



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

MARINA COUCEIRO DE CARVALHO BEZERRA

ESPAÇO CUIDAR:

Anteprojeto de clínica multidisciplinar para crianças com transtornos de neurodesenvolvimento com enfoque na primeira infância no bairro da Imbiribeira, Recife/PE

RECIFE, 2024

MARINA COUCEIRO DE CARVALHO BEZERRA

ESPAÇO CUIDAR:

Anteprojeto de clínica multidisciplinar para crianças com transtornos de neurodesenvolvimento com enfoque na primeira infância no bairro da Imbiribeira, Recife/PE

Trabalho de graduação apresentado ao Departamento de Arquitetura e Urbanismo do Centro de Artes e Comunicação da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo. Trabalho orientado pelo professor Luciano Lacerda Medina e coorientado pela professora Luciana da Rocha Alves.

RECIFE, 2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Bezerra, Marina Couceiro de Carvalho.

Espaço Cuidar: Anteprojeto de clínica multidisciplinar para crianças com transtornos de neurodesenvolvimento com enfoque na primeira infância no bairro da Imbiribeira, Recife/PE / Marina Couceiro de Carvalho Bezerra. - Recife, 2024.

76

Orientador(a): Luciano Lacerda Medina

Coorientador(a): Luciana da Rocha Alves

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação, Arquitetura e Urbanismo - Bacharelado, 2024.

Inclui apêndices.

1. Arquitetura e saúde. 2. Clínica multidisciplinar. 3. Transtorno do Espectro Autista (TEA). 4. Primeira infância. 5. Neurodiversidade. 6. Acessibilidade. I. Medina, Luciano Lacerda. (Orientação). II. Alves, Luciana da Rocha. (Coorientação). IV. Título.

720 CDD (22.ed.)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha família, em especial à dona Cida, minha mãe. Ela que além de minha maior incentivadora em todos os desafios que me propus nesta vida, vibrando minhas conquistas e consolando em meus tropeços, não mediu esforços para me educar e proporcionar toda a minha base de ensino escolar e de vida. Essa vitória também é dela.

Aos grandes amigos que conheci nesta jornada acadêmica e levarei para a vida, em especial à Elisa, Raquel, Sabino e Gustavo, que fizeram desse curso uma experiência mais rica e divertida.

Meu sincero agradecimento ao meu orientador Luciano e minha coorientadora Luciana que me acompanharam neste processo, compartilhando seus conhecimentos e me guiando à conclusão desta etapa.

Aos meus amigos de infância, que foram compreensivos nos momentos em que precisei me ausentar para focar em meus estudos.

À Ana Galamba, que me concedeu a oportunidade de estagiar em seu escritório, apresentando a beleza e sensibilidade da arquitetura hospitalar, meu muito obrigada.

Ao meu parceiro de vida, Mateus, que nunca duvidou do meu potencial, me motivando e acompanhando de perto a minha trajetória acadêmica.

Por fim, sou grata a todos que estiveram em meu caminho e que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho. Sem vocês, este trabalho não seria possível.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar a síntese aplicada em um anteprojeto de uma clínica multidisciplinar que investiga como a arquitetura, o mobiliário, o paisagismo e o conforto podem impactar positivamente na experiência de crianças neuroatípicas nesses ambientes. Para alcançar esse objetivo, foi utilizada uma metodologia de revisão bibliográfica sobre o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e sobre ambientes projetados para atender às necessidades de crianças dentro desse espectro. Além disso, foi realizado um estudo de caso de uma clínica multidisciplinar que oferece tratamento especializado a essas crianças, contribuindo para a formulação de diretrizes que orientam o projeto arquitetônico. Durante o processo de elaboração do anteprojeto, foi fundamental priorizar o conforto do ambiente construído, dado que o público-alvo apresenta maior sensibilidade auditiva, visual e tátil, além de, em muitos casos, possuir mobilidade reduzida. O paisagismo foi identificado como um elemento central, reconhecendo a importância do contato com a natureza no tratamento de crianças, em especial as que se encontram dentro do espectro autista. Ademais, o desenvolvimento da policlínica enfrenta o desafio de equilibrar o cumprimento das normas estabelecidas pela NBR 9059 e pela RDC 50, enquanto visa promover uma dinâmica de espaço mais fluída, acolhedora e dinâmica para as crianças atendidas, com o objetivo de proporcionar uma experiência otimizada e mais proveitosa. O anteprojeto refere-se a um edifício público com tipologia de pátio, composto por dois pavimentos, que intercalam áreas construídas e espaços livres, sempre com foco na integração com a natureza.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVO GERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
1. CLÍNICA DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR.....	10
2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.....	14
2.1. O AUMENTO DO DIAGNÓSTICO.....	14
2.2. A PRIMEIRA INFÂNCIA.....	19
2.3. O TEA EM PERNAMBUCO.....	22
2.4. O PAPEL DO SUS.....	22
3. ARQUITETURA E CONFORTO.....	25
3.1. O ESPAÇO FÍSICO.....	25
3.2. AS CORES.....	30
3.3. OS RUÍDOS.....	31
3.4. O FLUXO DOS VENTOS.....	33
4. NORMAS.....	35
4.1. RDC 50.....	35
4.2. NBR 9050.....	36
4.3. SOMASUS.....	37
5. ESTUDO DE CASO.....	39
5.1. Integrar: Clínica Multidisciplinar.....	39
6. REFERÊNCIAS PROJETUAIS.....	42
6.1. Hospital Sarah Kubitschek.....	42
6.2. Aulario Universitario, Alicante.....	44
7. PROJETO.....	46
7.1. O TERRENO.....	47
7.2. ESTUDO PRELIMINAR.....	50
7.3. ANTEPROJETO.....	58
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
10. APÊNDICES.....	74

INTRODUÇÃO

O transtorno do espectro autista é uma condição neuropsiquiátrica que costuma apresentar os primeiros indícios ainda na primeira infância, período entre zero a seis anos, e pode comprometer, em diferentes níveis, o desenvolvimento da fala, da interação social e do comportamento. O TEA abrange desordens do desenvolvimento neurológico como Autismo Infantil Precoce, Autismo Infantil, Autismo de Kanner, Autismo de Alto Funcionamento, Autismo Atípico, Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação, Transtorno Desintegrativo da Infância e a Síndrome de Asperger.

Um dos marcos das políticas de saúde pública implementadas por Getúlio Vargas foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Ao longo de suas quase cinco décadas de atuação, o Sesp se destacou ao desafiar diversos estigmas e contribuiu de forma significativa para a formação da identidade nacional.

Com autonomia tanto administrativa quanto financeira, esses centros conseguiram estabelecer um planejamento regional eficaz, promovendo uma rede integrada de serviços básicos que funcionavam de maneira coordenada, posteriormente vindo a serem chamadas de Clínicas Multidisciplinares.

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na primeira infância é um processo sensível e fundamental. Essa etapa é essencial para o desenvolvimento de habilidades sociais, comunicação e autocontrole, e é também quando os primeiros sinais de autismo podem começar a aparecer.

Normalmente, são os pais e cuidadores que percebem inicialmente comportamentos que podem sugerir o TEA. Isso pode incluir dificuldades na interação com outras crianças, resistência a mudanças na rotina ou um interesse intenso em objetos específicos. Embora esses comportamentos sejam comuns em muitos pequenos, eles podem se tornar motivo de preocupação quando persistem e afetam a vida diária da criança.

Depois de dez anos de pesquisa, a arquiteta Magda Mostafa desenvolveu diretrizes de design voltadas para a criação de espaços que atendam às necessidades de pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Essa metodologia,

denominada “ASPECTSS”, abrange sete critérios que servem tanto para avaliação quanto para direcionar o processo de projeto.

Seguindo os critérios de Mostafa, simultâneo ao cumprimento das normas projetuais previstas para ambientes de saúde, é possível conceber uma construção mais adequada para o tratamento de crianças neuroatípicas.

Foram utilizadas duas metodologias para a execução do trabalho. Primeiramente foi feita uma revisão bibliográfica, na qual foram analisados alguns artigos que tratam sobre o tema abordado em questão. Posteriormente, foi realizado um estudo de caso na clínica multidisciplinar Integrar, a fim de compreender a dinâmica dos ambientes e suas funcionalidades, além de conversas informais com psicólogos especialistas no atendimento voltado para crianças inseridas no espectro autista, sintetizando como produto da pesquisa a realização do programa de necessidades do projeto.

Portanto, este trabalho tem como objetivos:

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do trabalho é o de desenvolver um anteprojeto arquitetônico de uma clínica multidisciplinar para o tratamento da criança neuroatípica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender como a arquitetura pode contribuir para o conforto e desenvolvimento da criança neuroatípica;

Analisar quais as diretrizes projetuais para ambientes voltados para crianças com autismo;

Aplicar as normas que devem ser seguidas para a elaboração de um projeto hospitalar.

Investigar os programas de necessidades aplicados em clínicas existentes localizadas no recorte da região metropolitana do Recife.

Levantar informações sobre os programas de necessidades de clínicas multidisciplinares, com base em visitas e conversas com psicólogos.

Identificar referências projetuais que tragam formas e soluções para humanizar o ambiente clínico.

O trabalho se estrutura de acordo com os capítulos descritos a seguir.

- Capítulo 1 - Clínica de atendimento multidisciplinar: O capítulo apresenta um contexto histórico de clínica de atendimento multidisciplinar, trazendo desde seu surgimento como uma alternativa que reconhece que as questões ligadas à saúde muitas vezes podem estar interconectadas e não podem ser tratadas de forma isolada. Com o avanço da medicina e a crescente percepção da importância da saúde integral, iniciou-se a integração de diversas especialidades, como medicina, nutrição e fisioterapia. Esse movimento ganhou destaque nas décadas de 1960 e 1970, quando se evidenciou que a colaboração entre diferentes áreas poderia oferecer um cuidado centrado no paciente.
- Capítulo 2 - Transtorno do espectro autista: O capítulo trata sobre como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode se manifestar de maneiras variadas, revelando-se em comportamentos, interações e formas de comunicação que diferem das expectativas típicas. Criar um ambiente seguro e acolhedor permite que esses indivíduos se expressem de maneira autêntica. Quando diagnosticado e tratado nos primeiros anos de vida, os sintomas do autismo podem ser mais facilmente atenuados. No âmbito da saúde pública, é essencial que sejam construídos espaços voltados para o tratamento dessas crianças, a fim de que possam ter acesso ao tratamento multidisciplinar de qualidade.
- Capítulo 3 - Arquitetura e conforto: O capítulo analisa a influência da arquitetura no desenvolvimento de ambientes voltados para o cuidado de crianças neuroatípicas, de modo que esses espaços devem conter áreas com cuidado acústico, cores suaves, arejados e que possam permitir um contato com a natureza. Quando as crianças se sentem seguras, elas são mais propensas a interagir, experimentar e aprender.
- Capítulo 4 - Normas: O capítulo apresenta as regulamentações técnicas existentes que ditam a elaboração de projetos arquitetônicos

acessíveis e voltados para ambientes de saúde. A partir do cumprimento da resolução da RDC 50 e NBR 9050, associados à observação de sugestões de layout disponibilizados pelo SOMASUS, é possível efetuar um projeto de clínica voltada para o atendimento de crianças neuroatípicas.

