB18 Consultório diferenciado (ginecologia)	68
AMB19 Consultório odontológico coletivo	70
AMB20 Consultório odontológico	72
Interação de curta duração	
AMB21 Posto de enfermagem e serviços	74
AMB22 Área de prescrição médica	76
AMB23 Quarto individual de curta duração	78
AMB24 Quarto coletivo de curta duração	80

Unidade Funcional 2 - Atendimento Imediato	83
Fluxograma - Atendimento Imediato	85
Atendimentos de Urgência e Emergência	
Urgências (baixa e média complexidade)	
EME01 Área externa para desembarque de ambulância	86
EME02 Sala de triagem médica e/ou de enfermagem	88
EME03 Sala de serviço social	90
EME04 Sala de higienização	92
EME05 Sala de suturas/curativos	94
EME06 Sala de reidratação	96
EME07 Sala de inalação	98
EME08 Sala de aplicação de medicamentos	100
EME09 Sala de gesso e redução de fraturas	102
EME10 Sala para exame indiferenciado	104
EME11 Sala para exame diferenciado (oftalmologia)	106
EME12 Sala para exame diferenciado (otorrinolaringologia)	108
EME13 Sala de observação	110
EME14 Posto de enfermagem e serviços	112
Urgências (alta complexidade) e Emergências	
EME15 Posto de enfermagem/prescrição médica	114
EME16 Sala de serviços	116
EME17 Sala de isolamento	118
EME18 Sala coletiva de observação de pediatria	120
EME19 Sala coletiva de observação de adulto - masculina e feminina	122
EME20 Sala de procedimentos especiais (invasivos)	124
EME21 Área de escovação	126
EME22 Sala de emergências (politraumatismo, parada cardíaca, etc.)	128
Lista de equipamentos e mobiliário	131
Referências	139
Equipe de desenvolvimento do SomaSUS	143

Apresentação

O presente trabalho é parte dos resultados da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, com a consultoria do Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar (GEA-hosp), da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia e do Instituto de Engenharia Biomédica (IEB) da Universidade Federal de Santa Catarina. Esta parceria deu maior visibilidade e conteúdo ao Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SomaSUS), cujo portal na Internet constitui-se, hoje, numa inestimável fonte de pesquisas para todos que trabalham com a infraestrutura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

A edição das informações mais visíveis do sistema deve-se não somente à consulta rápida e fácil do meio impresso como à necessidade de maior disponibilidade do material levantado em regiões onde não haja a possibilidade de acesso a computadores ou aos programas requeridos.

Compõem o presente volume, basicamente, as fichas funcionais de pré-dimensionamentos dos ambientes mais comuns, onde se desenvolvem ações de saúde, das unidades de Ambulatório e Emergência. Tomou-se como padrão, para a escolha destes espaços, a Resolução da Diretoria Colegiada nº50/2002 da Anvisa (ANVISA, 2004), bem como as informações de outras normas e portarias. Complementou-se, ainda, com alguns artigos e referências que, por certo, ajudarão em muito os pesquisadores da área.

Gostaríamos de destacar, como fontes inestimáveis para elaboração desta publicação, os ensinamentos e modelos de fichas de pré-dimensionamentos fornecidos pelo Prof. Dr. Mário Júlio Krüger, grande introdutor da pesquisa em Programação Arquitetônica aplicada aos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde no Brasil, nos cursos ministrados na UnB na década de 1980 e no seu livro *Programação Arquitetônica de Biotérios* (KRÜGER, 1986). Outra publicação com importante contribuição na área é o *Manual para elaboração de projetos de edifícios de saúde na cidade do Rio de Janeiro*, do Instituto Brasileiro de Administração Municipal, ligado à Prefeitura do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 1996).

Espera-se que a presente publicação cumpra um papel de relevo na indução do estudo da arquitetura e engenharia de unidades de saúde, sendo um fator de melhoria da qualidade das ações de infraestrutura, tão carente nos dias de hoje.

Unidade de Atendimento Ambulatorial: diretrizes arquitetônicas básicas

Antônio Pedro Alves de Carvalho
Lucianne Fialho Batista

Introdução

Entende-se por Ambulatório toda unidade de saúde destinada a prestar assistência a pacientes em regime de não internação ou com internação por período de até 24 horas.

