

PATRINE DE MOURA PEREIRA

DOM HOSPICE

Proposta Arquitetônica de uma Unidade de Internação Autônoma para Cuidados
Paliativos em Palmas-TO

PATRINE DE MOURA PEREIRA

DOM HOSPICE

Proposta Arquitetônica de uma Unidade de Internação Autônoma para Cuidados
Paliativos em Palmas-TO

Monografia elaborada e apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do curso de bacharel em Arquitetura e Urbanismo pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof. Fernanda Brito de Abreu

PALMAS – TO
2021

PATRINE DE MOURA PEREIRA

DOM HOSPICE: Proposta Arquitetônica de uma Unidade de Internação Autônoma
para Cuidados Paliativos em Palmas-TO

Monografia elaborada e apresentada na disciplina de TCC II como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Arquitetura e Urbanismo pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Fernanda Brito de Abreu

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Fernanda Brito de Abreu
(Orientador)
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. Me. Adriana Dias
(Membro Interno)
Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Robson Freitas Correa
(Membro Externo)
Arquiteto e Urbanista

Palmas – TO
2021

RESUMO

PEREIRA, Patrine de Moura. **Dom Hospice: Proposta Arquitetônica de uma Unidade de Internação Autônoma para Cuidados Paliativos em Palmas-TO.** 2021. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Arquitetura e Urbanismo, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2021.

Este trabalho apresenta as investigações iniciais para o desenvolvimento de uma proposta arquitetônica de implantação de um hospice – unidade de internação autônoma – para prestação de cuidados paliativos em Palmas-TO tendo em vista, a necessidade de proporcionar bem-estar a pacientes terminais tal como a seus familiares, aliada à ausência deste tipo de cuidado na sua forma mais humanizada. Diante disso, afim de se compreender a relevância do conceito utilizou-se a pesquisa qualitativa aplicada de caráter exploratório. A análise dos dados foi realizada sob revisão bibliográfica e estudo de edificações com características similares. Assim, a partir da escolha de um terreno bem localizado devido à sua proximidade de marcos notáveis como o Hospital Geral de Palmas e o Centro Oncológico de Palmas, foram realizadas as reflexões acerca de suas condicionantes e potencialidades. Dessa maneira, pôde-se iniciar a concepção projetual através do partido aos conceitos de acolhimento, sociabilização e apropriação que por sua vez remetem a definição de casa, em que cada habitante traz através de suas memórias e desejos o seu próprio significado de lar. Isto posto, em síntese das modulações formais, estruturais e funcionais, resulta uma edificação composta por 02 (dois) pavimentos, disposta em 02 blocos de formas não lineares ligados entre si por passarelas cobertas, criando, por conseguinte, pátios internos como espaços verdes para socialização em um programa organizado em zonas de acolhimento, ensino, convivência, internação, cuidados, administração, funcionários e serviços, onde seus acessos se dão pela avenida principal quando de visitantes e pela via secundária quando de funcionários, ambulâncias e carga e descarga.

Palavras-chave: Arquitetura hospitalar. Cuidado paliativo. Hospice.

ABSTRACT

PEREIRA, Patrine de Moura. **Dom Hospice: Architectural Proposal for an Free-Standing Inpatient Unit for Palliative Care in Palmas-TO**. 2021. 39 p. Course Conclusion Paper (Graduation) – Architecture and Urbanism Course, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2021.

This work presents the initial investigations for the development of an architectural proposal for the implantation of a hospice - free-standing inpatient unit - to provide palliative care in Palmas-TO with a view to the need to provide well-being to terminal patients as well as family members, allied to the absence of this type of care in its most humanized form. Therefore, to understand the relevance of the concept, exploratory qualitative applied research was used. Data analysis was carried out under bibliographic review and study of buildings with similar characteristics. Thus, from the choice of a well-located ground due to its proximity to notable landmarks such as the Hospital Geral de Palmas and the Centro Oncológico de Palmas, reflections were made about its conditions and potential. In this way, it was possible to start the project design through the decision by the concepts of reception, socialization and appropriation that in turn refer to the definition of home, in which each inhabitant brings through his memories and desires his meaning of home. That said, in the synthesis of formal, structural and functional modulations, a building composed of 02 (two) floors results, arranged in 02 blocks of non-linear shapes linked together by covered walkways, creating, therefore, internal patios as green spaces for socialization in a program organized in areas of reception, teaching, living, hospitalization, care, administration, employees and services, where their access occurs through the main avenue when visitors and the secondary route when employees, ambulances and loading and unloading.

Key-Words: Hospice. Hospital architecture. Palliative care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Hôtel-Dieu na cidade francesa de Paris no séc. XIX.....	14
Figura 2 - Vista frontal do Asilo da Penha	15
Figura 3 – Vista aérea do AHI Hospice	17
Figura 4 - Perspectiva do AHI Hospice	18
Figura 5 - Vista em Corte do AHI Hospice.....	19
Figura 6 – Vista em Planta Baixa (2° e 3° pisos) do AHI Hospice	20
Figura 7 - Vista Geral do Hospice LaGrange.....	21
Figura 8 - Vista em Planta Baixa do Hospice LaGrange	21
Figura 9 – Vista do Maggie’s West London.....	22
Figura 10 - Vista em Planta Baixa do Maggie’s West London.....	23
Figura 11 - Locação do Terreno na Quadra ACSU SO 40	25
Figura 12 - Topografia do Terreno	26
Figura 13 - Perfis Topográficos do Terreno.....	27
Figura 14 - Vegetação Existente no Terreno.....	27
Figura 15 - Rosa dos ventos para Palmas-TO no período de 2005 a 2015	28
Figura 16 - Fluxograma	33
Figura 17 – Aplicação de Lã de Vidro	33
Figura 18 - Aplicação de Divisória em Vidro.....	34
Figura 19 - Logotipo do Dom Hospice.....	35
Figura 20 - Misto de linhas para concepção formal do Hospice.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Programa de Necessidades**Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANCP	Associação Nacional de Cuidados Paliativos
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCJ	Doença de Creutzfeldt-Jakob
INMET	Instituto Nacional de Meteorologia
INPE	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Problemática	11
1.2	Justificativa	12
1.3	Objetivos	12
1.3.1	Objetivo geral	12
1.3.2	Objetivos específicos	12
2	METODOLOGIA	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	Histórico de Cuidados Paliativos e Hospice	13
3.2	Indicações para Cuidados Paliativos	15
3.3	O processo de morrer e as fases do luto	16
4	ESTUDOS DE CASO	17
4.1	AHI Hospice, Aichi – Japão	17
4.2	Hospice LaGrange, LaGrange - Estados Unidos	21
4.3	Maggie’s West London - Reino Unido	22
5	DESENVOLVIMENTO PROJETUAL	24
5.1	Análise da Área	24
5.1.1	Localização e entorno	24
5.1.2	Uso do Solo, Índices Urbanísticos e Afastamentos Obrigatórios	25
5.1.3	Topografia	26
5.1.4	Vegetação	27
5.1.5	Ventilação e Insolação	28
5.2	Análise das Características e Necessidades do Hospice	29
5.2.1	Caracterização do Público Alvo	29
5.2.2	Programa de Necessidades e Dimensionamento	29
5.2.3	Fluxograma	33
5.3	Sistema Construtivo e Materiais	33
5.4	Legislação Pertinente	34
5.5	Escolha do Partido Arquitetônico	35
5.6	Estratégias Projetuais	36
5.6.1	Estratégias Formais	36

5.6.2	Modulação Estrutural.....	37
5.6.3	Articulações Funcionais	38
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho acadêmico aborda os estudos para desenvolvimento de uma proposta de implantação de uma unidade de internação autônoma – hospice – na cidade de Palmas-TO em virtude da necessidade de amparo ao paciente em fim de vida e seus familiares em face da inexistência deste modelo de cuidado em toda a região norte do país.

Assim, inicialmente é apresentado um breve histórico acerca do cuidado paliativo e da unidade hospice, depois define-se sobre as indicações para que o paciente seja elegível para este tipo de cuidado e em seguida refere-se as fases do morrer e do luto.

A partir desses conhecimentos, são apresentados os estudos de casos a edificações similares de que tratam o AHI Hospice, o Hospice LaGrange e o Centro Maggie West London. Ao final de cada análise são ressaltados os pontos mais relevantes para a concepção da unidade aqui proposta.

Com o entendimento das leituras projetuais o próximo tópico retrata os diagnósticos em relação à área de projeto no que tange às condicionantes e potencialidades do sítio, a apresentação da legislação pertinente, a caracterização do público alvo, a delimitação do programa de necessidades e o fluxograma geral.

Por fim, a parte 5 (cinco) apresenta o desenvolvimento projetual a partir da adoção do partido arquitetônico do projeto e as demais estratégias resultantes formais, funcionais e estruturais.