- Capítulo 5 - Estudo de caso: O capítulo apresenta a visita técnica realizada na Clínica Multidisciplinar Integrar, a fim de observar e acrescentar vivências espaciais construtivas, além de complementar o programa de necessidades do anteprojeto arquitetônico.
- Capítulo 6 - Referências projetuais: O capítulo aborda dois referenciais arquitetônicos como norteadores para a forma construtiva do projeto. O primeiro foi o Hospital Sarah Kubitschek, idealizado pelo arquiteto João Filgueiras Lima (Lelé) em 1994, em Salvador, Bahia, onde Lelé prioriza a humanização do atendimento e o bem-estar dos pacientes a partir da integração dos espaços construídos à natureza do projeto paisagístico. Outro referencial foi o Aulario Universitario, localizado na cidade de Alicante, na Espanha, projetado pelo arquiteto Javier García-Solera na década de 1960, serviu de inspiração para o planejamento dos cheios e vazios, visando permeabilidade e ventilação natural na edificação.
- Capítulo 7 - Projeto: O capítulo apresenta a síntese de todos os estudos referenciais teóricos a qual culmina em um anteprojeto de clínica multidisciplinar intitulado Espaço Cuidar, localizado no bairro da Imbiribeira, na cidade do Recife, Pernambuco. A partir de um estudo preliminar do recorte, o projeto foi inserido no terreno de propriedade da Autarquia de Urbanização do Recife (URB), a fim de ser um espaço de saúde voltado para o atendimento de pacientes com transtorno de neurodesenvolvimento pelo SUS.

Em suma, o presente trabalho trata-se sobre o volume final do trabalho de conclusão do curso de Arquitetura e Urbanismo pela Universidade Federal de Pernambuco a partir do estudo e pesquisas teóricas resultando no desenvolvimento de um anteprojeto de clínica multidisciplinar voltada para crianças com transtornos de neurodesenvolvimento com enfoque na primeira infância no bairro da Imbiribeira.

1. CLÍNICA DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

As clínicas de atendimento multidisciplinar surgiram como resposta à necessidade de abordar a complexidade das condições de saúde que não podem ser resolvidas por uma única especialidade.

O conceito de atendimento multidisciplinar nasceu da compreensão de que a saúde é um fenômeno complexo, que envolve não apenas o corpo, mas também a mente e o contexto social do indivíduo. Nos primeiros anos do século XX, hospitais e centros de reabilitação começaram a adotar abordagens integradas, reconhecendo que cada paciente é único e suas necessidades vão além do que um único profissional de saúde poderia atender.

Nesse ambiente, equipes compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais passaram a trabalhar juntas. Essa colaboração foi um marco importante, pois permitiu que cada membro da equipe contribuísse com sua expertise, criando um cuidado mais holístico e personalizado. Os pacientes, antes tratados de maneira fragmentada, agora eram vistos em sua totalidade, levando em conta não apenas suas condições físicas, mas também emocionais e sociais.

O atendimento multidisciplinar trouxe à tona o valor da comunicação e do respeito mútuo entre as diferentes especialidades. Essa troca de conhecimentos não só melhorou os resultados de saúde, mas também fortaleceu a relação entre os profissionais e os pacientes, que passaram a se sentir mais acolhidos e compreendidos.

George Rosen (1979) nos leva a refletir sobre como as raízes do campo da saúde comunitária (CS) estão intimamente ligadas à mentalidade filantrópica dos Estados Unidos nos anos 1910. Nesse período, um grupo de pessoas preocupadas com o futuro da sociedade começou a agir diante das condições devastadoras enfrentadas por comunidades de imigrantes. A miséria que viam ao seu redor gerou um sentimento de repulsa e consternação, motivando-os a buscar soluções.

Esses indivíduos, movidos pela empatia, começaram a oferecer serviços sociais e assistência médica, reconhecendo que o cuidado deve ir além do

tratamento de doenças. Eles viam a necessidade de criar um ambiente mais saudável e justo, onde todos tivessem acesso a condições dignas de vida. Essa abordagem humanizada ajudou a estabelecer um diálogo entre saúde pública e questões sociais, destacando que a saúde é influenciada não apenas por fatores biológicos, mas também por contextos sociais e econômicos.

Em 1919, uma proposta mais abrangente emergiu em Nova York, onde a ideia de integrar hospitais como componentes essenciais dos Centros de Saúde começou a ganhar força. Essa proposta visava não apenas oferecer cuidados médicos, mas também criar uma rede de suporte que abordasse as necessidades de saúde das comunidades de forma integral (Terris, 1963). Essa visão pioneira lançou as bases para um modelo de saúde que buscava ir além da caridade, enfatizando a importância de um sistema de saúde estruturado e acessível a todos.

Na análise de Reinaldo Ramos (1972), há uma menção a registros de atendimento médico coletivo aos mais necessitados por meio de dispensários na França e na Inglaterra durante o século XVII. Embora sua evolução seja incerta, em Londres, em 1801, esses dispensários atendiam cerca de cinquenta mil pessoas por ano, muitas delas recebendo atendimento em casa. Fatores políticos, econômicos e militares influenciaram a introdução de um enfoque preventivo nos dispensários, que passou a ter um foco especial na saúde de crianças e gestantes. Já no início do século XX, esse enfoque se estendeu a doenças transmissíveis, como tuberculose, lepra e doenças venéreas (p. 40). Contudo, foi a necessidade de estruturar serviços de forma independente e reduzir os custos administrativos que levou ao desenvolvimento do conceito de "tudo sob um mesmo teto" nos centros de saúde modernos (Ramos, 1972, p. 41).

Administrativamente, argumentava-se que integrar diversos serviços em um único local era mais eficiente do que gerenciar dispensários isolados. Essa estratégia não só reduzia custos administrativos, mas também eliminava a duplicidade de ações. O ponto central, no entanto, era o papel fundamental da educação sanitária e da vigilância na organização da saúde pública, sempre com um enfoque na prevenção.

Diferentemente do que é abordado na literatura internacional e por outros autores nacionais, em São Paulo, o conceito de centros de saúde (CSs) desenvolvido por Paula Souza foi fortemente influenciado por ideias eugênicas. Esse contexto reflete, sem dúvida, as discussões da época, especialmente em função do intenso fluxo de imigrantes no estado. Paula Souza demonstrava uma preocupação significativa com a educação sanitária e moral das crianças, focando na chamada "eugenia preventiva" (Souza, 1926; 25 fev. 1928). Embora suas raízes estivessem ligadas à saúde, essa abordagem tinha na educação seu principal campo de atuação, levando-a a defender a integração da higiene escolar aos serviços de saúde pública (Souza, 1934; Souza, Vieira, 1934). O discurso eugênico relacionado aos CSs permaneceu em evidência na literatura até a metade da década de 1940 (Vieira, 1945).

João de Barros Barreto (1890-1956) foi uma figura fundamental na saúde pública durante o governo Vargas e, sem dúvida, um dos sanitaristas mais influentes do Brasil. Mário Magalhães Silveira destaca que ele foi responsável por dar uma dimensão nacional ao movimento sanitarista no país.

Um dos principais desdobramentos das políticas de Getúlio Vargas na saúde pública foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Este serviço, que se destacou por enfrentar muitos estigmas ao longo de sua existência, durou cerca de cinquenta anos e teve um papel significativo na construção da identidade nacional.

Com sua autonomia administrativa e financeira, o Sesp conseguiu implementar um planejamento regional eficiente para uma rede de serviços básicos que eram coordenados e integrados. Segundo André Campos (2000, p. 214), a instituição se baseava em quatro estratégias principais: capacitar profissionais para atuar nas unidades e gerenciar o modelo; promover educação sanitária para a população, especialmente entre as crianças; criar uma rede integrada de unidades de saúde organizadas por distritos sanitários; e expandir essa rede para todos os municípios brasileiros.

Entre as décadas de 1960 e 1980, diversas iniciativas surgiram para institucionalizar o que ficou conhecido como medicina comunitária. Esse período foi

caracterizado por intensas disputas ideológicas, especialmente em torno do Movimento de Reforma Sanitária, que focava em questões organizacionais e estruturais em larga escala. No que diz respeito ao discurso dos Centros de Saúde, nota-se que, durante esse tempo, houve poucas mudanças significativas nas ideias sobre como os serviços básicos deveriam ser organizados e implementados.

Um capítulo fascinante dessa história refere-se às inúmeras tentativas de nomear e classificar os Centros de Saúde (CS) de acordo com a complexidade dos serviços prestados. Curiosamente, essas discussões parecem ter mais relevância nas publicações acadêmicas do que na prática real. Várias propostas surgiram ao longo do tempo, sugerindo diferentes denominações e hierarquias: tipo I a V, posto de higiene (PH), subcentro de saúde, CS1 e CS2, PH1, PH2, PH3, subposto, posto médico, unidade sanitária A, B e C, unidade sanitária hospitalar, hospital subcentro, CS de primeira, segunda e terceira classe, e unidade mista, entre outras (Agrícola, 1930; Barreto, 1931; Morena, 1946; Penido, Pantoja, Simões, 1953; Mascarenhas, Castro, 1955; Ramos, 1972).

Unidades mais simples do que as mencionadas deveriam ser chamadas de postos de higiene. No entanto, essa terminologia não foi adotada popularmente ou pelos órgãos governamentais, e as classificações propostas por normas federais posteriores também não tiveram sucesso (Brasil, 1954). Fontenelle (1941) já alertava que "é o 'Centro de Saúde', o 'Posto de Saúde', a 'Delegacia de Saúde' ou qualquer outro nome que se queira dar. O essencial é o serviço, não a nomenclatura." Anos depois, Mascarenhas optou por evitar essa discussão, propondo uma reorganização dos serviços de saúde em São Paulo com o termo "unidades locais polivalentes": "Toda ação local deve ser atribuída a um órgão local, independentemente do nome que tenha (posto, centro de saúde, unidade integrada)" (Mascarenhas, 1964). Contudo, após a grande reforma paulista de 1968, a situação não mudou: "Os nomes mudaram, mas as condições físicas, humanas e materiais permaneceram quase as mesmas" (Yunes, Bromberg, 1971).

Hoje em dia, termos como centro de saúde, posto de saúde, unidade básica e até o afetuoso "postinho" se tornaram sinônimos, integrando o vocabulário cotidiano do século XXI com naturalidade.