Uma unidade ambulatorial pode atender aos três níveis de atenção à saúde: o primário, o secundário e o terciário. No nível primário encontra-se os Postos e Centros de Saúde, onde se desenvolvem atividades de prevenção, saneamento e diagnóstico simplificado, com ações de promoção, proteção e recuperação da atenção básica. No nível secundário, encontram-se as Unidades Mistas, os Ambulatórios de Hospitais Gerais, de Hospitais Locais e Regionais. Esses Ambulatórios desenvolvem, além de ações do nível primário, consultas nas quatro especialidades básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e cirurgia, além de atendimento odontológico. No nível terciário, encontram-se os Ambulatórios de Especialidades isolados, de Hospitais de Base e de Hospitais Especializados.

O presente apresenta diretrizes básicas para a elaboração do projeto arquitetônico de um Ambulatório localizado em um Hospital Geral.

Atribuições e Atividades

De acordo com a Anvisa, através da Resolução RDC nº50/2002 (ANVISA, 2004), a Unidade de Ambulatório pertence à atribuição 1: *Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia*. As principais atividades, da atribuição 1, desenvolvidas no Ambulatório são as seguintes:

1.1 Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde, tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, visita domiciliar, coleta de material para exame, etc.;

[...]

1.6 Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas;

1.7 Proceder à consulta médica, odontológica, psicológica, de assistência social, de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de enfermagem;

1.8 Realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsia, etc.) (ANVISA, 2004, p.38-9).

Localização e Dimensionamento

O Ambulatório pertencente a um Hospital deve possuir acesso independente e exclusivo para pacientes externos, de modo a não permitir que estes usuários tenham acesso às demais dependências do Hospital.

É aconselhável que o Ambulatório se localize próximo à Unidade de Diagnóstico e Tratamento, setor muito utilizado pelos pacientes ambulatoriais.

De acordo com a RDC n°50/2002 (BRASIL, 2004), um Ambulatório deve possuir, minimamente, os seguintes ambientes: espera, registro, preparo de paciente, serviços, curativos, reidratação, inalação, aplicação de medicamentos, utilidades, depósito de material de limpeza, sanitários para pacientes e para público e consultórios, inclusive odontológico. Se o Ambulatório funcionar como Centro de Saúde, devem ser acrescidos: atendimento individualizado, imunização, sala de relatório, salas de guarda e distribuição de alimentos e demonstração e educação em saúde.

O Ambulatório deve possuir, no mínimo, quatro consultórios, com atendimento nas áreas de: clínica médico-cirúrgica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontologia, sendo que quando existir consultórios nas áreas de proctologia, urologia e ginecologia, devem possuir sanitários anexos.

De acordo com Pinto (1996), para se calcular a quantidade de consultórios necessária a uma Unidade Ambulatorial é preciso levar em consideração vários fatores, como: turnos de trabalho (manhã, tarde, noite), horas de trabalho por turno, duração da consulta, habitantes que serão atendidos, habitantes-alvo para cada especialidade e dias úteis por ano.

Zoneamento/Fluxos

Nos projetos arquitetônicos de unidades de saúde, o agrupamento de atividades relacionadas deve ser buscado a todo custo, pois a não observância deste aspecto poderá ocasionar sérios problemas de funcionamento e o aumento permanente de custos de operação.

Nos exemplos de plantas arquitetônicas dos Ambulatórios, das figuras 1 e 2, observa-se, em destaque, os agrupamentos dos serviços de enfermagem (dispensação de medicamentos, curativos, posto de enfermagem); a área dos consultórios; a área administrativa e de arquivo médico; e as áreas de apoio logístico - onde se encontram os sanitários, copa, e depósito de material de limpeza.

Figura 1 - Zoneamento e fluxos de um Ambulatório



Fonte: Baseado em Achão e Raposo Junior (2005)

Figura 2 - Zoneamento e fluxos de um Ambulatório



Fonte: Baseado em Arruda (2005)

O fluxo de pacientes de uma unidade de ambulatório deve ser idealizado de forma que os mesmos não interfiram nas atividades da equipe de saúde e não penetrem em áreas reservadas a pacientes internos, médicos e funcionários. Pode-se ver que o projeto arquitetônico do Ambulatório da Fig. 2 apresenta circulação de pacientes distinta da circulação de equipe médica, o que proporciona maior privacidade e controle de fluxos indesejados em áreas específicas. A circulação restrita à equipe liga o ambulatório ao hospital. Nesta, encontram-se os ambientes de apoio, como banheiro para funcionários, copa e estar médico.