1.1 Problemática

Tradicionalmente, o morrer se revela como um acontecimento medonho e pavoroso, de fato, é um medo universal. Assim, há pessoas que falecem subitamente e há pessoas que passam um processo severo de doença e recebem um prognóstico de morte, episódio que muda para sempre a sua própria trajetória e a de seus entes.

É nessa conformidade que aquelas pessoas têm a necessidade de cuidados especiais que os auxiliarão na melhoria da qualidade de vida restante e na busca pelo alívio do sofrimento no tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais e psicológicos: a estes cuidados dá-se o nome de paliativos.

Isto posto, propõe-se aqui inquirir: como produzir uma arquitetura humanizada na forma de uma unidade de cuidados capaz de viabilizar a promoção de bem-estar a pessoas em fim de vida bem como a seus familiares?

1.2 Justificativa

De acordo com levantamento feito pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), há pouca oferta de cuidado paliativo no Brasil, sendo que a maior parte é oferecida dentro de ambiente hospitalar e concentrada principalmente na região sudeste do país. Isso em contraponto à ausência de unidades autônomas -- os hospices -- localizadas na região norte da qual o estado do Tocantins faz parte.

Dessa maneira, a implantação de uma unidade de cuidados paliativos na cidade de Palmas-TO se justifica pela inexistência de oferta deste serviço à população tocantinense em face da necessidade do cuidado a pessoas em terminalidade haja visto que de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (2018), cerca de 5.000 (cinco mil) pessoas morreram por doenças oncológicas, falências orgânicas e demências, destas, quase 2.000 (duas mil) pessoas na capital tocantinense.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Desenvolver um anteprojeto arquitetônico para implantação de um Hospice como espaço destinado ao acolhimento e à prestação de cuidados paliativos para pessoas em fim de vida na cidade de Palmas-TO.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conceituar o morrer, o cuidado paliativo e o hospice a fim de compreender as necessidades da pessoa em situação de terminalidade;
- Criar ambientes e lugares que incentivem a socialização e a integração familiares;
- Aplicar a escala doméstica com o intuito de gerar a humanização e a apropriação dos espaços.

2 METODOLOGIA

A metodologia titula a validação do percurso escolhido para a finalidade da pesquisa apresentando e descrevendo os procedimentos além de indicar as escolhas teóricas no tocante à apresentação o objeto de estudo. Assim sendo, o presente trabalho em consonância à abordagem classifica-se em pesquisa qualitativa pois alberga a preocupação em compreender um comportamento ou fenômeno em contraste com a representatividade numérica. (GERHARDT E SILVEIRA, 2009).

No tocante a natureza e objetivos, trata-se de uma pesquisa aplicada de caráter exploratório tendo em vista a concepção de conhecimentos para utilização prática empregada ao desenlace de problemas específicos além de torná-los mais conhecidos e familiares de modo a fomentar diretrizes. (GERHARDT E SILVEIRA, 2009); (LAKATOS E MARCONI, 2003).

A análise dos dados foi realizada a partir de investigação bibliográfica que conforme Fonseca (2002, p.32) se refere ao levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. E, a partir de estudos de casos de edificações similares a fim de estabelecer o que havia de mais essencial e característico entre elas.

Adiante, realizou-se a apreciação dos condicionantes do terreno escolhido como insolação, ventilação e topografia com interesse na suma sapiência acerca de seus problemas e potenciais de sorte que esses dados venham a cooperar com a concepção formal do projeto.

E finalmente, depois de estudos bibliográficos, estudos de caso e análise dos condicionantes do terreno, foi possível produzir o partido arquitetônico e o programa de necessidades adequado a proposta apresentada. Destarte, após a finalização de todas as etapas apresentadas nesse trabalho, será realizada na etapa posterior (TCC II) um anteprojeto de arquitetura, articulado com todas as análises citadas na metodologia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico de Cuidados Paliativos e Hospice

A filosofia paliativista, segundo alguns historiadores, teve início ainda na antiguidade com a manifestação da figura do curandeiro – papel exercido por um

indivíduo escolhido especialmente de acordo com a crença em seu dote de poderes de divinos. Na Idade Média, com a difusão do Cristianismo, os mosteiros passaram a receber doentes e pessoas incapacitadas. Posteriormente, durante as Cruzadas, viajantes que chegavam muito doentes passavam seus últimos momentos aos cuidados de monges, freiras e voluntárias. (ANCP, 2005); (FERRIS, 2015); (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 1944).

Mais tarde, com a Reforma Protestante e a conseqüente dissolução dos mosteiros surgiram várias instituições de caridade na Europa abrigando pobres, doentes e órfãos.

XIX, essa prática organizadas por organizações protestantes a ter características exemplares do Hôtel-Dieu em Paris (ver figura 01).



Figura 1 - Hôtel-Dieu na cidade francesa de Paris no séc. XIX



Ao longo do séc. se propaga com católicas e que passam hospitalares a Dieu em Paris (ver (FERRIS, 2015).

Fonte: MARVILLE, 1875

O termo *hospice*, foi usado pela primeira vez em 1842 na cidade francesa de Lyon quando Madame Jeanne Garnier fundou o *Dames de Calvaire* (Damas do Calvário) como um local dedicado aos cuidados de moribundos. Em 1897, a *Irish Sisters of Charity* (Irmãs Irlandesas da Caridade), uma das primeiras organizações com a missão específica de cuidar de pessoas com doença em fase terminal fundou o *Our Lady's Hospice* (Hospice de Nossa Senhora) em Dublin e depois, em 1905, o *St. Joseph's Hospice* (Hospice São José) em Londres. (FERRIS, 2015).

No contexto brasileiro, não há registros sobre qual teria sido o primeiro *hospice*, contudo disponíveis primeiro local com teria sido o Asilo em 1944 na Janeiro no bairro tinha por função a



a partir das fontes deduziu-se que o tais características da Penha, criado cidade do Rio de da Penha. O asilo assistência a

Figura 2 - Vista frontal do Asilo da Penha pacientes pobres com câncer em estágio avançado (ver figura 02). Em contraste ao exemplo carioca foi somente a partir da década de 1980 que surgiram outras iniciativas vinculadas ao tratamento do paciente com câncer ou de dor crônica. (FLORIANI e SCHRAMM, 2010).

Fonte: Arquivo INCA, 1944

3.2 Indicações para Cuidados Paliativos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os pacientes que sofrem de doenças graves em estágio progressivo e incuráveis devem receber cuidados paliativos, contudo compreende-se que se a medida fosse obrigatória a maior parte desses pacientes ficaria sem assistência devido a carência de profissionais e serviços para atendimento à população. (ARANTES, 2009).

Em virtude da dificuldade na avaliação e no cuidado do sofrimento alheio estabeleceu-se critérios de recomendações para cuidados paliativos dada a finitude em possibilidade de tratamento de manutenção e prolongamento da vida de modo a proporcionar conforto e dignidade ao paciente no fim da vida. (ARANTES, 2009).

Um dos critérios mais abordados é tocante ao prognóstico de tempo de vida do paciente. Nesse caso é adotado o prazo de 6 (seis) meses por consequência do alinhamento à adesão do sistema de saúde americano - o *medicare* - que além desse quesito ainda estabelece que o paciente deve fazer a opção por cuidados paliativos e abrir mão dos tratamentos de prolongamento da dor, haja vista que durante os cuidados paliativos serão administrados somente fármacos para mitigação da dor. (ARANTES, 2009).

3.3 O processo de morrer e as fases do luto

A maior parte das pessoas não está preparada para a morte, mesmo os doentes com um mal prognóstico ou seus familiares. Isso pode se dever ao medo do desconhecido ou do que viria após a morte. Desse modo, há de se pensar que as pessoas lidam de modos diferentes sobre o morrer haja vista que cada ser é único e tem as suas próprias convicções. Todavia, após estudo é possível listar uma série de fases em que a pessoa pode passar do decorrer do seu final de vida. Vale salientar que uma fase ou outra pode suprimida dado o comportamento psicológico de cada um. (KUBLER-ROSS, 1998).

A **negação e o isolamento** são mecanismos naturais de defesa temporários diante da morte. Acontece geralmente assim que se recebe a notícia da enfermidade e tem intensidade e a duração variáveis: pessoas podem passar rapidamente ou podem ir de médico em médico até que encontre alguém que o apoie na sua posição. (KUBLER-ROSS, 1998).

A **raiva** pode estar relacionada à impotência e à falta de controle sobre a própria vida. É uma fase mais complicada para a família pois o paciente transforma toda a sua angustia em raiva e costuma ter acessos explosivos. (KUBLER-ROSS, 1998).

A **barganha** é fase em que o paciente tentar fazer trocas e até mesmo promessas em sigilo a fim de que aconteça um verdadeiro milagre e consiga se livrar da situação iminente. Nessa fase eles geralmente são mais dóceis e gentis. (KUBLER-ROSS, 1998).