2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição neurodesenvolvimental que afeta a forma como uma pessoa se comunica, interage socialmente e percebe o mundo ao seu redor. Os sinais do TEA geralmente se manifestam na primeira infância, embora a identificação e o diagnóstico possam ocorrer em idades variadas. Cada indivíduo no espectro apresenta um conjunto único de características, que podem variar em intensidade e forma.

As pessoas com TEA podem ter dificuldades em entender normas sociais, o que pode levar a mal-entendidos nas interações. No entanto, muitas vezes possuem interesses intensos em tópicos específicos, o que pode resultar em conhecimentos profundos. Essa combinação de desafios e habilidades destaca a diversidade humana, lembrando-nos de que cada pessoa tem sua própria maneira de vivenciar a vida.

É fundamental promover um ambiente inclusivo e acolhedor para indivíduos com TEA. A educação e a conscientização são ferramentas poderosas para derrubar estigmas e criar oportunidades. Famílias, educadores e a sociedade em geral desempenham papéis cruciais na valorização das capacidades e no apoio ao desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação.

Além disso, a compreensão do TEA evolui constantemente. O suporte adequado pode incluir terapias comportamentais, apoio psicológico e intervenções educacionais personalizadas. O objetivo é permitir que cada indivíduo alcance seu potencial, vivendo de forma plena e significativa.

2.1. O AUMENTO DO DIAGNÓSTICO

Em janeiro de 2012, a França declarou o autismo como uma prioridade nacional, e desde então, a questão ganhou grande visibilidade, sendo muitas vezes tratado como uma epidemia. Desde que Kanner fez suas primeiras observações sobre o autismo em 1943, já se passaram 73 anos. Hoje, as estatísticas nos EUA indicam que cerca de uma em cada 68 crianças é diagnosticada com essa condição, segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) em 2014.

Kanner foi o primeiro a identificar o autismo como um distúrbio distinto, em vez de considerá-lo um sintoma da esquizofrenia. Ao estudar onze crianças, ele descreveu o que chamou de "distúrbios autísticos inatos do contato afetivo", observando que essa condição, embora rara, pode ser mais comum do que se pensava (Kanner, 1943/1997, p. 167). Ele caracterizou a síndrome como uma incapacidade inata e mencionou sintomas como traços obsessivos, estereotípias e ecolalia. Essa análise pioneira de Kanner ainda serve como base para as definições nos manuais diagnósticos contemporâneos.

A compreensão do autismo evoluiu ao longo do tempo, especialmente com a introdução do conceito de espectro. Na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado pela American Psychiatric Association em 2014, o termo passou a ser "Transtorno do Espectro Autista" (TEA). Com essa mudança, o autismo passou a incluir condições como o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

O primeiro estudo epidemiológico sobre o autismo foi realizado em 1966, na Inglaterra, por Vitor Lotter. Naquele momento, ele identificou uma prevalência de 4,5 casos de autismo para cada dez mil crianças. Entre o final da década de 1960 e o início da década de 1970, outros estudos na Europa estimaram que havia uma criança com autismo para cada 2.500.

Desde então, a prevalência global do autismo aumentou cerca de trinta vezes. A partir do ano 2000, o Center for Disease Control and Prevention (CDC) criou o Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM), uma iniciativa dedicada a monitorar e estimar a prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) nos Estados Unidos. Desde sua implementação, a rede realiza pesquisas a cada dois anos, permitindo um acompanhamento mais detalhado dos dados epidemiológicos relacionados ao autismo.

O diagnóstico de transtornos mentais não só se fundamenta em aspectos sociais, mas também se torna um elemento significativo na formação da identidade das pessoas. Um exemplo claro disso é o papel ativo das associações de pais, que discutem a visão psiquiátrica do autismo. A mudança de paradigma trazida pela

publicação do DSM-III abriu espaço para que essas associações se formassem. Segundo Ortega (2008), ao desvincular o autismo das psicoses infantis e inseri-lo nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, foi possível eliminar a ideia de que a causa do transtorno estava relacionada a fatores psicológicos dos pais, liberando-os dessa responsabilidade.

Em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil lançou duas cartilhas voltadas para a assistência a pessoas com autismo. A primeira, chamada “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)” (Brasil, 2013a), se insere na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, enfatizando a reabilitação como o tratamento apropriado. A segunda, “Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2013b), aborda o autismo sob a perspectiva da atenção psicossocial, situando-o entre os transtornos mentais e recomendando que o atendimento ocorra na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS. Esses dois documentos, embora tenham sido publicados no mesmo ano pelo mesmo ministério, refletem abordagens diferentes sobre como atender às necessidades das pessoas com autismo, sugerindo uma falta de consenso nas diretrizes.

Nos últimos anos, o Brasil tem observado um aumento significativo no número de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Esse crescimento pode ser atribuído a uma combinação de fatores, incluindo maior conscientização sobre o transtorno, avanços nas práticas de diagnóstico e uma melhor formação de profissionais de saúde.

Historicamente, o TEA era pouco compreendido, e muitos casos passavam despercebidos. No entanto, campanhas de informação e educação têm contribuído para desmistificar o autismo, fazendo com que mais famílias reconheçam os sinais e busquem ajuda. Esse reconhecimento precoce é crucial, pois quanto antes o diagnóstico for feito, mais eficaz pode ser a intervenção.

Outro ponto importante é o papel das redes sociais e da mídia na disseminação de informações. Muitas famílias têm encontrado apoio e compartilhado experiências, o que tem gerado um ambiente mais acolhedor para

discutir o autismo. Além disso, o aumento na formação de profissionais capacitados tem possibilitado diagnósticos mais precisos e abrangentes.

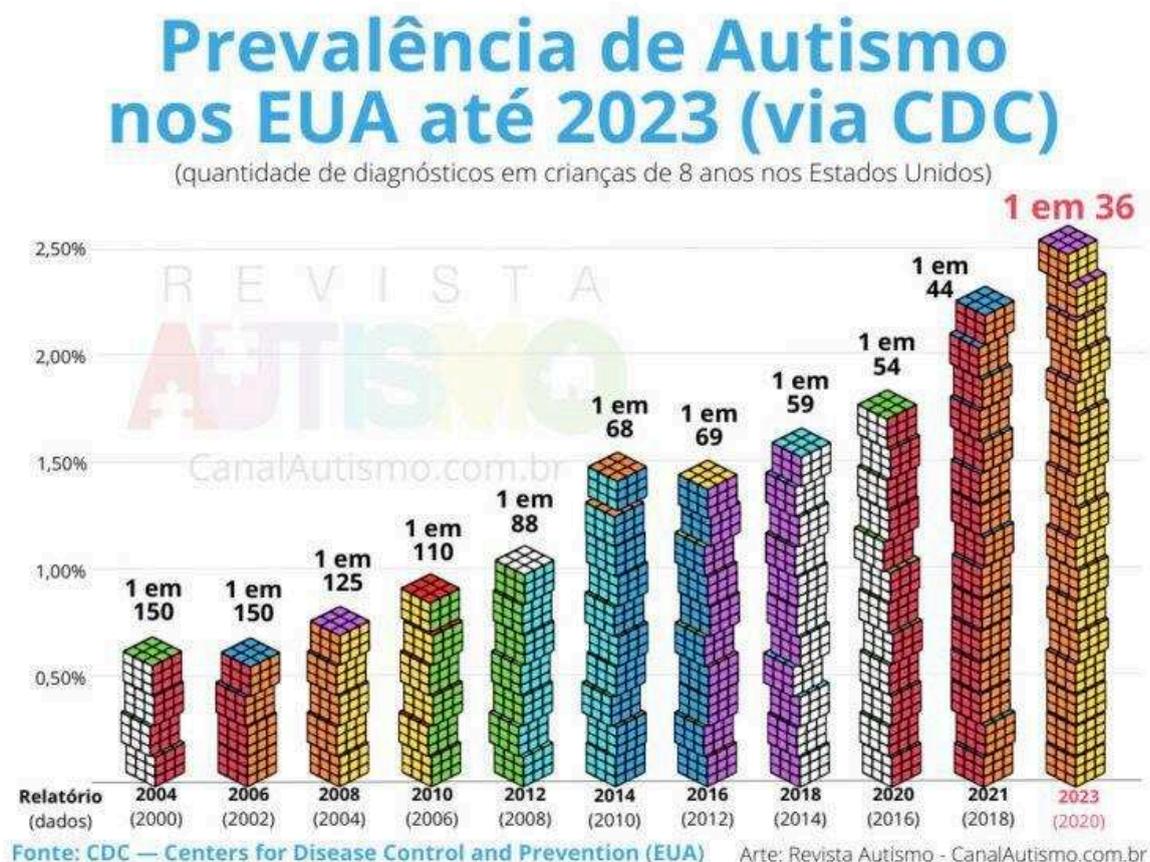
Entretanto, é essencial também refletir sobre os desafios que ainda persistem. Apesar do avanço na conscientização, o acesso a serviços de saúde e educação especializados nem sempre é garantido, especialmente em áreas mais remotas. A luta por políticas públicas que assegurem suporte e inclusão para pessoas com TEA continua sendo uma prioridade.

O aumento nos diagnósticos é um passo importante, mas é apenas o começo. Criar uma sociedade mais inclusiva e compreensiva é um desafio contínuo que envolve não só a saúde, mas também a educação, o trabalho e a vida em comunidade. Com o tempo, espera-se que o Brasil não apenas reconheça mais pessoas no espectro autista, mas que também ofereça as condições necessárias para que elas possam desenvolver todo o seu potencial.

A motivação inicial para a execução de um anteprojeto de clínica multidisciplinar voltada para crianças neuroatípicas se deu a partir do crescente aumento de diagnósticos de Transtorno do espectro autista nas últimas décadas.

Como mostra o gráfico da figura 1, o órgão de saúde Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, divulgou que, em média, uma em cada trinta e seis crianças de 8 anos de idade se encontram dentro do espectro. Os dados são referentes ao ano de 2020.

Figura 1: Prevalência de Autismo nos EUA até 2023 (via CDC).



Fonte:

<https://www.canalautismo.com.br/wp-content/uploads/2023/03/Prevalencia-de-Autismo-nos-EUA-2023-3-1-768x576.jpg>

O neurocientista Alysson R. Muotri afirma que:

“Os novos números do CDC mostram que a prevalência de autismo continua subindo, o que não acreditamos ser algo biológico, mas sim uma melhoria no diagnóstico, pois o autismo tem aparecido mais, está mais conhecido. Acredita-se que essa realidade seja a de todos países do mundo, pois não há evidência de que tanto essa variabilidade quanto às mutações genéticas aconteçam de forma diferentes em outras regiões do planeta. Nesse aspecto, o que acontece nos EUA, deve ser uma representação do que acontece no resto do mundo.” Muotri (2023).

A partir da afirmação do neurocientista, é possível perceber que o aumento dos casos nada tem a ver com outros fatores que não uma melhoria no processo de diagnóstico em si.