Instalações

De acordo com a RDC nº50/2002 (ANVISA, 2004), as instalações necessárias a um Ambulatório são muito simples. A maioria dos ambientes deve possuir pontos de água fria para instalação de lavatórios. A Sala de Inalação deve contar com, além do ponto de água fria, pontos para ar comprimido medicinal, oxigênio e vácuo. Ao Consultório Odontológico devem ser acrescidos pontos para ar comprimido medicinal e vácuo clínico. Os Quartos de Observação, utilizados no caso de hospital-dia, devem ter pontos de ar comprimido medicinal, oxigênio, instalação elétrica diferenciada e de emergência. As salas de Reidratação intravenosa e o Posto de Enfermagem devem possuir instalações elétricas de emergência.

A iluminação das salas de exames e consultórios deve ter características que não alterem a cor do paciente, como acontece com alguns tipos de lâmpadas fluorescentes. Os quartos de observação, no caso de hospital-dia, devem possuir: iluminação que não incomode o paciente deitado, iluminação de cabeceira na parede, iluminação de exame no leito com lâmpada fluorescente no teto e/ou arandela, iluminação de vigília nas paredes (a 50cm do piso) (ABNT, 1992).

Materiais de Acabamento

A Unidade de Ambulatório pode ser classificada, quanto ao risco de transmissão de infecções, em área semicrítica, de acordo com a RDC nº50/2002 (ANVISA, 2004). Para essas áreas são recomendados, em revestimentos de pisos, paredes e tetos, materiais resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes. As superfícies devem ser lisas, monolíticas e possuir o menor número possível de frestas ou ranhuras.

Em tetos, podem ser utilizados forros removíveis, desde que sejam resistentes aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção. Em paredes, podem ser utilizadas pinturas ou divisórias removíveis, desde que sejam laváveis. Os pisos devem conter o menor número possível de juntas e frestas, pois estas, além de acumularem sujeira, não possuem a mesma resistência do material principal utilizado (BICALHO; BARCELLOS, 2003).

Equipamentos e Mobiliário

Listas detalhadas de equipamentos e mobiliário dos ambientes de uma unidade de Ambulatório podem ser vistas nas fichas de pré-dimensionamento que acompanham este volume. Algumas características, no entanto, devem ser observadas para todos os casos: a facilidade de limpeza – como para balcões, bancadas e armários; a consideração dos movimentos e trajetos de pacientes e funcionários – que muitas vezes necessitam de deslocamento rápido; a segurança, entre outros.

O arquiteto e o engenheiro de unidades de saúde devem realizar exaustivos estudos de funcionalidade das ações de cada ambiente, de modo a não facilitar a quebra de procedimentos essenciais para o exame e o tratamento do paciente.

Considerações Finais

O crescimento da abrangência do atendimento ambulatorial é notável nos dias de hoje. Postos e Centros de Saúde aumentam suas ofertas de serviços, levando o atendimento ambulatorial em Unidades Hospitalares a ser mais seletivo e especializado. Os arquitetos devem ficar atentos a mudanças como estas, pois o grau de exigência dos Postos e Centros deve aumentar, assim como os Hospitais terão a incorporação de novos procedimentos, principalmente os que dizem respeito aos de hospital-dia, pelo incremento acentuado das cirurgias ambulatoriais – uma tendência cada vez mais forte na evolução dos procedimentos médicos.

Em países mais avançados no atendimento em saúde já é uma realidade a resolução da grande maioria dos procedimentos cirúrgicos pela via laparoscópica, reservando aos Hospitais os casos de alta gravidade e risco de vida. O papel, portanto, das unidades de Ambulatório tende a crescer e se sofisticar, reservando aos responsáveis por sua infraestrutura uma tarefa cada vez mais complexa e essencial.

As Unidades de Urgência e Emergência: primeiros cuidados projetuais

Mario Vaz Ferrer
Luiz Carlos Toledo

Introdução

Ao se projetar uma Unidade de Urgência e Emergência, cabe ao arquiteto tomar o que se poderia chamar de *primeiros cuidados projetuais* para o aprimoramento do desenho destas complexas áreas funcionais, que têm como principais objetivos atender às urgências e emergências e todas as intercorrências que delas decorrem. O objetivo deste artigo é apenas o de apresentar alguns dos *cuidados* que deverão ser tomados pelo arquiteto em sua prática projetual. Entre eles, destacam-se alguns temas importantes para uma melhor compreensão do papel, dos níveis de complexidade e das relações interfuncionais das Unidades de Urgência e Emergência com a unidade hospitalar em que se inserem.