Quando a **depressão** acontece, o paciente já está mais debilitado e já não pode mais negar a sua morte e então já assume um quadro clínico característico referido a desânimo, desinteresse, apatia, tristeza e choro. Nesse momento deve-se

deixá-lo confortável para exteriorizar seu pesar e assim aceitar sua situação mais facilmente. (KUBLER-ROSS, 1998).

Finalmente, o último estágio é a **aceitação**, fase onde os pacientes que receberam apoio e viveram a doença chegam aceitando o processo e já manifestam mais

permanecem
silêncio no
desligamento
levavam e de
familiares.
ROSS, 1998).

Afinal,
percurso
onde o



tranquilidade,
mais em
caminho para
da vida que
seus
(KUBLER-

o morrer é um
complexo
paciente

precisa do apoio da família e de recursos médicos e pessoais que o possibilitem encarar a jornada com mais serenidade.

4 ESTUDOS

4.1 AHI Japão

Figura 3 – Vista aérea do AHI Hospice

DE CASO

Hospice, Aichi –

O AHI Hospice localiza-se na província de Aichi, no Japão e fica no campus de um hospital afiliado a cristãos em uma comunidade rural próxima de Nagoya. O hospice é uma construção independente organizada em 03 níveis de modo que os visitantes têm acesso ao edifício pelo segundo piso (principal) dada a inclinação do terreno (conforme figuras 03 e 04). (VERDERBER e REFUERZO, 2006).

Fonte: VERDERBER e REFUERZO, 2006

Figura 4 - Perspectiva do AHI Hospice

Fonte: VERDERBER e REFUERZO, 2006

Na cultura tradicional japonesa, a morte acontece em silêncio, em locais mais ocultos, de essa de morte foi para o concepção da do edifício. O inserido semi-rural aparência de residência



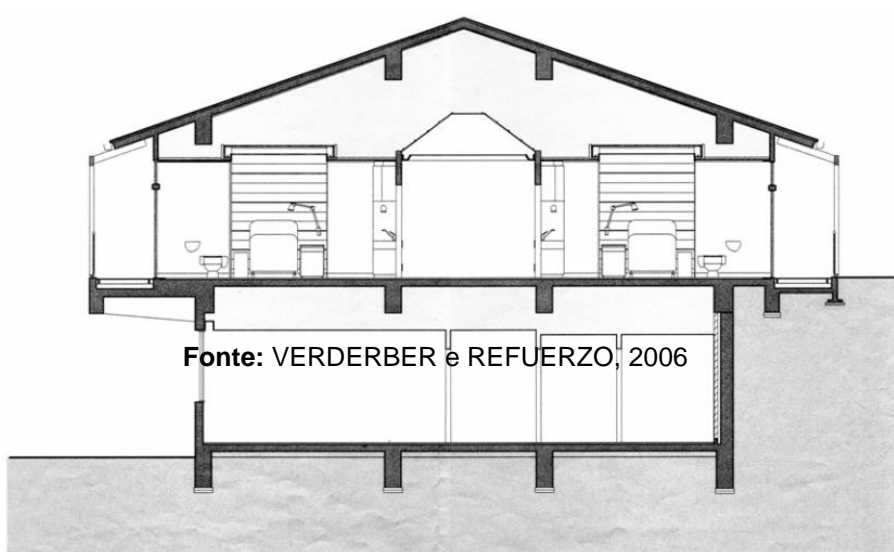
maneira que interpretação importante arquiteto na configuração hospice nesse meio carrega a uma particular, fato

que é reforçado pelo uso de elementos e acabamentos estruturais de madeira, transparência, terraços e varandas e conectividade entre os ambientes. (VERDERBER e REFUERZO, 2006).

As salas de internação são dispostas ao longo de um corredor para os dois lados (conforme figura 05), no nível superior (3º piso), com varanda privativa em cada uma delas. As varandas foram projetadas em balaço a fim de sombrear os ambientes construídos abaixo. Cada sala possui aproximadamente 20 m² e utiliza as leves telas shoji (telas de papel japonesas) que podem ser facilmente movidas horizontalmente pelo paciente, recurso que oferece conveniência, autonomia e

independência. Um posto de enfermagem é locado no centro das 2 (duas) alas de quartos. (VERDERBER e REFUERZO, 2006).

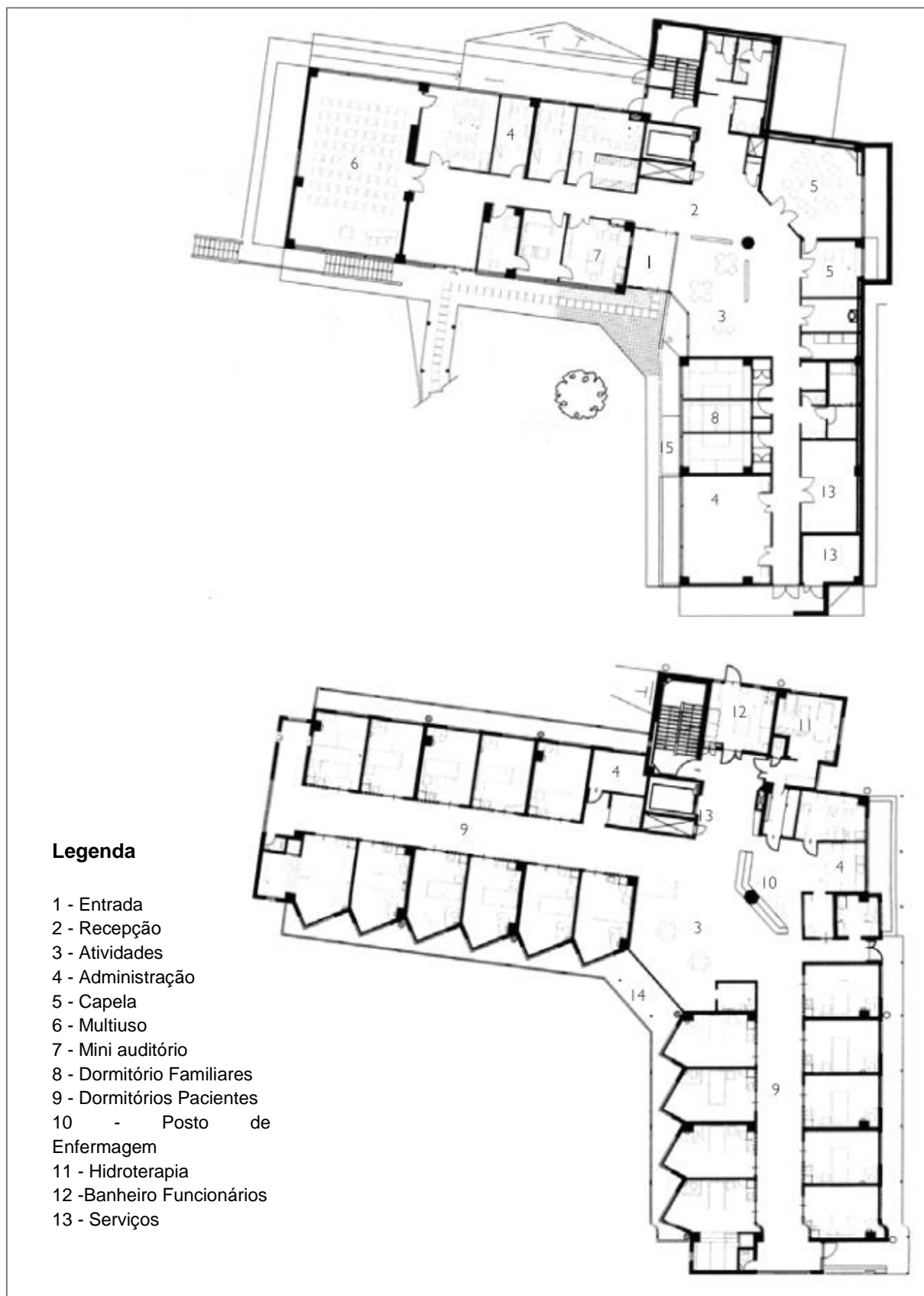
Figura 5 - Vista em Corte do AHI Hospice



Todos que chegam à entrada principal passam por um espelho d'água (com peixinho) ao longo do caminho levando à área de estacionamento. Os quartos de internação são privados e possuem amplo espaço pessoal e várias opções de uso, com telas de privacidade, portas deslizantes, móveis, iluminação e tatames disponíveis para meditação ou sono. Não há banheiro privativo: o vaso sanitário fica imediatamente ao lado de cama e pode ser ocultado visualmente através de uma cortina (conforme figura 06). (VERDERBER e REFUERZO, 2006).