Os casos de TEA são significativamente maiores em crianças do sexo masculino quando comparada aos do sexo feminino. A proporção é de 3,8 meninos

para cada 1 menina. Esse fator já vem sendo observado há anos, e também por essa razão o azul é a cor que representa o transtorno.

Segundo Karen Remley, diretora do CDC, a pandemia de Covid-19 teve um impacto significativo no atraso dos diagnósticos em crianças mais novas, o que pode resultar em consequências a longo prazo. Esse atraso no diagnóstico, por sua vez, leva a um início tardio do tratamento, o que pode comprometer o desenvolvimento e a intervenção precoce necessária.

O Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu uma pergunta referente ao autismo no Questionário de Amostra, aplicado em apenas 11% da população. A pergunta de número 17 do formulário é a seguinte: “Já foi diagnosticado(a) com autismo por algum profissional de saúde?”.

A inclusão deste item no questionário da amostra do Censo Demográfico de 2020 foi estabelecida pela Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019, a qual promoveu alterações na Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Essa alteração visou incorporar as especificidades relacionadas ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos, reconhecendo a necessidade de coletar dados que reflitam as particularidades dessa condição. Até o presente momento não foram divulgados os resultados referentes ao questionário de amostra do Censo 2022.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “Transtornos do espectro autista (TEA) são um grupo diversificado de condições. Eles são caracterizados por algum grau de dificuldade com a interação social e a comunicação. Outras características incluem padrões atípicos de atividades e comportamentos, como dificuldade de transição de uma atividade para outra, foco em detalhes e reações incomuns a sensações[...] As características do autismo podem ser detectadas na primeira infância, mas o autismo muitas vezes não é diagnosticado até muito mais tarde.”

2.2. A PRIMEIRA INFÂNCIA

A primeira infância é um período fundamental na vida de uma criança, abrangendo os primeiros anos desde o nascimento até os seis anos. Durante essa fase, ocorrem desenvolvimento e aprendizado intensos, moldando a personalidade e as habilidades sociais que acompanharão a criança por toda a vida.

Esse momento é marcado por descobertas constantes. É nesse estágio que as bases da linguagem são construídas, assim como as habilidades motoras e a compreensão de relacionamentos. Cada interação, cada brincadeira, e cada história lida têm um papel crucial no desenvolvimento cognitivo e emocional.

O ambiente em que a criança cresce desempenha um papel vital nesse processo. Relações afetivas saudáveis com familiares e cuidadores são essenciais. O amor e a atenção recebidos ajudam a criar uma sensação de segurança, permitindo que a criança se sinta confiante para explorar e aprender. Brincar, por exemplo, não é apenas uma atividade; é uma forma de aprender a compartilhar, resolver problemas e interagir socialmente.

É importante lembrar que cada criança é única, com seu próprio ritmo de desenvolvimento. Enquanto algumas podem começar a falar mais cedo, outras podem levar um pouco mais de tempo. Essa diversidade deve ser respeitada e celebrada, pois cada experiência é valiosa.

Investir na primeira infância é um dos caminhos mais eficazes para promover um futuro saudável e produtivo. Políticas públicas e iniciativas comunitárias que garantem acesso à educação infantil de qualidade, saúde e apoio familiar são essenciais.

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) na primeira infância é um processo delicado e significativo. Essa fase da vida, que vai do nascimento até os seis anos, é crucial para o desenvolvimento das habilidades sociais, de comunicação e de autocontrole. É também quando os sinais de autismo podem começar a se manifestar.

Os pais e cuidadores são muitas vezes os primeiros a notar comportamentos que podem indicar o TEA. Isso pode incluir dificuldades em interagir com outras crianças, uma resistência a mudanças na rotina ou um foco intenso em objetos específicos. Esses comportamentos, embora comuns em crianças, podem levantar preocupações quando se tornam persistentes e afetam a vida cotidiana da criança.

A identificação precoce é fundamental. Quanto mais cedo o diagnóstico for feito, mais cedo a criança pode começar a receber o apoio e os recursos necessários. Isso não apenas ajuda a criança a desenvolver habilidades essenciais,

mas também proporciona tranquilidade para a família. A intervenção precoce pode fazer uma grande diferença, oferecendo terapias personalizadas que atendem às necessidades específicas da criança.

O processo de diagnóstico em si pode ser desafiador. Muitas vezes, envolve uma equipe multidisciplinar, incluindo pediatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que avaliam o desenvolvimento da criança por meio de observações e testes padronizados. É um trabalho que exige sensibilidade e compreensão, pois cada criança é única e pode apresentar um conjunto distinto de características.

É essencial que os pais se sintam apoiados durante esse processo. Buscar informações e conectar-se com grupos de apoio pode ser muito útil. O diálogo aberto com profissionais de saúde é fundamental para esclarecer dúvidas e discutir preocupações.

Além disso, a sociedade também desempenha um papel importante. Promover a conscientização sobre o TEA ajuda a reduzir estigmas e a criar um ambiente mais inclusivo. Quando todos entendemos melhor o que significa viver com TEA, conseguimos construir comunidades mais acolhedoras e empáticas.

O artigo "*Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders: A Review of the Evidence*" revisa a literatura sobre intervenções precoces para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O texto enfatiza que crianças que recebem intervenção logo nos primeiros anos de vida apresentam melhores resultados em áreas como comunicação, habilidades sociais e acadêmicas, além de ter impactos duradouros na vida social e acadêmica das crianças.

Mary Temple Grandin, psicóloga e pertencente ao espectro autista, ressalta a importância do diagnóstico precoce do TEA,

“Se você tem uma criança de 2 ou 3 anos que não está falando, é preciso iniciar um programa de intervenção precoce. A pior coisa que você pode fazer com uma criança autista de 3 anos é não fazer nada.” (GRANDIN, 2014).

2.3. O TEA EM PERNAMBUCO

Em ato no Dia Mundial da Conscientização Sobre o Autismo, no ano de 2023, o Governo de Pernambuco levantou discussões a respeito da inclusão social das pessoas incluídas dentro do espectro. No evento foi lançada a Carteira de Identificação de Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (CipTEA) a fim de auxiliar no processo de acesso aos serviços públicos.

Além disso, a gestão comunicou o início do mapeamento das pessoas com TEA no estado, dados estes que nortearão o desenvolvimento das políticas públicas voltadas à esta população.

Segundo a atual governadora de Pernambuco, Raquel Lyra:

"O início é poder ser identificado, aparecer no censo. Daí, construiremos juntos as políticas públicas para pessoas com espectro autista. Essas iniciativas nos ajudarão a apoiar melhor as famílias e colaborar com o desenvolvimento de cada indivíduo, cada um em sua particularidade. O objetivo é garantir atendimento e acolhimentos às crianças, aos jovens, filhos e adultos diagnosticados com TEA" (LYRA,2023).

Ainda durante o ato, mães de crianças com TEA protestaram com cartazes reivindicando, dentre outras coisas, a adoção de terapias multidisciplinares dentro do sistema de saúde pública.

Segundo Andreza de Castro, presidente da Associação Mães e Anjos Azuis,

"Precisamos de um tratamento multidisciplinar para essas crianças. Além disso, uma demanda que temos é a implantação de centros de referência para essa população em Pernambuco. Não viemos só para reivindicar, mas para ajudar a construir. Que o governo nos ouça e conte conosco na construção dessas políticas" (CASTRO, 2023)

2.4. O PAPEL DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel essencial no tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Brasil, oferecendo suporte a milhares de crianças e suas famílias. Um dos principais princípios do SUS é garantir acesso universal à saúde, o que significa que qualquer criança diagnosticada com TEA pode receber atendimento, independentemente de sua situação financeira.

A identificação precoce do TEA é crucial, e o SUS se dedica a facilitar diagnósticos rápidos e precisos. Isso permite que intervenções adequadas comecem

o quanto antes, melhorando significativamente as chances de desenvolvimento da criança. Os profissionais de saúde, incluindo pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, trabalham em equipe, oferecendo um atendimento multidisciplinar que considera todas as necessidades da criança.

Além do tratamento clínico, o SUS também fornece apoio psicológico e social para as famílias, reconhecendo que o impacto do TEA vai além da criança. Isso é fundamental para ajudar os pais e responsáveis a lidarem com os desafios diários, promovendo um ambiente mais acolhedor e inclusivo.

Outra contribuição importante do SUS é a capacitação contínua dos profissionais de saúde. Isso garante que eles estejam atualizados sobre as melhores práticas e abordagens no cuidado de crianças com TEA. Assim, o atendimento é sempre baseado em evidências e respeita as particularidades de cada paciente.

Além disso, o SUS atua em colaboração com a educação, promovendo a inclusão escolar. Essa parceria é vital para que as crianças com TEA tenham acesso a ambientes de aprendizado adaptados às suas necessidades, favorecendo seu desenvolvimento social e acadêmico.

A terapia ABA, tratamento multidisciplinar intenso e de suma importância para o desenvolvimento de crianças com TEA, inclui uma gama de profissionais como psicoterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Por essa razão, é comum que o atendido faça um tratamento de até 40 horas semanais. O resultado dessa quantidade de profissionais e horas dedicadas para o melhor tratamento é um investimento que pode ultrapassar o valor de R\$ 30.000,00 reais mensais em clínicas particulares, impossibilitando o acesso de grande parcela da população a este atendimento.

Ainda que esse valor venha a ser ressarcido por planos de saúde, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a taxa de cobertura por planos de saúde privados no Brasil é de apenas 26,3%.

Isso significa que 73,7% da população depende exclusivamente do sistema público de saúde para receber qualquer tipo de tratamento médico.

Um novo Projeto de Lei, apresentado em 15 de outubro de 2021, encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados e aguarda apreciação pelo Senado Federal. Este projeto propõe a criação de centros de assistência integral para pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase no diagnóstico precoce, atendimento multidisciplinar e acesso a medicamentos.

O Projeto de Lei 3630/21 está relacionado ao Projeto de Lei 3933/19, apresentado em 9 de julho de 2019, que atualmente se encontra arquivado. Este último propunha a criação de centros de referência especializados no tratamento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista e Síndrome de Down.

O SUS desempenha um papel vital no diagnóstico e tratamento do autismo na primeira infância e deve oferecer serviços de avaliação precoce, intervenções especializadas, apoio às famílias e promoção da educação inclusiva. É crucial garantir acesso a esses serviços para crianças com autismo e suas famílias, visando maximizar seu desenvolvimento e qualidade de vida.

As principais legislações brasileiras que tratam do Transtorno do Espectro Autista (TEA) incluem:

1. Lei nº 12.764/2012: Esta lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reconhecendo o TEA como uma deficiência e garantindo direitos como educação, saúde e inclusão social.

2. Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência): Esta lei amplia os direitos das pessoas com deficiência, incluindo aquelas com TEA, e estabelece diretrizes para a inclusão e acessibilidade.