O papel das Unidades de Urgência e Emergência no Sistema de Atenção à Saúde

No Brasil, as Unidades de Urgência e Emergência tornaram-se, principalmente a partir da última década do século passado, as principais portas de entrada no sistema de atenção à saúde, eleitas pela população como o melhor local para a obtenção de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde, independentemente do nível de urgência e da gravidade destas ocorrências.

Com a universalização da atenção, garantida pela constituição de 1988, os contingentes populacionais, até então sem nenhum tipo de cobertura, passaram a pressionar o sistema, fazendo com que, tanto nas pequenas cidades como nos grandes centros urbanos, os hospitais, através de suas Unidades de Urgência e Emergência, recebessem o impacto direto dessa nova demanda que, em outras circunstâncias, deveria destinar-se, prioritariamente, ao atendimento ambulatorial, prestado na rede de postos de saúde, nas policlínicas e nos hospitais. São inúmeras as explicações para esta distorção, responsável, em parte, pela crescente queda de qualidade do atendimento nos hospitais, sufocados por uma demanda que não têm condições financeiras, tecnológicas e espaciais de satisfazer.

Enfrentando filas intermináveis, a população que depende da rede pública encontra grandes dificuldades na marcação de consultas, inclusive nos postos de saúde, idealizados para serem a principal porta de entrada no sistema de atenção à saúde. A realidade demonstra que este sistema tem sido incapaz de oferecer atendimento adequado, em nível ambulatorial, no diagnóstico e tratamento de ocorrências que exijam a presença de especialistas ou exames de maior complexidade.

Mesmo quando estes serviços estão disponíveis, os prazos de atendimento oferecidos geralmente não se mostram compatíveis com a gravidade dos problemas ou, ainda, com a paciência quase inesgotável dos que buscam tratamento. Neste aspecto, é correto o diagnóstico de Cecílio (1997), que coloca em dúvida a adequação de um modelo de atenção idealizado para operar na forma de pirâmide, bem como sua proposta de diversificar as portas de entrada do sistema, que passaria a ter a forma de um círculo.

Infelizmente, o drama das longas esperas não se esgota com a realização da primeira consulta, já que, na maioria dos casos, são solicitados exames complementares que, não estão disponíveis nos postos de saúde, obrigando os pacientes a procurar em unidades com maiores recursos de diagnóstico e se sujeitar, novamente, a prazos de atendimento extremamente longos.

Outro agravante do sistema é o horário reduzido de funcionamento das unidades de menor porte da rede de saúde, horário que coincide com a jornada de trabalho, dificultando sua utilização por grande parte da população. Assim, um grande número de pacientes prefere abrir mão do atendimento oferecido nos postos de saúde, apesar de sua maior acessibilidade, para se dirigir às Unidades de Urgências e Emergências, que oferecem, em geral, atendimento 24 horas, maior oferta de clínicas especializadas, exames de maior complexidade e, caso necessário, a possibilidade de internação. Esta distorção, entre inúmeras outras que afetam o modelo brasileiro de atenção à saúde, provoca uma série de impactos no funcionamento das Unidades de Emergência, que devem, necessariamente, ser consideradas pelo arquiteto já nas primeiras tarefas de programação e dimensionamento, prevendo, por exemplo, um número maior de consultórios, para responder ao atendimento ambulatorial disfarçado que nelas é prestado, um reforço no dimensionamento dos recursos de diagnóstico e uma maior permanência dos pacientes após receber algum tipo de cuidado.

A falta de atenção a esta realidade faz com que as salas de espera e as salas de observação sejam, em geral, subdimensionadas, sendo fato corriqueiro a presença de pacientes e acompanhantes amontoados nas salas de espera e nos corredores, sem nenhum tipo de conforto e orientação. Nestas condições, os ambientes de observação deixam de atender às suas funções específicas, passando a funcionar como verdadeiras Unidades de Internação.

Os níveis de complexidade do atendimento

As Unidades de Urgência prestam atendimento imediato em casos que, em princípio, não ofereçam risco de vida, exigindo instalações e equipamentos mais simples, próprios de uma retaguarda de baixa e média complexidade. As Unidades de Urgência/Emergência, por sua vez, são locais onde são praticados, além dos procedimentos de menor complexidade, característicos das situações de urgência, procedimentos de maior complexidade, que podem oferecer risco de vida.