Este projeto assumiu relevância positiva no sentido de produzir a adaptação à localidade no sentido arquitetônico e cultural e da exploração positiva do desnível do terreno. Um fato negativo do projeto é a distância do paciente e do familiar no momento de descanso visto que o quarto do paciente e do familiar se localizam em pisos distintos.

Figura 6 – Vista em Planta Baixa (2º e 3º pisos) do AHI Hospice



4.2 Hospice LaGrange, LaGrange - Estados Unidos

O Hospice LaGrange está localizado na cidade de LaGrange nos Estados Unidos e faz parte do campus oeste do Centro Médico da Geórgia. Sua forma procede de estruturas indígenas de fazendas rurais da Geórgia Ocidental rural (conforme figura 07). A organização, em nível, se dá pela distribuição em 1(uma) ala administrativa e 4 (quatro) blocos individualizados, cada um com 4 (quatro) salas de

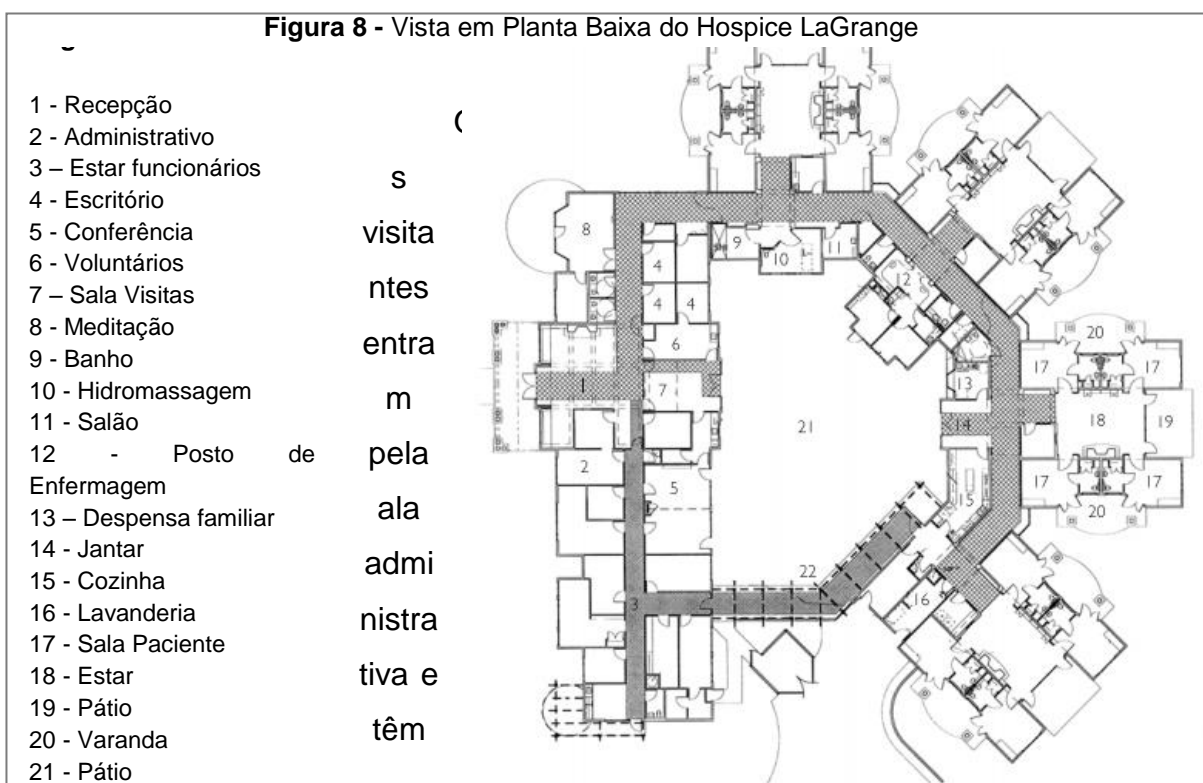
Figura 7 - Vista Geral do Hospice LaGrange

internação (conforme figura 08). (VERDERBER e REFUERZO, 2006).



Fonte: VERDERBER e REFUERZO, 2006

Figura 8 - Vista em Planta Baixa do Hospice LaGrange



Fonte: VERDERBER e REFUERZO, 2006

acesso às áreas sociais principais do hospice que levam a uma passagem que liga aos 4 (quatro) blocos que casas agrícolas autônomas. Cada bloco consiste em 4 (quatro) quartos de pacientes ao lado de uma grande sala de estar. Cada quarto possui portas duplas proporcionando acesso a camas para serem transportadas ao ar livre. Também são equipados com cama dobrável para uso de familiares. (VERDERBER e REFUERZO, 2006).

Aqui, o arquiteto decidiu não fazer uso dos longos, institucionais, duplos corredores de tradicionalmente utilizados em hospitais e asilos pois em visita a outros hospices percebeu que muitas vezes esses espaços permaneciam sem uso. Dessa maneira propôs um caminho animado com assentos de janela e conexões visuais aos espaços de atividade social. (VERDERBER e REFUERZO, 2006).

Este projeto assumiu relevância positiva no sentido de proporcionar a socialização em uma escala bem parecida à de uma residência, com os quartos em torno de um ambiente de comum de estar além da eliminação de longos corredores em favor da maior utilização dos espaços pelos usuários.

4.3 Maggie's West London - Reino Unido

Os Centros Maggie's atuam como uma instituição de apoio e aconselhamento a pessoas afetadas pelo câncer sejam elas pacientes, familiares ou amigos. Eles trabalham como extensão aos hospitais que prestam esse tipo de tratamento. São vários centros espalhados pela europa e pela ásia, projetados por arquitetos como Zaha Radid, Frank Gehry e Rem Koolhaas. O idealizador do projeto, Charles Jencks, tinha por objetivo proporcionar atendimento de suporte a essas pessoas através de uma boa arquitetura e atribuiu o resultado relacionado ao efeito "placebo" da arquitetura atuando como uma terapia secundária aos tratamentos convencionais. (ADAMS, 2016); (JANELA, 2015).

O Maggie's West London está localizado na cidade de Londres no Reino Unido, faz parte do Charing Cross Hospital e é concebido como um contraste ao edifício principal do hospital. O edifício organiza-se de modo a mitigar a problemática do som, no sentido de filtrar, além de criar barreira visual frente ao hospital. Desse modo, o centro se desenvolve dentro de uma parede capaz de refletir esse som e proporcionar recanto aos seus usuários. (JANELA, 2015).

Ao contrário de hospitais e clínicas, o centro não possui recepção com a prerrogativa de conforto da pessoa em não se sentir vigiada, de modo que entrada é

feita por um hall que faz a transição para uma cozinha, ambiente central que deve produzir acolhimento e conforto imediatamente a quem chega (conforme figura 09). (ADAMS, 2016); (JANELA, 2015).



Fonte: JANELA, 2015

As portas são de correr pois prezou-se a liberdade de poder utilizar todos os espaços, ou seja, se a porta está aberta o usuário deve entender que é permitida a utilização e se fechada, entende que a utilização naquele instante como vedada. Os espaços ainda se discorrem em salas de aconselhamento, sala de convivência, banheiro (privado o suficiente para que possa chorar), jardim e a parte administrativa restrita ao mezanino (conforme figura 10). (ADAMS, 2016); (JANELA, 2015).

Figura 10 - Vista em Planta Baixa do Maggie's West London



Fonte: JANELA, 2015

ste

projeto assumiu relevância positiva no sentido de trazer o usuário a utilização do

espaço como parte da sua casa, como a cozinha em que ele mesmo pode “passar” o seu café e em torno de uma mesa nutrir relações pessoais com outras pessoas, ato que pode auxiliá-lo no processo de tratamento pelo qual ele mesmo passa seja como paciente ou como próximo.

5 DESENVOLVIMENTO PROJETUAL

5.1 Análise da Área

A análise da área escolhida para implantação da proposta deste trabalho levou em consideração aspectos relevantes para a elaboração de um anteprojeto de arquitetura, de modo que, foram apreciados elementos tais como: topografia; entorno; insolação; ventilação; programa de necessidades; fluxograma; pré-dimensionamento dos ambientes; materiais e sistemas construtivos adequados ao entorno bem como à proposta temática. Cada ponto aqui levantado foi avaliado e será implantado em conformidade à legislação e normas técnicas pertinentes ao anteprojeto de arquitetura.