3. Lei nº 13.825/2019: Essa legislação determina a inclusão do autismo nas diretrizes da educação, garantindo que as escolas ofereçam atendimento especializado e recursos para estudantes com TEA.

4. Lei nº 14.023/2020: Estabelece a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, reforçando a importância de diagnósticos precoces e tratamentos adequados.

5. Resolução nº 2/2016 do Conselho Nacional de Educação (CNE): Esta resolução trata das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, incluindo orientações para a inclusão de alunos com TEA.

Essas legislações refletem o compromisso do Brasil em promover os direitos e a inclusão das pessoas com TEA, garantindo acesso a serviços de saúde, educação e apoio social.

3. ARQUITETURA E CONFORTO

3.1. O ESPAÇO FÍSICO

Estima-se que as pessoas passem cerca de 90% do tempo em ambientes fechados, o que destaca a importância da atmosfera desses espaços sobre o estado emocional e o comportamento psicológico dos indivíduos. Isso é especialmente relevante para pessoas com autismo. A neuroarquitetura busca compreender como os estímulos que o cérebro recebe interagem com os ambientes em que as pessoas estão, com o objetivo de criar edifícios que atendam melhor às necessidades dos usuários. É importante lembrar que cada pessoa percebe o mundo de uma maneira única, o que significa que as sensações vividas em diferentes espaços também são distintas (MIGLIANI, 2021).

Assim, compreende-se que indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) tendem a buscar ambientes que sejam lógicos e previsíveis, devido a desafios na integração sensorial. Para que a arquitetura possa ajudar a reduzir as dificuldades enfrentadas por pessoas com autismo, é fundamental entender seus aspectos biológicos, a percepção sensorial e como as características físicas do espaço influenciam suas interações, tanto individuais quanto em grupo. Considerando que muitas pessoas com autismo apresentam hipo ou hipersensibilidade sensorial, suas reações a diferentes estímulos sensoriais podem variar bastante, impactando diretamente como respondem ao ambiente ao seu redor.

Considerando as alterações sensoriais frequentemente observadas no Transtorno do Espectro Autista, a arquitetura desempenha um papel crucial ao empregar estímulos ambientais para equilibrar o sistema sensorial. Ela pode transformar os espaços construídos em ferramentas eficazes para promover

mudanças comportamentais. Para isso, é fundamental integrar a psicologia ambiental e a humanização na criação de diretrizes que orientem o design e a atmosfera dos ambientes. Ao utilizar elementos materiais que influenciam os sentidos, percepções e ações dos indivíduos, é possível contribuir para o desenvolvimento das habilidades cognitivas e, conseqüentemente, para a autonomia das pessoas no espectro.

A arquitetura, como aponta Pallasmaa (2011), tem o potencial de enriquecer a experiência dos usuários e despertar os sentidos por meio de diversos elementos, como escalas, cores, texturas, volumes, temperaturas, formas, iluminação e mobiliário. Para pessoas com TEA, é essencial que o projeto arquitetônico destaque claramente as funções dos espaços e as informações que eles transmitem, considerando suas dificuldades em interpretar o contexto ao redor. Uma apresentação clara dos estímulos pode ser fundamental para promover o equilíbrio físico e emocional desses indivíduos.

O artigo *“A linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde”*, publicada pelo ministério da saúde, visa garantir que as pessoas com autismo e suas famílias recebam suporte adequado em diferentes níveis de atenção, desde a prevenção e diagnóstico até o tratamento e reabilitação. O documento enfatiza a importância da formação de profissionais de saúde, a articulação entre os serviços de saúde e a promoção de um ambiente inclusivo.

O artigo também destaca a relevância de políticas públicas que assegurem o acesso a serviços especializados e a necessidade de envolver as famílias no processo de cuidado, promovendo a educação e o apoio necessário para enfrentar os desafios associados ao TEA. Em suma, a linha de cuidado proposta busca melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com autismo e de suas famílias, promovendo um atendimento mais eficaz e humanizado no Sistema Único de Saúde.

A crescente prevalência de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) exige uma revisão crítica e uma adequação da infraestrutura de saúde pública

de modo a responder de forma proativa para atender às necessidades crescentes dessa população.

Primeiramente, é fundamental que os serviços de saúde pública desenvolvam programas de diagnóstico e intervenção precoces, uma vez que a identificação precoce do TEA está associada a melhores resultados em termos de desenvolvimento e qualidade de vida. Para isso, é necessário capacitar profissionais de saúde, expandir a formação continuada e garantir a disponibilidade de ferramentas diagnósticas adequadas.

Além disso, a infraestrutura deve incluir serviços multidisciplinares que integrem abordagens médicas, terapêuticas e educacionais. A colaboração entre pediatras, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e educadores é essencial para proporcionar um atendimento holístico e eficaz. Nesse sentido, é imprescindível que as unidades de saúde pública disponham de espaços adequados para intervenções terapêuticas e para a realização de atividades educativas que incluam famílias e cuidadores.

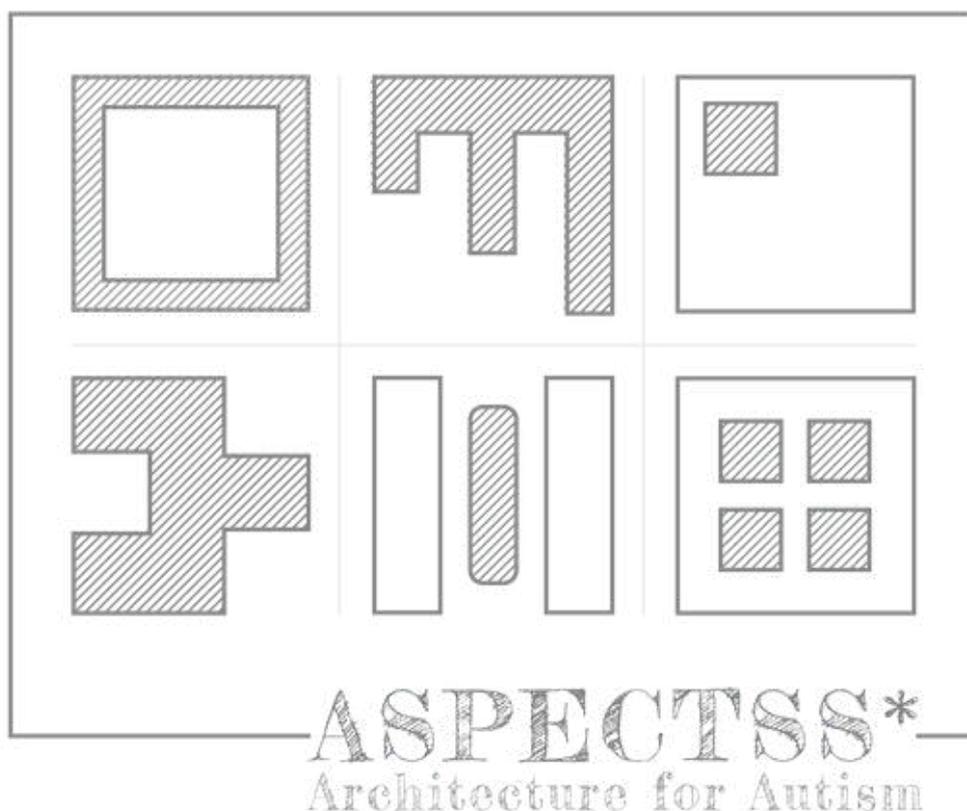
Outro aspecto importante é a criação de políticas públicas que garantam a acessibilidade a serviços de saúde e apoio social para indivíduos com TEA e suas famílias. Isso inclui a eliminação de barreiras financeiras, geográficas e sociais, além de promover a inclusão em ambientes educacionais e comunitários. A implementação de programas de conscientização e educação sobre o TEA na sociedade em geral também é necessária para reduzir o estigma e melhorar a aceitação social.

A arquiteta Magda Mostafa, a partir de uma década de pesquisas, desenvolveu diretrizes de design voltadas para a construção de ambientes voltados para pessoas com transtorno do espectro autista. Intitulado “ASPECTSS”, ilustrado na figura 2, a ferramenta composta por sete critérios pode ser tanto usada como ferramenta de avaliação quanto para o pensar projetual.

Cada letra representa uma diretriz projetual fundamental para a criação de ambientes que atendam às necessidades específicas de diferentes usuários, especialmente aqueles com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os critérios

contidos neste índice abordam aspectos essenciais que influenciam a experiência espacial e o bem-estar dos usuários.

Figura 2: O Índice de Design ASPECTSS para o Autismo.



Fonte: <https://www.autism.archi/>

O primeiro critério trata-se da acústica, onde Mostafa sugere que o ambiente acústico seja controlado para reduzir ruídos, ecos e reverberações, variando conforme o nível de foco necessário e a gravidade do autismo dos usuários. Ainda segundo a diretriz, as atividades que exigem maior concentração devem ter um controle acústico mais rigoroso e estar em zonas de baixo estímulo.

Outro tópico trata da sequência espacial, o qual desenvolve sobre como os ambientes devem permitir uma transição fluida entre as atividades, sempre que viável, utilizando circulação unidirecional para minimizar interrupções e distrações.

Em seguida a arquiteta traz a importância dos espaços de escape. A finalidade desses espaços é proporcionar um descanso ao usuário autista da

sobrecarga sensorial encontrada em seu ambiente e devem oferecer um ambiente sensorial neutro, com baixa estimulação, que possa ser adaptado pelo usuário para atender às suas necessidades de entrada sensorial.

A próxima diretriz trata da compartimentação. A abordagem deste critério é estruturar o edifício em compartimentos que delimitam e definem o ambiente sensorial de cada atividade. Cada compartimento deve possuir uma função específica, e suas características sensoriais devem distingui-lo dos espaços adjacentes. A separação pode ser adaptável, utilizando a disposição de móveis, diferentes revestimentos, variações de nível ou iluminação.

O quinto critério trata das zonas de transição. Esses espaços auxiliam o usuário a ajustar seus sentidos ao passar de um nível de estímulo para outro, podendo ir desde um ponto específico que sinaliza uma alteração até uma sala sensorial que possibilita a recalibração antes de se deslocar de uma área de alto estímulo para uma de baixo estímulo.

Já o zoneamento sensorial trata sobre como espaços devem ser organizados com base em sua qualidade sensorial, em vez de seguir o zoneamento funcional tradicional. Assim, os ambientes são agrupados segundo seu nível de estímulo permitido, classificando-os em 'alto estímulo' e 'baixo estímulo', intercalados por zonas de transição.

Por fim, o tópico referente à segurança, fator essencial quando o projeto trata-se de um ambiente voltado para crianças, em especial as pertencentes ao espectro autista, como por exemplo evitar as quinas e cantos afiados.