Estas unidades, diferentemente das Urgências, devem operar com um nível elevado de resolutividade, demandando uma retaguarda dotada de recursos de apoio ao diagnóstico (Imagemologia, Traçados Gráficos, Laboratório de Análises Clínicas, etc.), tratamento (Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e UTIs), observação e internação compatíveis com a complexidade dos procedimentos nelas praticados.

Para que uma Unidade de Emergência tenha um alto nível de desempenho, é desejável que a equipe de saúde que irá operá-la participe diretamente da definição de seu programa funcional, cabendo ao arquiteto o papel de assessorá-la nessa tarefa e de transformá-lo em um programa arquitetônico, no qual os ambientes que compõem a unidade deverão ser dimensionados para atender o perfil operacional definido, as Normas de Planejamento e Programação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), publicadas na RDC nº50/2002 (ANVISA,2004), e a legislação edilícia do local onde será implantada a unidade.

Dentre as diversas unidades funcionais que compõem o edifício hospitalar, as Emergências são as que mais necessitam de flexibilidade arquitetônica, já que seu modelo de funcionamento poderá sofrer constantes mudanças, tanto pela incorporação de novas tecnologias como pela orientação dada por diferentes equipes de saúde. Desta forma, cabe ao arquiteto garantir esta flexibilidade através de soluções arquitetônicas, tais como a adoção de pavimentos técnicos, paredes removíveis e outros detalhes arquitetônicos, que permitam alterar, com facilidade e menor custo, o *layout* e a infraestrutura da unidade.

Espaços de uma Unidade de Urgência/Emergência

Para que o projeto se desenvolva de forma consistente, todos os ambientes que irão compor as unidades de urgência e emergência (assim como as demais unidades que integram o edifício hospitalar) necessitam de uma série de cuidados projetuais, sem os quais a futura edificação não atenderá a contento os serviços de assistência à saúde que ali serão prestados.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre as necessidades projetuais desses ambientes, apresenta-se, a seguir, alguns comentários sobre suas principais características funcionais. Os dados relativos às áreas mínimas e as instalações necessárias a cada um dos ambientes analisados não foram incluídos por serem facilmente encontrados nas tabelas de ambientes da RDC nº50/2002 (ANVISA, 2004). É importante notar que as diferentes composições destes ambientes irão, de certa forma, determinar o perfil e a resolatividade da unidade projetada, caracterizando-a como Unidade de Urgência ou de Emergência. Cabe, finalmente, observar que o conjunto apresentado não abrange todos os ambientes de uma Unidade de Urgência ou de Emergência e, sim, aqueles que se consideram os mais importantes, tanto sob o aspecto funcional como pelo fato de estarem presentes na grande maioria dessas unidades.

Acessos, Área de desembarque de ambulâncias e Estacionamentos

O dimensionamento, a sinalização e a localização dessas áreas, externas à edificação, devem ser cuidadosamente estudados devido à necessidade de garantir aos usuários (que, em geral, não estão familiarizados com o Estabelecimento Assistencial de Saúde) um rápido acesso ao *hall* de entrada, fundamental nos casos que, por sua gravidade, exijam um atendimento imediato. A área de manobra das ambulâncias deve ser dimensionada de modo a possibilitar que estas encostem de ré, facilitando os procedimentos de desembarque dos pacientes. Deve-se prever uma área de desembarque coberta para, no mínimo, duas ambulâncias.

Halls de Entrada

Uma boa prática no projeto dos *halls* de acessos das unidades de maior porte e complexidade é dotá-las, sempre que possível, de dois *halls*, interligados a uma mesma sala de espera. Um deles, denominado *Hall* de Emergência, seria de uso exclusivo para os pacientes em estado grave, transportados por ambulâncias ou outros veículos. Este *hall* deverá ser localizado de forma a possibilitar um acesso imediato às salas de emergência e higienização, sem passar pela sala de espera. Pelo segundo *hall*, denominado de *Hall* de Urgências, devem adentrar os pacientes que chegam à unidade deambulando, necessitando de pouca ou nenhum ajuda de terceiros para acessarem à sala de espera da unidade. Nos dois *halls*, devem ser previstos balcões de informação e registro, estacionamentos de macas e cadeiras de rodas, sanitários públicos para adultos, crianças e portadores de deficiência. O setor de polícia, a área para guarda de pertences e o setor de imprensa (eventualmente encontrado nas grandes emergências) podem ser localizados apenas no *hall* por onde passam os pacientes em estado grave (*Hall* de Emergências) (ver Fig.1).

Figura 1 - Acesso politraumas e emergências