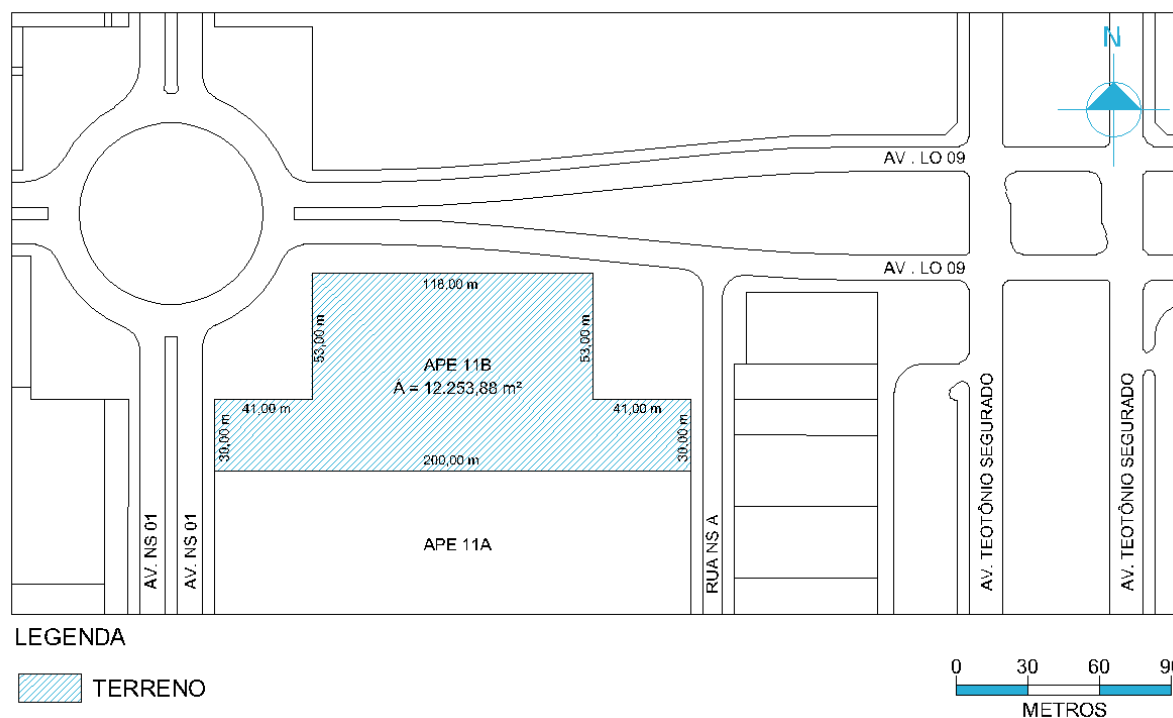
5.1.1 Localização e entorno

Um dos principais aspectos para a escolha da área para construção do hospice, deu-se principalmente pela circunstância de proximidade a marcos médico-hospitalares relevantes e a áreas de lazer como o Hospital Geral de Palmas (HGP), o Hospital Oswaldo Cruz, o Hospital Unimed, o Palmas Medical Center, o Centro Médico Empresarial, o Centro Oncológico de Palmas e o Parque Cesamar.

Assim, o terreno escolhido localiza-se no plano diretor sul de Palmas – TO, na Avenida LO-09, Área Pública Estadual (APE) 11B situado na Quadra ACSU SO 40. Possui confrontação a leste com a Avenida NS 01, a oeste com a Rua NS-A, a norte com a Avenida LO 09 e a sul com a APE 11^a e possui área de 12.253,87m², conforme figura 11.

No que tange ao acesso ao terreno, este se dá pela Avenida LO-09 no sentido oeste-leste para veículos e quando feito por transporte coletivo são realizados o embarque e o desembarque pela Avenida Teotônio Segurado, através da linha 010 – Eixão, linha principal que percorre a cidade no sentido norte-sul, dessa maneira o restante do percurso deve ser feito por caminhada.

Figura 11 - Localização do Terreno na Quadra ACSU SO 40



Fonte: GeoPalmas - Adaptado pela Autora, 2020

E

m um raio de 1,5km do terreno escolhido identificam-se os equipamentos públicos e empreendimentos mais relevantes, conforme apêndice A. Observa-se com isso, o adensamento populacional moderado dessa região marcado ainda por vazios urbanos, a exemplo da gleba urbana ARSO 51 que ainda não foi microparcelada. Os setores no entorno imediato de acordo com o Uso do Solo classificam-se em Áreas Residenciais e Áreas de Comercio e Serviços Urbanos.

5.1.2 Uso do Solo, Índices Urbanísticos e Afastamentos Obrigatórios

Com base na Lei Complementar nº 321/2015, que dispõe sobre a divisão da Área Urbana da Sede do Município de Palmas em Zonas de Uso, apreende-se que:

- No que tange ao uso do solo, admite o uso do terreno para o hospice tendo em vista que permite atividades como ambulatório, casa de saúde, clínica especializada, centro de saúde, consultório médico, consultório odontológico, hospital e hotel;
- No que tange aos índices urbanísticos, admite taxa de ocupação de 100% para o pavimento subsolo, de 50% (área equivalente a 6.126,94 m²) para os pavimentos térreo e 1º (primeiro) e

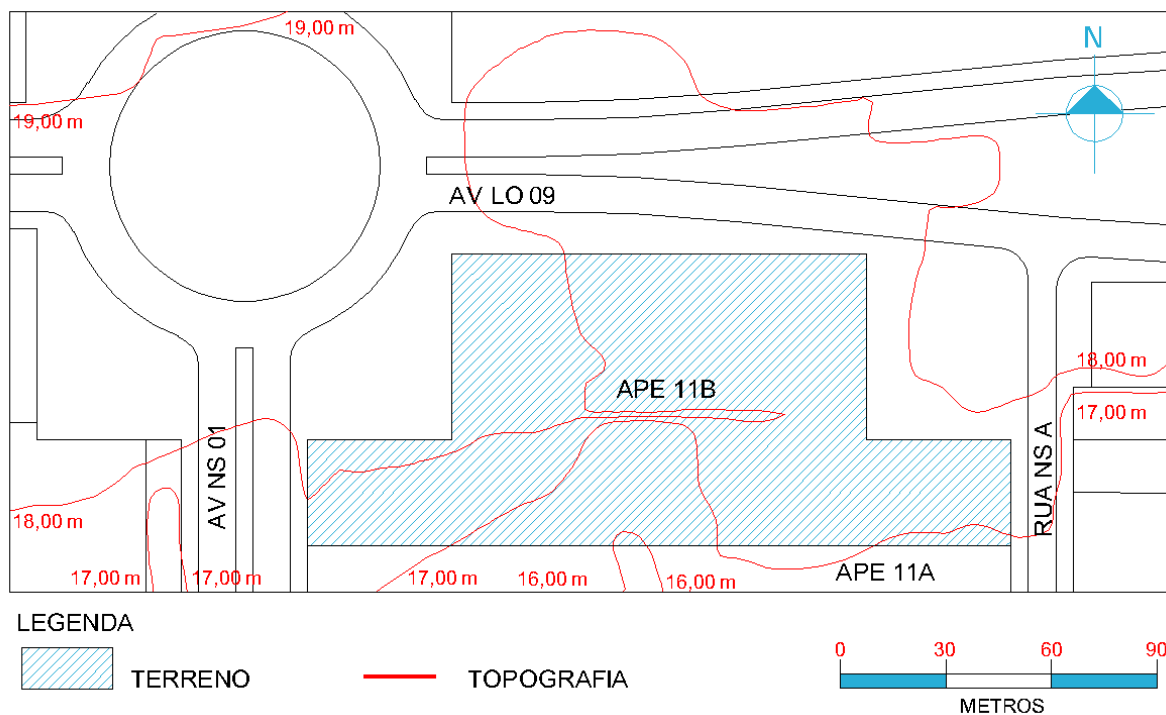
de 30% (área equivalente a 3.676,16 m²) para os demais pavimentos. Acerca do índice máximo de aproveitamento, define como o valor de 3,0 (três) podendo, desse modo, chegar a área total de 36.761,64 m²;

- No que tange aos afastamentos mínimos obrigatórios, define como nulo quando se tratar do pavimento subsolo e de 7,50m (sete metros e cinquenta centímetros) das laterais, de frente e de fundo quando se tratar dos demais pavimentos.

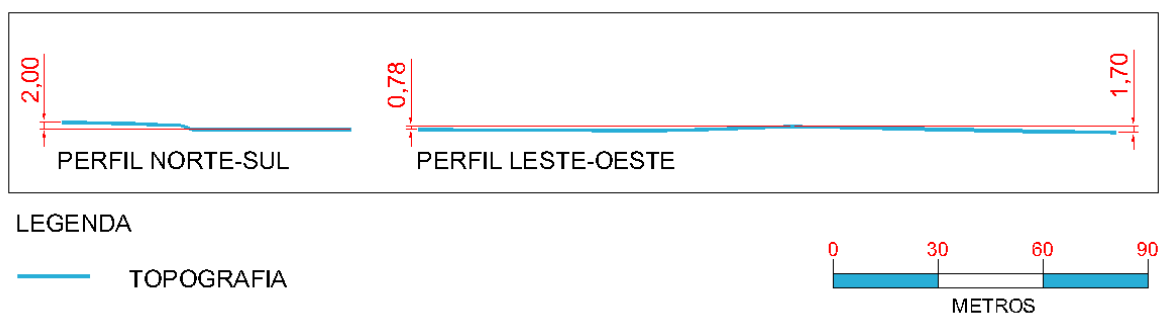
5.1.3 Topografia

Através de estudos e análise arquivos de mapas geográficos de Palmas, disponibilizados pela Prefeitura Municipal através do GeoPalmas, imagens de satélite, bem como visitas *in loco* identificou-se que o terreno no sentido leste-oeste está em aclive em cerca de 0,78m (setenta e oito centímetros) até a zona central - zona de maior variação de altitude – e depois assume declive de cerca de 1,70m (um metro e setenta centímetros) e que no sentido norte-sul assume declive com desnível total de cerca de 2,00m (dois metros), conforme figuras 12 e 13.