Essas diretrizes, conforme apontado por Mostafa (2015), são cruciais para a elaboração de projetos arquitetônicos que visem não apenas à funcionalidade, mas também ao suporte das necessidades emocionais e sensoriais dos indivíduos que interagem com esses ambientes.

Uma vez que Mostafa traz sobre a prudência na utilização das quinas, surge a alternativa de paredes curvas, que tornam-se mais convidativas e menos agressivas quando pensadas para projetos voltados para pessoas com autismo. Desse modo, as paredes curvas ajudam a suavizar as transições entre os

ambientes, reduzindo a rigidez dos espaços e promovendo uma sensação de fluidez.

3.2. AS CORES

Topofilia, o amor e a conexão emocional que sentimos por determinados lugares, pode desempenhar um papel fundamental na vida de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para muitas dessas crianças, o ambiente ao redor não é apenas um espaço físico, mas um lugar repleto de estímulos que podem afetar seu bem-estar emocional e comportamental.

Ambientes familiares e acolhedores podem proporcionar um senso de segurança que é essencial para o desenvolvimento e a felicidade das crianças com TEA. Um parque que elas visitam frequentemente, por exemplo, pode se tornar um local de refúgio, onde se sentem à vontade para explorar e interagir. As memórias e os sentimentos associados a esses lugares ajudam a construir uma base emocional sólida.

Além disso, a criação de ambientes sensorialmente amigáveis pode intensificar essa relação de topofilia. Cores suaves, texturas agradáveis e áreas calmas podem tornar os espaços mais acessíveis e confortáveis. Ao projetar locais que levam em conta as necessidades sensoriais dessas crianças, conseguimos não apenas respeitar suas particularidades, mas também promover um vínculo afetivo com o ambiente.

Esse sentimento de pertencimento e acolhimento é vital, pois pode reduzir a ansiedade e ajudar na construção de habilidades sociais. Quando as crianças se sentem bem em um lugar, é mais provável que se abram para novas experiências, façam amizades e se sintam parte de uma comunidade.

A Psicologia das Cores consiste em um estudo psicológico que ajuda a compreender a influência das cores nas emoções e sentidos das pessoas. Segundo o estudo, enquanto o vermelho pode causar agitação e estímulo, o amarelo pode estimular a concentração, conforto e felicidade de quem a percebe. Já a cor roxa pode estimular a criatividade, enquanto o verde pode acalmar e aliviar o estresse.

A cor azul, ainda segundo a psicologia das cores, transmite calma, serenidade e tranquilidade. Coincidentemente, foi a cor escolhida para representar o Transtorno do Espectro Autista.

Quando aplicada à arquitetura, a psicologia das cores torna-se uma ferramenta projetual capaz de alterar visualmente dimensões e formas do espaço, além de poder gerar sensações nos ambientes em que for usada corretamente.

Os tons mais escuros do azul transmitem confiança e sucesso, enquanto os tons mais suaves podem transmitir a sensação de calma e tranquilidade.

Desse modo, ao considerar a psicologia das cores no design de espaços para crianças com TEA, é possível criar ambientes que promovam o bem-estar, a segurança e o desenvolvimento das crianças, levando em conta suas necessidades sensoriais e emocionais específicas. Quando falamos de arquitetura, a psicologia das cores se revela uma poderosa ferramenta de design, capaz de transformar a percepção de dimensões e formas de um espaço, além de evocar emoções nos ambientes.

Assim, ao integrar a psicologia das cores na criação de espaços para crianças com TEA, é possível desenvolver ambientes que favoreçam seu bem-estar, segurança e desenvolvimento, atendendo às suas necessidades sensoriais e emocionais.

3.3. OS RUÍDOS

Foi pensado com maior cautela o tratamento acústico das salas de atendimento clínico com intuito de proporcionar maior conforto, privacidade e concentração aos pacientes.

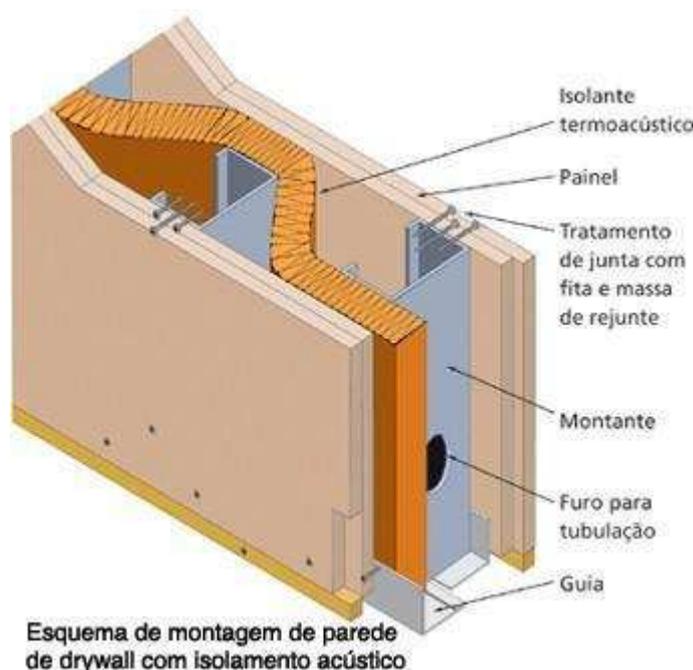
Quanto à acústica dos consultórios, optou-se pelo uso de divisórias em drywall, esquematizado na figura 3, com isolamento acústico em lã mineral - que age como uma barreira que amortece e limita a transmissão das ondas sonoras - entre cada ambiente, proporcionando assim não só um maior conforto bem como uma maior facilidade em caso de futuras alterações pertinentes nas dimensões dos espaços. O cuidado acústico nesses ambientes se faz importante para proporcionar

uma maior privacidade ao paciente que será atendido, evitando também que os demais acabem sofrendo distrações provocando inquietação durante o atendimento.

O uso do isolamento acústico em paredes de drywall é muito utilizado fundamental para atender às exigências de conforto acústico nas habitações brasileiras, conforme estabelecido pela norma ABNT NBR 15575, que demanda uma redução de pelo menos 45 dB nas paredes que separam apartamentos. As propriedades acústicas do drywall permitem que as vedações sejam projetadas de forma a cumprir esses requisitos em diferentes níveis de desempenho, proporcionando versatilidade na construção.

O tipo de isolamento acústico drywall resulta também em um maior conforto térmico.

Figura 3: Esquema de montagem de parede em drywall com alto isolamento acústico.



Fonte:

<https://www.google.com/url?q=https://www.speeddry.com.br/isolamento-acustico-drywall&sa=D&source=docs&ust=1726690204129727&usg=AOvVaw1c8yQVEzc9dDMmLFgWS29M>

3.4. O FLUXO DOS VENTOS

O fluxo dos ventos refere-se à movimentação do ar na atmosfera a partir de diferenças em relação à pressão, temperatura e umidade, podendo ser influenciado pela topografia do terreno, presença de corpos d'água e características urbanas de forma geral. Na arquitetura, o entendimento da dinâmica das massas de ar é fundamental, uma vez que impacta diretamente na ventilação natural de um edifício e, conseqüentemente, no seu conforto térmico.

Na cidade do Recife, em Pernambuco, recorte onde o projeto está inserido, os ventos são influenciados pela sua proximidade com o Oceano Atlântico, visto que trata-se de uma região litorânea. Os chamados ventos alísios, incidentes na região, proporcionam uma dinâmica na qual durante o dia os ventos tendem a ser mais intensos, favorecendo a ventilação cruzada.

Os ventos que sopram do sudeste também são comuns nessa região, especialmente durante o outono e o inverno. Essa corrente de ar se caracteriza por ser mais seco e fresco.

Além das massas de ar citadas acima, existe ainda a predominância dos ventos que sopram do leste, comuns durante o verão.

A princípio havia sido pensado nos pátios com parede que os separam do corredor ambulatorial, tornando seu acesso exclusivo pela circulação principal. Em seguida, uma nova proposta seria a de substituir esta parede por uma malha de cobogós, conforme ilustram as figuras 4 e 5. Por fim, a decisão final tomada foi a de deixar o pátio com completo livre acesso ao corredor que acessa os ambientes clínicos, não só devido uma maior integração do ambiente construído fechado e aberto, mas também para melhor desempenho dos fluxos de ar.

Figura 4: Vista isométrica, estudo de projeto, corredores ambulatoriais em cobogó.



Fonte: Marina Couceiro

Figura 5: vista estudo de projeto, corredores ambulatoriais em cobogó.



Fonte: Marina Couceiro

Nos consultórios e áreas administrativas, optou-se pelo uso das janelas de correr, as quais serão adesivadas a fim de reduzir a distração da criança com o que acontece no exterior do consultório. Enquanto isso, nos banheiros e espaços de apoio e manutenção, localizados na área sudoeste do edifício, foram implementadas as janelas de tipo shed, as quais não só proporcionam a ventilação e iluminação, como também a privacidade do ambiente.

Já nos vestiários, assim como no corredor de acesso restrito aos funcionários, a ventilação é proporcionada a partir dos cobogós. No primeiro pavimento, o lounge, corredor e auditório são voltados para uma malha metálica perfurada, que proporciona a ventilação e iluminação desses ambientes.

Os fluxos foram pensados a partir de aberturas voltadas para o sudeste, em razão dessa orientação ser predominante de frequência do vento na cidade do Recife.

4. NORMAS

Como em qualquer ambiente clínico hospitalar, no desenvolvimento de uma clínica multidisciplinar voltada para o atendimento de crianças neuroatípicas, também é imprescindível considerar a aplicação rigorosa de normas técnicas específicas. Entre as principais normas a serem respeitadas estão a RDC 50, que trata dos requisitos para ambientes de saúde, a NBR 9050, que define os critérios de acessibilidade universal, e o SOMASUS, que orienta o planejamento de estruturas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A observância dessas normas é essencial para garantir tanto a funcionalidade dos espaços quanto a acessibilidade e segurança dos pacientes, que frequentemente apresentam mobilidade reduzida e outras necessidades específicas.

4.1. RDC 50

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 50, promulgada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelece diretrizes fundamentais para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). O principal objetivo dessa norma é garantir que as edificações voltadas à saúde ofereçam condições adequadas de infraestrutura, assegurando a prestação de serviços de saúde com segurança e qualidade.

No contexto de uma clínica multidisciplinar destinada a crianças neuroatípicas, a aplicação da RDC 50 se torna imprescindível por diversas razões. A norma define critérios rigorosos para a construção e manutenção dos ambientes de saúde, abrangendo requisitos de ventilação, iluminação, controle de infecções e

instalações elétricas e hidráulicas. Esses critérios são essenciais para criar um ambiente seguro tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

Adicionalmente, a norma especifica a necessidade de áreas dedicadas a diferentes tipos de atendimento e atividades, assegurando que cada espaço seja projetado de maneira funcional e eficiente. Embora atualmente não exista uma regulamentação específica voltada para clínicas que atendem crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outras condições neuroatípicas, é possível alinhar o projeto às normas pertinentes para cada ambiente ambulatorial, com a orientação de profissionais especializados na área.