Figura 12 - Topografia do Terreno



Fonte: GeoPalmas - Adaptado pela Autora, 2020

Figura 13 - Perfis Topográficos do Terreno

Fonte: GeoPalmas - Adaptado pela Autora, 2020

5.1.4 Vegetação

No que tange à vegetação, conforme figura 14, identifica-se a presença de maciço arbóreo a leste fora do limite do terreno e nota-se árvores espaçadas na porção sul do terreno. As árvores podem ser classificadas em pequeno e médio porte e devem ser preservadas para fins de sombreamento e concepção do paisagismo do complexo do hospício.

Figura 14 - Vegetação Existente no Terreno



Fonte: Google Earth - Adaptado pela Autora, 2020

5.1.5 V

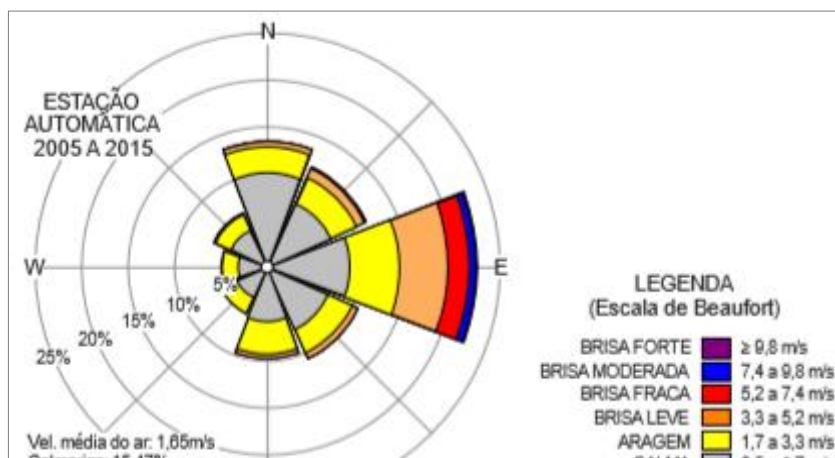
ventilação e Insolação

A cidade de Palmas, de acordo com informações contidas no site do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), possui clima tropical com estação seca no inverno. As temperaturas máximas tendem a ocorrer nos meses de agosto e setembro e o mês de julho tende a ser o mais frio. De modo que, a estação chuvosa vai de outubro a abril, sendo janeiro o mês mais chuvoso e os meses mais secos vão de maio a setembro.

O comportamento do sol em relação ao terreno, tem sua maior incidência na fachada Norte, pela Avenida LO-09, em contrapartida a fachada sul é a que recebe menos insolação; a Leste, pela Rua NS-A, o sol tem sua incidência no período matutino; e, a Oeste, pela Avenida NS-01, tem predominância de incidência solar no período vespertino, requerendo assim uma maior atenção quanto ao conforto térmico no projeto.

Quanto à ventilação, segundo os dados oficiais do Instituto Nacional de Meteorologia (INMET), Silva e Souza (2016), demonstram que os ventos predominantes em Palmas são do Leste, conforme figura 15.

Figura 15 - Rosa dos ventos para Palmas-TO no período de 2005 a 2015



Fonte: SILVA e SOUZA, 2016

5.2 Análise das Características e Necessidades do Hospice

5.2.1 Caracterização do Público Alvo

O Hospice será uma instituição de caráter público-privado que admitirá pessoas adultas com doença terminal (demência terminal, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), câncer terminal ou acidente vascular cerebral incapacitante grave, insuficiência cardíaca, renal ou respiratória) da qual é improvável de se recuperar e para quem os cuidados paliativos intensivos são o foco e a meta predominantes de cuidados pelo tempo restante.

Tendo em vista que o Hospice aqui proposto é a primeira instituição a prestar este tipo de serviço no estado do Tocantins, julgou-se útil a inserção do ensino na base de atividades prestadas com o intuito de ampliar a divulgação da especialidade paliativista bem como a qualificação dos profissionais que farão parte da equipe do Hospice.

5.2.2 Programa de Necessidades e Pré-Dimensionamento

Com base nos estudos de caso e na pesquisa bibliográfica realizada, o programa de necessidades foi dividido em setores acolhimento, convivência, ensino, internação e cuidados, administração e funcionários e serviços, de modo a facilitar a compreensão das atividades, conforme tabela 01.

Tabela 1 - Programa de Necessidades

SETOR - ACOLHIMENTO			
AMBIENTE	ÁREA (m²)	QUANT.	TOTAL (m²)
ESPERA	15,30	1	15,30
CREDENCIAMENTO	8,16	1	8,16
SALA DE ACOLHIMENTO	69,06	1	69,60
SALA DE ENTREVISTAS	18,79	1	18,79
SANIT. (MASC./FEM.)	47,48	1	47,48
ÁREA TOTAL DO SETOR			159,33

SETOR - CONVIVÊNCIA			
AMBIENTE	ÁREA (m²)	QUANT.	TOTAL (m²)
ORATÓRIO	32,00	1	32,00
SALA DE ESTAR 1	189,11	1	180,11
SALA DE ESTAR 2	127,14	1	127,14
ACOLHIMENTO E ESPERA	15,30	1	15,30
COZINHA FAMILIAR	77,00	1	77,00
MACAS/CADEIRA DE RODAS	7,49	1	7,49
SALA MULTIUSO	25,02	1	25,02
SANIT. (MASC./FEM.)	47,48	1	47,48
RECEPÇÃO INTERNAÇÃO	24,74	1	24,74
ÁREA TOTAL DO SETOR			536,17

SETOR - ENSINO			
AMBIENTE	ÁREA (m²)	QUANT.	TOTAL (m²)
BIBLIOTECA	127,46	1	127,46
SALA MULTIUSO 1	33,96	1	33,96
SALA MULTIUSO 2	33,48	1	33,48
CREDENCIAMENTO	17,25	1	17,25
SANIT. (MASC./FEM.)	47,48	1	47,48
ÁREA TOTAL DO SETOR			259,63

SETOR - INTERNAÇÃO E CUIDADOS			
AMBIENTE	ÁREA (m²)	QUANT.	TOTAL (m²)
POSTO DE ENFERMAGEM	32,79	1	32,79

CIRCULAÇÃO	201,84	1	201,84
ESTAR 01	24,53	1	210,67
ESTAR 02	28,10	1	
ESTAR 03	54,76	1	
ESTAR 04	32,12	1	
ESTAR 05	38,25	1	
ESTAR 06	22,91	1	
SUÍTE INDIVIDUAL PARA PACIENTES	-		
Quarto	20,52	20	410,40
Banheiro	5,49	20	109,80
CONSULTÓRIOS COM SANITÁRIO	-		
Médico Indiferenciado	15,40	3	15,40
Odontológico	15,40	1	15,40
Psicologia	15,40	1	15,40
Assistente Social	15,40	1	15,40
RECEPÇÃO E ESPERA	36,05	3	36,05
FISIOTERAPIA	112,60	1	112,60
SALA DE HIDROTERAPIA	112,60	1	112,60
FARMÁCIA	17,18	1	17,18
SANITÁRIO	2,98	1	2,98
UTILIDADES	6,75	1	6,75
TOTAL DO SETOR			1.315,26

SETOR - ADMINISTRAÇÃO E FUNCIONÁRIOS			
AMBIENTE	ÁREA (m²)	QUANT.	TOTAL (m²)
HALL/RECEPÇÃO FUNCIONÁRIOS	25,10	1	25,10
SALA ADM. E FATURAMENTO	32,02	1	32,02
R.H.	07,90	1	07,90
SALA DE DIREÇÃO	14,53	1	14,53
SALA DE TI	14,94	1	14,94
REUNIÕES	25,19	1	25,19
CIRCULAÇÃO	12,50	1	12,50
SANIT. (MASC./FEM.)	2,83	2	5,66
ESTAR FUNCIONÁRIOS	27,44	1	27,44

COPA FUNCIONÁRIOS	22,31	1	22,31
REPOUSO FUNCIONÁRIOS	29,24	1	29,24
VESTIÁRIO FUNCIONÁRIOS (MASC./FEM.)	69,05	1	69,05
ÁREA TOTAL DO SETOR			285,88

SETOR - SERVIÇOS			
AMBIENTE	ÁREA (m²)	QUANT.	TOTAL (m²)
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	-		
<i>Triagem e Assepsia</i>	14,26	1	14,26
<i>Despensa Seca</i>	17,28	1	17,28
<i>Câmara fria</i>	11,22	1	11,22
<i>Lavagem carrinho</i>	5,69	1	5,69
<i>Preparo e Produção(cocção)</i>	45,13	1	45,13
<i>Sala de Nutrição</i>	11,20	1	11,20
SALA PARA GUARDA DE CADÁVER	25,00	1	25,00
ALMOXARIFADO GERAL	41,00	1	41,00
DEPÓSITO MATERIAL DE LIMPEZA	12,00	1	12,00
DEPÓSITO MATERIAL HOSPITALAR	12,00	1	12,00
DEPÓSITO DE MATERIAL DE JARDINAGEM	9,90	1	9,90
ROUPARIA-Roupa Suja	16,19	1	16,19
LAVANDERIA COMUM	23,46	1	23,46
SALA MOTORISTA DE AMBULÂNCIA	19,17	1	19,17
SALA DE MANUTENÇÃO	17,92	1	17,92
ESPAÇO FUNERÁRIA	11,88	1	11,88
HALL	16,78	1	16,78
DEPÓSITO DE LIXO A, B ,C e E	3,00	1	3,00
SANITÁRIO	2,28	1	2,28
ESTACIONAMENTO	12,5	50	12,5
ESTACIONAMENTO AMBULÂNCIAS	24,5	4	24,5
ÁREA TOTAL DO SETOR			345,46

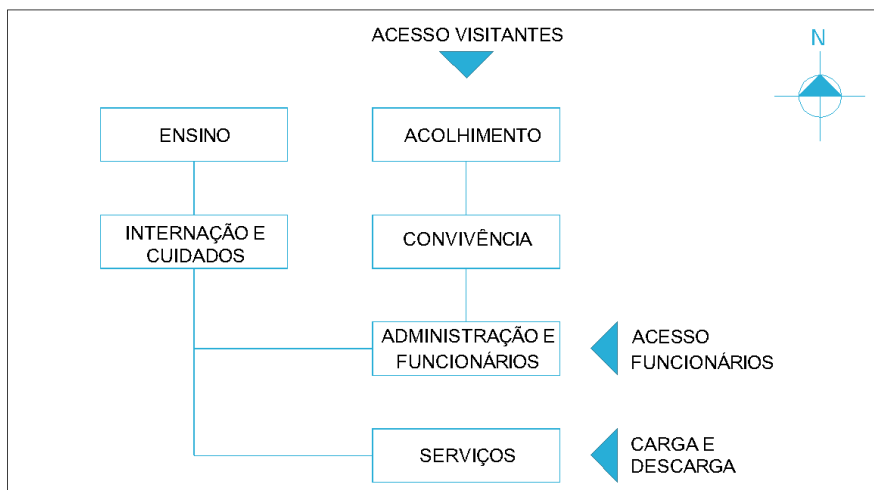
ÁREA TOTAL DA EDIFICAÇÃO	4.101,34
---------------------------------	-----------------

Fonte: Autora, 2020

5.2.3 Fluxograma

A figura 16 apresenta o fluxograma com os principais acessos além dos espaços que irão compor o Hospice, mostrando a relação entre cada setor.

Figura 16 - Fluxograma

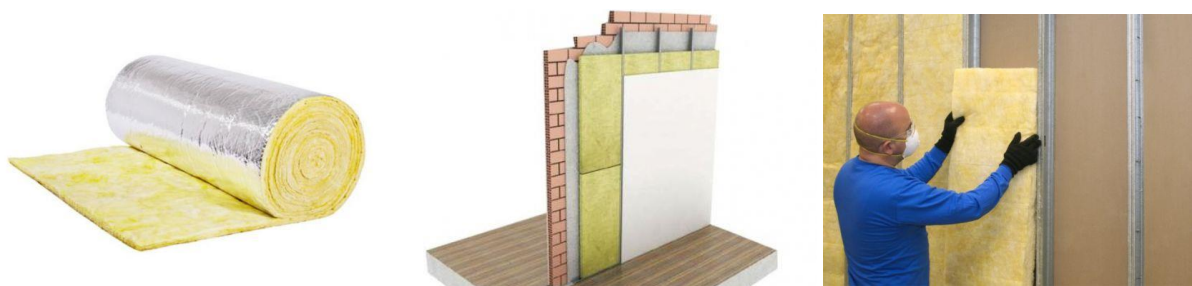


Fonte: Autora, 2020

5.3 Sistema Construtivo e Materiais

No que se refere ao sistema construtivo e materiais, será adotado estrutura em concreto armado convencional. A vedação externa e de áreas molhadas será em bloco cerâmico e as internas serão em paredes de *drywall* em função da leveza desse material e maior trabalhabilidade. O isolamento térmico-acústico se dará pela instalação de manta de lã de vidro entre as chapas de *drywall* (ver figura 17), material resistente ao fogo sendo adequado aos critérios de prevenção exigidos pelo Corpo de Bombeiros. Discorre-se de um produto que não agride o meio-ambiente, por ser fabricado a partir de matéria reciclada, tem longa durabilidade e impede a proliferação de bactérias e fungos.

Figura 17 – Aplicação de Lã de Vidro



Com a intenção de controlar o ruído e a privacidade, será deferida a proposta de utilização de portas e janelas de correr em vidro laminado (ver figura 18). Este material interfere positivamente na atenuação de barulho tendo em vista que possui uma camada intermediária espessa e maleável.

Figura 18 - Aplicação de Divisória em Vidro



Fonte: Atualle Divisórias

5.4 Legislação Pertinente

De acordo com o terreno escolhido serão utilizadas as seguintes legislações pertinentes para desenvolvimento do anteprojeto:

- Decreto 1.490, de 30 de outubro de 2017 que reestrutura o Programa Adote uma Área Verde, instituído pelo Decreto nº 923, de 21 de setembro de 2002.
- Lei Complementar nº 305, de 02 de outubro de 2014, que dispõe sobre o Código Municipal de Obras.
- Lei Complementar Municipal nº 321, de 13 de agosto de 2015, que dispõe sobre a divisão da Área Urbana da Sede do Município de Palmas em Zonas de Uso.
- Lei Complementar Municipal nº 400, de 2 de abril de 2018, que dispõe sobre o Plano Diretor Participativo do Município de Palmas-TO.
- Lei nº 1.787, de 15 de maio de 2007, que dispõe sobre a Segurança contra Incêndio e Pânico em edificações e áreas de risco no Estado do Tocantins.
- Norma Brasileira de Acessibilidade – NBR 9050, de 11 de setembro de 2015, que dispões sobre Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência a edificação, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

- Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

5.5 Escolha do Partido Arquitetônico

O tema escolhido para direcionar o partido arquitetônico desta proposta refere-se a Casa como Lar, no sentido de o interno do hospice apropriar-se daquele conjunto de ambientes como seu próprio lar, tendo como pressuposto o que considera Neto (2017) que o lar se trata da expressão da personalidade e dos modos de vida do habitante integrando suas memórias, desejos, temores de modo que é esse próprio morador que forma o seu lar, dado que é um conceito individualizado para cada um e ele mesmo pela maneira que o manipula, que o utiliza e que o adequa ao seu modo de vida lhe imprime o seu significado de lar.



Acerca do nome dado ao hospice escolheu-se a palavra *Dom* proveniente da palavra *domus* que do latim para o nosso idioma significa casa, termo já aqui explicado como partido arquitetônico da proposta aqui apresentada, bem como fazendo alusão à *domus* romana com seus pátios internos.

Acerca do logotipo para o hospice procurou-se mais uma vez trazer a referência de casa especialmente àquela que se tem quando criança ao desenhar a casa com um telhado de 02 (duas) águas e uma chaminé, além de um sol brilhante. Desse modo, colocou-se uma chaminé na letra D, um charmoso telhado na letra O e se retratou a letra M como casas geminadas e belo sol acima das letras afim de lembrar o frescor do dia. E finalmente, cada letra é representada com uma cor alegre diferente fazendo alusão à individualidade de cada habitante do Dom Hospice. (Ver figura 19).

Figura 19 - Logotipo do Dom Hospice

Fonte: Autora, 2020

5.6 Estratégias Projetuais

O conceito da Tríade Vitruviana pressupõe que uma boa arquitetura possui um tripé baseado em 03 (três) componentes: forma, função e estrutura. Nesse contexto apreendeu-se outros 03 tópicos ligados à ideia de casa, são eles: acolher, sociabilizar e apropriar-se.