Por fim, a conformidade com a RDC 50 é uma exigência legal para o funcionamento de qualquer estabelecimento de saúde no Brasil. Atender a essa norma não apenas assegura a segurança do ambiente, mas também permite que a clínica opere legalmente, evitando problemas com órgãos reguladores e garantindo a confiança dos pacientes e de suas famílias.

4.2. NBR 9050

A NBR 9050, elaborada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), estabelece os critérios e parâmetros técnicos para a acessibilidade de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. Esta norma visa promover a inclusão e a acessibilidade universal, garantindo que pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida possam utilizar os espaços com segurança e autonomia.

No desenvolvimento de uma clínica para crianças neuroatípicas, a observância da NBR 9050 é crucial por diversas razões.

Crianças neuroatípicas podem apresentar desafios adicionais de mobilidade e coordenação motora. A NBR 9050 assegura que todos os espaços da clínica sejam acessíveis a essas crianças, promovendo independência e reduzindo barreiras físicas que possam dificultar seu acesso aos serviços de saúde. Isso se faz importante para a criação de um ambiente mais acolhedor e inclusivo, onde as crianças e suas famílias se sintam bem-vindas e apoiadas. Além disso, a NBR 9050 define especificações ergonômicas para mobiliário e equipamentos, assegurando

que sejam adequados às necessidades de todas as crianças. Isso inclui a altura das bancadas, a largura das portas, e a disposição do mobiliário, a fim de maximizar o conforto e a segurança dos usuários.

4.3. SOMASUS

O Sistema de Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas de Saúde (SOMASUS) é uma ferramenta do Ministério da Saúde que visa apoiar o planejamento e a gestão de estruturas de saúde no âmbito do SUS. O SOMASUS fornece diretrizes para a elaboração de projetos arquitetônicos e de engenharia, assegurando que as unidades de saúde sejam desenvolvidas de acordo com seus padrões de qualidade e eficiência. Sua aplicação no projeto de uma clínica multidisciplinar para crianças neuroatípicas se faz essencial.

O SOMASUS promove uma abordagem integrada ao planejamento, considerando aspectos de gestão, operação e manutenção das unidades de saúde. Isso garante que o projeto arquitetônico seja funcional e sustentável a longo prazo. Além disso, as diretrizes do SOMASUS visam otimizar a utilização dos recursos disponíveis, assegurando que as unidades de saúde sejam eficientes em termos de custo e operação. Isso é de grande importância em um contexto de recursos limitados e alta demanda por serviços especializados. A ferramenta também assegura que os projetos estejam alinhados com as políticas públicas de saúde, a fim de promover a equidade e a universalidade ao acesso dos serviços.

Outro aspecto essencial do SOMASUS é a sugestão de layout de salas clínicas, que orienta a distribuição e organização dos espaços de maneira eficiente. É possível observar uma dessas propostas na figura 6, onde o site recomenda um exemplo de disposição de layout de consultório indiferenciado. Essas sugestões ajudam a otimizar o fluxo de pacientes e profissionais dentro da clínica, garantindo que o atendimento seja eficiente.

da clínica for finalizado, para não só assegurar a conformidade com as normas, incluindo avaliações de acessibilidade, segurança e funcionalidade dos espaços, mas também para continuar monitorando possíveis necessidades do espaço que podem aparecer com o tempo de uso, uma vez que trata-se de um tema relativamente recente. Além disso, promover a capacitação contínua dos profissionais envolvidos no projeto é fundamental, garantindo que todos estejam cientes das exigências normativas e da importância de criar um ambiente acessível e seguro para os usuários.

Respeitar as normas RDC 50, NBR 9050 e as diretrizes do SOMASUS no desenvolvimento de uma clínica multidisciplinar para crianças neuroatípicas não é apenas uma exigência legal, mas uma responsabilidade ética e profissional. Essas normas garantem que os ambientes de saúde sejam seguros, acessíveis e adequados às necessidades específicas dos pacientes, promovendo seu bem-estar e desenvolvimento integral. A aplicação dessas normas no projeto arquitetônico da clínica assegura que o espaço atenda aos padrões de qualidade e acessibilidade, beneficiando todos os seus pacientes e profissionais.

5. ESTUDO DE CASO

A análise de uma clínica em funcionamento voltada para o atendimento de crianças neuroatípicas, é capaz de proporcionar um entendimento das necessidades específicas desse público. Desse modo, o estudo de caso oferece uma fonte de inspiração e referência, permitindo a identificação e análise de soluções espaciais efetivas já implementadas em outras clínicas. Essa abordagem possibilita a adoção de diretrizes que podem ser ajustadas e aprimoradas no novo projeto, na busca da concretização de um ambiente mais acolhedor e funcional.

5.1. Integrar: Clínica Multidisciplinar

Desde sua inauguração em 2016, a Clínica Integrar, ilustrada na figura 7, tem se destacado como uma instituição multidisciplinar de referência no atendimento a crianças neuroatípicas. Localizada no bairro de Santo Amaro, no Recife, a clínica foi fundada com a missão de oferecer cuidados especializados e integrados, visando sempre o desenvolvimento integral e bem-estar dos seus pacientes.

Figura 7: Fachada Clínica Integrar (capturada em julho de 2024).



Fonte: Marina Couceiro.

A estrutura da Clínica Integrar é composta por duas unidades integradas: o prédio original e um anexo incorporado posteriormente. Juntas, essas unidades totalizam 24 salas de atendimento, distribuídas entre diversas especialidades como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, entre outras. Cada ambiente é pensado para proporcionar um atendimento de qualidade e personalizado às necessidades específicas de cada criança.

A Clínica possui ainda um ambiente de acervo de materiais de intervenção, como brinquedos, e outro com as fichas de relatórios de cada atendido, que estão devidamente separados em nichos para cada criança.

Uma característica presente em todas as salas de atendimento é a presença de um visor em vidro em cada porta de acesso ao ambiente. A justificativa para esta escolha é a de que, dessa forma, os responsáveis conseguem, discretamente,

acompanhar o atendimento da criança, sem interferir na evolução da consulta, proporcionando, assim, mais segurança para os pais.

Um dos ambientes que chama a atenção é a chamada Cozinha Terapêutica. Nesta sala, nutricionistas e fonoaudiólogos trabalham junto aos pacientes na preparação de diferentes alimentos, especialmente aqueles fora da seletividade alimentar da criança. Este espaço é utilizado para incentivar as crianças a experimentar novos alimentos e promover a autonomia em atividades cotidianas.

Outro espaço que vale a pena enfatizar é o auditório, presente no segundo andar do anexo da clínica. Esta área é utilizada para reuniões com os responsáveis, onde são abordados o andamento e a evolução de cada criança. Esse auditório também serve para encontros de capacitação de novos funcionários, garantindo que todos estejam bem preparados para oferecer o melhor atendimento possível.

A Integrar dispõe ainda de um quintal, onde encontram-se árvores e redes, além de mesas como uma alternativa para entrosamento e espera dos pais, além da sala de espera da entrada. Um ambiente aberto e arejado, serve ainda de espaço para realização de pequenos eventos em datas comemorativas, como o dia da conscientização do autismo, onde os atendidos e seus responsáveis podem confraternizar e usufruir de um dia diferente e descontraído.

Outro ponto levantado pela equipe foi a necessidade que a direção percebeu de criar um ambiente para coworking na clínica. Isso porque muitas vezes os pais estavam se dirigindo à Integrar durante seus expedientes, acabando por levar seus computadores para a clínica e trabalhar lá mesmo. Diante deste cenário, optou-se pela implementação da nova sala.

A clínica atende crianças de 2 a 12 anos, seguindo um modelo de atendimento em que cada paciente passa por diferentes salas de terapia ao longo do seu turno, conforme as necessidades determinadas previamente pelo laudo médico. Os turnos são organizados em três períodos: manhã, das 7h30 às 12h; tarde, das 13h30 às 18h; e noite, das 18h às 21h. Cada sessão de terapia tem uma duração média de 30 minutos a uma hora.

Uma das normas da Clínica Integrar é a presença de um responsável pela criança durante todo o turno de atendimento, funcionando como uma rede de apoio essencial. Essa política visa garantir que os pais ou cuidadores estejam sempre disponíveis para oferecer suporte emocional e logístico, além de facilitar a comunicação contínua entre os profissionais de saúde e as famílias.

Embora não tenha sido possível realizar registros fotográficos do local, a visita à Clínica Integrar cumpriu seu objetivo primordial de contribuir para o processo de desenvolvimento projetual, por meio da observação da estrutura, dinâmica e práticas adotadas no ambiente.

6. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

Com o objetivo de fundamentar as escolhas projetuais, as referências surgem como fonte de inspiração de soluções arquitetônicas eficazes em contextos semelhantes ao proposto no trabalho. Desse modo, a compreensão de diferentes abordagens estéticas e funcionais contribuem para a realização do projeto arquitetônico, garantindo a viabilidade técnica da construção.

A análise de referenciais projetuais são concebidas a partir de questões como a acessibilidade, sustentabilidade e experiência do usuário, enquanto busca pertinência técnica e estética.

6.1. Hospital Sarah Kubitschek

O Hospital Sarah Kubitschek, concebido pelo arquiteto João Filgueiras Lima (Lelé) em 1994, em Salvador, Bahia, é um exemplo emblemático de uma abordagem arquitetônica que prioriza a humanização do atendimento e o bem-estar dos pacientes. Este projeto se fundamenta em uma série de princípios construtivos que integram saúde e arquitetura, refletindo uma visão contemporânea sobre o ambiente hospitalar.

Um dos pilares do projeto é a integração com a natureza, evidenciada pela incorporação de amplos espaços verdes e jardins, como se observa na figura 8. Essa conexão com o verde não apenas proporciona um ambiente esteticamente agradável, mas também contribui para a recuperação e o bem-estar mental dos pacientes, ao oferecer um espaço de tranquilidade e contemplação.

Além disso, o hospital foi projetado para garantir acessibilidade total, com a intenção de que pessoas com diferentes habilidades possam transitar com conforto e segurança. Essa preocupação inclusiva é fundamental para a criação de um ambiente acolhedor e democrático, que respeite as necessidades de todos os usuários.

A flexibilidade estrutural é outra característica notável do projeto. Os ambientes são concebidos de forma adaptável, permitindo que sejam reorganizados conforme as necessidades dos usuários e as demandas do atendimento, assegurando uma resposta dinâmica às circunstâncias em constante mudança no contexto hospitalar.

Adicionalmente, o Hospital Sarah Kubitschek incorpora estratégias para o conforto acústico, utilizando materiais e layouts que minimizam o ruído. A criação de um ambiente tranquilo é considerada essencial para a recuperação dos pacientes, uma vez que ambientes silenciosos contribuem para a redução do estresse e a promoção do bem-estar.