5.6.1 Estratégias Formais

No que tange às estratégias formais e compositivas se propõe algo que se relaciona à escala doméstica dada em linhas retas e sinuosas (ver figura 20) em seus ambientes internos, solários e jardins externos que proporcionasse conforto, que fosse leve e que fosse construída em bloco conforme figura 22.

Figura 20 - Misto de linhas para concepção formal do Hospice



Fonte: Autora, 2020

Em relação às cores, foram utilizados tons neutros como branco, marfim e cinza nos ambientes íntimos afim de facilitar a customização dos espaços pelos internos e cores mais vivas como verde, azul, amarelo e vermelho além de painéis com motivos de fauna e flora nas zonas comuns, conforme figura 21.

Figura 21 - Motivos para painéis

Fonte: Google Imagens, 2018

5.6.2 M

Modulação Estrutural

No que tange à modulação

estrutural adotou
uma malha de



10,00m, ou seja, sob cada intersecção de eixo de 10,00m foi colocado um pilar afim de produzir vãos maiores com menor interferência desses pilares e semelhantemente, adotou-se a tipologia de laje nervurada dando maior flexibilidade aos ambientes.

A estrutura deve ser confeccionada em concreto armado tradicional devido à maior oferta de mão de obra e matéria prima na região proporcionando maior facilidade em adquirir tal serviço.

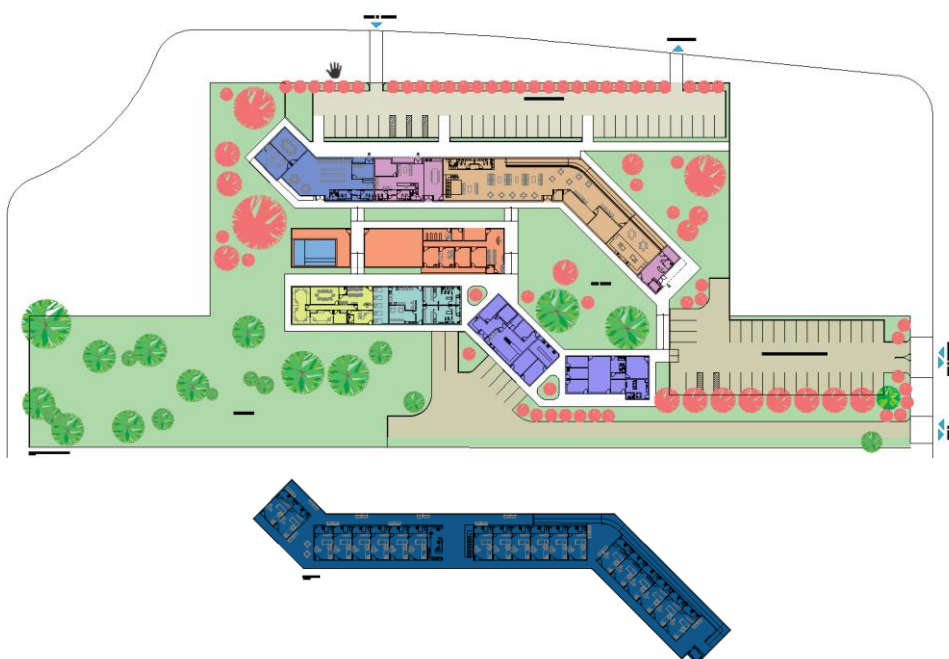
O edifício foi projetado em 02 (dois) pavimentos (conforme figura 22) a fim de favorecer a locação de rampas e elevadores para acesso de internos aos pavimentos superiores dada sua fragilidade motora.

Figura 22 - Volumetria

Fonte: Autora, 2021

5.6.3 Articulações Funcionais

No que tange às estratégias funcionais do hospice levou-se em consideração todo o estudo aqui realizado no que se refere a vias de acesso, fluxo de pessoas, carga e descarga, estacionamento de funcionários, dentre outros aspectos. Os espaços foram pensados atendendo as prerrogativas da topografia, ventilação, insolação e locação da vegetação pré-existente.

Figura 23 - Setorização

Fonte: Autora, 2021

Conforme figura 23, o programa de necessidades foi distribuído em 3 blocos

- a) Bloco A: Parte educacional, acolhimento e convivência (térreo), e internação (superior)
- b) Bloco B: Parte de cuidados, fisioterapia e consultórios
- c) Bloco C: Parte de administração, funcionários e serviços

Houve a preocupação na implantação dos blocos com a preservação da vegetação existente, pois a temos uma deficiência de vegetação em nossa Capital. Além que serão implantadas mais vegetação ao entorno da edificação.

Os Blocos estão implantados de forma a otimizar a circulação de seus usuários, e facilitar a prestação de serviço oferecida pelo Dom Hospice.

O acesso principal dos visitantes do Dom Hospice ocorre pela LO-09, e o acesso de ambulâncias, carga e funcionário será pela NS-A, assim setorizando as entradas necessárias para atender a edificação.

A instituição tem 03 estacionamentos, sendo destinados para visitantes, funcionários e serviços. Sendo divididos em 58 vagas convencionais (área de 12,50m²), 06 vagas PCD (área de 18,50m²), 03 vagas para ambulâncias (área de 15,00m²) e 07 vagas para carga e descarga.

O Estacionamento será em piso intertravado, e há no projeto jardins para o plantio de arvores nativas da região proporcionado sombreamento para o referido espaço.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exame deste trabalho acadêmico é possível compreender as definições sobre o morrer, o cuidado paliativo e o hospice, tal qual a relevância e necessidade de implantação da primeira unidade de cuidados paliativos do tipo hospice da região norte do país na cidade de Palmas-TO.

Com suporte nos estudos de casos aqui analisados de edificações similares percebeu-se a pertinência da escala doméstica e da ideia de remontar ao lar em seus programas de modo que se logrou êxito em adquirir como partido competente na promoção de humanização e na apropriação dos espaços por parte dos usuários.

Por meio do programa de necessidades e da setorização adotados elaborou-se ambientes e locais de incentivo à socialização e integração familiares a exemplo das copas familiares, salas de estar e visitas, bem como os pátios interno e externo.

REFERÊNCIAS

ACUBENS, Museu Virtual de Câncer. **Fotografia do Asilo da Penha**. 1944. Disponível em <<http://www.acubens.com.br/historia-linhatepo-view.asp?id=30>> Acesso em 21.04.2020.

ADAMS, Anmarie. **Home and/or Hospital: The Architectures of End-of-Life Care**. Change Over Time. Volume 6. Número 2. p. 248-263. 2016. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/310315342_Home_andor_Hospital_The_Architectures_of_End-of-Life_Care> Acesso em 20/02/2020.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Onde existem?** Disponível em <<https://paliativo.org.br/ancp/onde-existem/>> Acesso em 22.02.2020.

ARANTES, Ana Cláudia de Lima Quintana. **Indicações de Cuidados de Cuidados Paliativos**. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, 2009. P.56 a 74. Disponível em <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em 22/02/2020.

DATASUS. **Mortalidade – Tocantins – Dados Preliminares (2018)**. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10to.def> > Acesso em 04/03/2020.

FERRIS, Frank. D. **Let's Talk about Palliative and Hospice Care**. Ohio Health Hospice. Ohio, USA. Traduzido e adaptado por Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Brasil, 2015. Disponível em <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>> Acesso em 15/03/2020.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Farmin Roland. **Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro. p. 165-180. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702010000500010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 15/03/2020.

FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2571>> Acesso em 15/03/2020.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre. 2009. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em 03/03/2020.

JANELA, Andreia Isabel Pires. **Os Maggie Cancer Caring Centres: A arquitetura como 'fenómeno transitivo'?**. Tese (Mestrado em Arquitetura) - Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. Coimbra. 192 p. 2015. Disponível em < <https://docplayer.com.br/16082247-Os-maggie-cancer-caring-centres-a-arquitetura-como-fenomeno-transitivo.html>> Acesso em 22/02/2020.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes**. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1998.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo. 2003. Disponível em <http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view> Acesso em 03/03/2020.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Organização de serviços de Cuidados Paliativos**. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, 2009. p. 94-110. Disponível em <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em 22/02/2020.

MARVILLE, Charles. **Fotografia do Hôtel-Dieu**. 1875. Disponível em <<http://sur-les-toits-de-paris.eklablog.net/histoire-de-l-hotel-dieu-de-paris-a127667632>> Acesso em 21.04.2020.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, 2009. p. 23-30. Disponível em <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>> Acesso em 22/02/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História e Evolução dos Hospitais**. Re-edição de 1965. Rio de Janeiro: 1944. 588 p. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf> Acesso em 15/03/2020.

VERDERBER Stephen; REFUERZO Bem. **Inovations in hospice architecture**. New York: Taylor and Francis. 2006. Disponível em <<https://epdf.pub/innovations-in-hospice-architecture.html>> Acesso em 05/02/2020.