Outro aspecto relevante é a ênfase na iluminação natural, alcançada por meio de grandes janelas e claraboias. Essa escolha não apenas melhora a qualidade do ambiente, mas também favorece a saúde dos usuários, pois a luz natural é reconhecida por seus benefícios psicológicos e fisiológicos.

Dessa forma, o Hospital Sarah Kubitschek se destaca como uma referência em arquitetura hospitalar, ao aliar funcionalidade e estética em um espaço que promove a saúde, a inclusão e o conforto dos seus usuários.

Figura 8: Hospital Sarah Kubitschek, projetado por João Filgueiras Lima (Lelé).



Fonte:

<<https://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>> ISSN 0719-8906. Acesso em: 22 set. 2024.

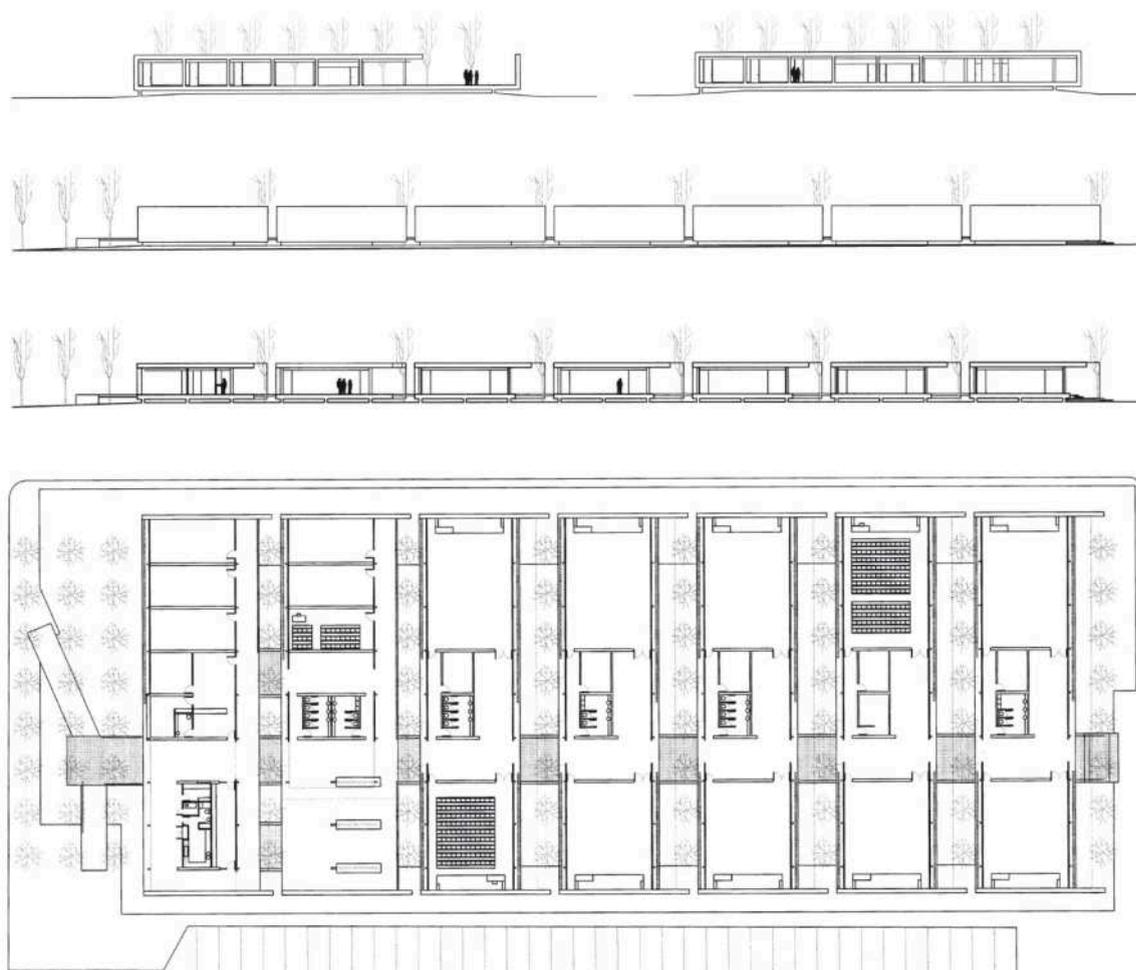
6.2. Aulario Universitario, Alicante

Projetado pelo arquiteto Javier García-Solera na década de 1960, o Aulario Universitário, situado na cidade de Alicante, Espanha, é um exemplar notável de arquitetura que explora a relação entre cheios e vazios. Como observado nas figuras 9 e 10, esta edificação se destaca pela sua configuração espacial, que intercala salas de aula construídas com pequenos jardins, criando uma dinâmica de interação entre os espaços.

A alternância entre os volumes sólidos e os espaços verdes não apenas proporciona uma estética visual atrativa, mas também contribui para a permeabilidade da edificação, favorecendo a circulação de ar e a iluminação natural. Essa abordagem inovadora reflete uma preocupação com a qualidade ambiental interna e externa, promovendo um ambiente que estimula tanto o aprendizado quanto a socialização entre os usuários. Assim, o projeto do Aulario Universitário

exemplifica uma integração harmoniosa entre a arquitetura e a natureza, alinhando-se às demandas contemporâneas de sustentabilidade e bem-estar no ambiente educacional.

Figura 9: Planta e cortes Aulario Universitario, projetado por Javier García-Solera.



Fonte: <https://arquitecturaviva.com/obras/aulario-universitario>. Acesso em: 22 set. 2024.

Figura 10: Foto Aulario Universitario, projetado por Javier García-Solera.



Fonte: <https://arquitecturaviva.com/obras/aulario-universitario>. Acesso em: 22 set. 2024.

7. PROJETO

O espaço foi pensado a fim de melhor atender as necessidades do usuário, a partir da compreensão do papel da arquitetura na contribuição do conforto e desenvolvimento do atendido e de seus responsáveis, além da pesquisa de materiais adequados para melhor solução projetual do ponto de vista da acústica, mobiliário, layout, paisagismo e dinamicidade destes ambientes.

Seguindo como inspiração a escola modernista corbusiana, o projeto se fundamentou em alguns dos atributos mencionados no manifesto de Le Corbusier, publicado na Revista Esprit Nouveau no ano de 1927, referente aos cinco pontos da arquitetura moderna.

Um dos pontos Corbusianos utilizados no edifício é a planta livre. Esse artifício proporciona maior flexibilidade espacial, especialmente quando é projetada uma edificação que poderá ser reconfigurada ao longo do tempo, a depender de possíveis novas necessidades do espaço. Além disso, promove a multifuncionalidade dos ambientes, uma vez que otimiza o uso do espaço.

Outro atributo agregado ao projeto são as janelas em fita. Disposta ao longo de todo o comprimento da fachada, proporciona a entrada abundante de iluminação

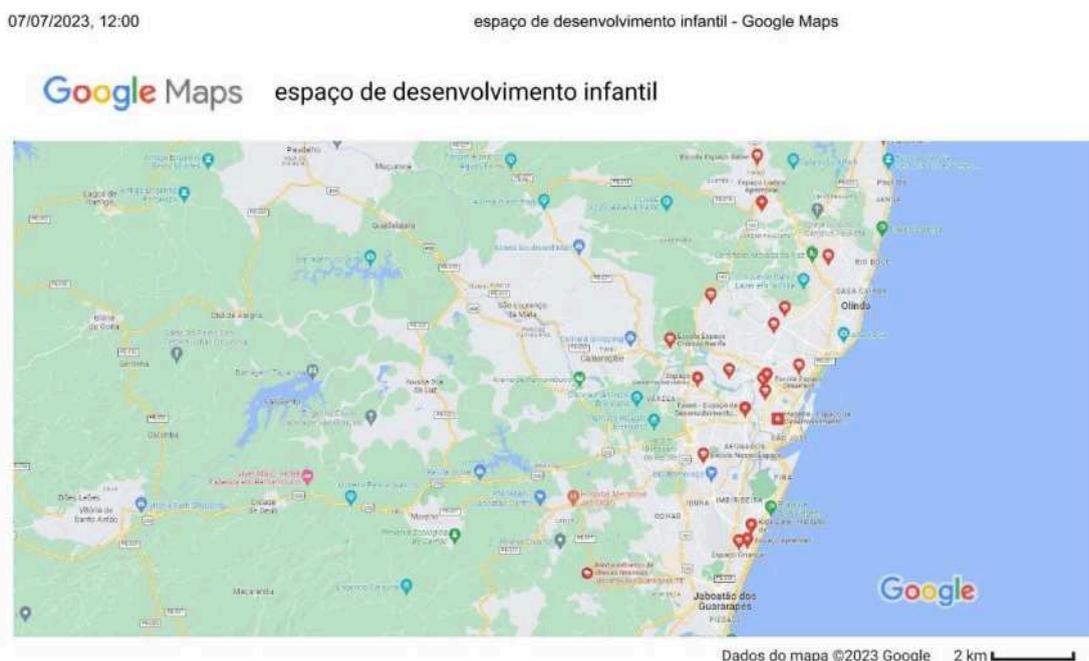
natural. Em contrapartida, à noite, a iluminação artificial do edifício reluz o edifício em comparação ao seu redor.

Apesar de não ser um jardim de convivência, o teto verde corrobora para a sustentabilidade da edificação, uma vez que contribui para redução das ilhas de calor, além de proporcionar isolamento térmico e reter a água das chuvas.

7.1. O TERRENO

Através de uma pesquisa no Google Maps, ilustrada na figura 11, identificou-se a existência de espaços destinados ao desenvolvimento infantil ao longo da cidade do Recife. No entanto, é evidente a presença de áreas desprovidas desse atendimento, sendo um exemplo significativo a área da Imbiribeira, que foi escolhida para a implementação deste projeto.

Figura 11: Espaços de desenvolvimento infantil na cidade do Recife, Pernambuco.



Fonte: GOOGLE. Google Maps. Disponível em: <https://www.google.com/maps>. Acesso em: 07 jul. 2023.

Com base nesse diagnóstico, foi realizada a busca por um terreno disponível que possuísse uma localização privilegiada, situado em uma esquina e próximo a pontos de ônibus, além de ter acesso facilitado por uma via arterial. Essas

características não apenas favorecem a visibilidade do espaço para os transeuntes, mas também garantem um acesso eficiente.

O terreno em questão, delimitado na figura 12, é de propriedade da URB e apresenta uma ampla área livre, parte da qual é atualmente utilizada como campo de futebol. No entanto, foi possível delimitar uma área de 1.437,65 m², minimizando o comprometimento do campo existente e garantindo que ainda seja viável a implementação de um campo com as dimensões mínimas regulamentares.

Figura 12: Marcação do terreno.



Fonte: GOOGLE, modificado pela autora.

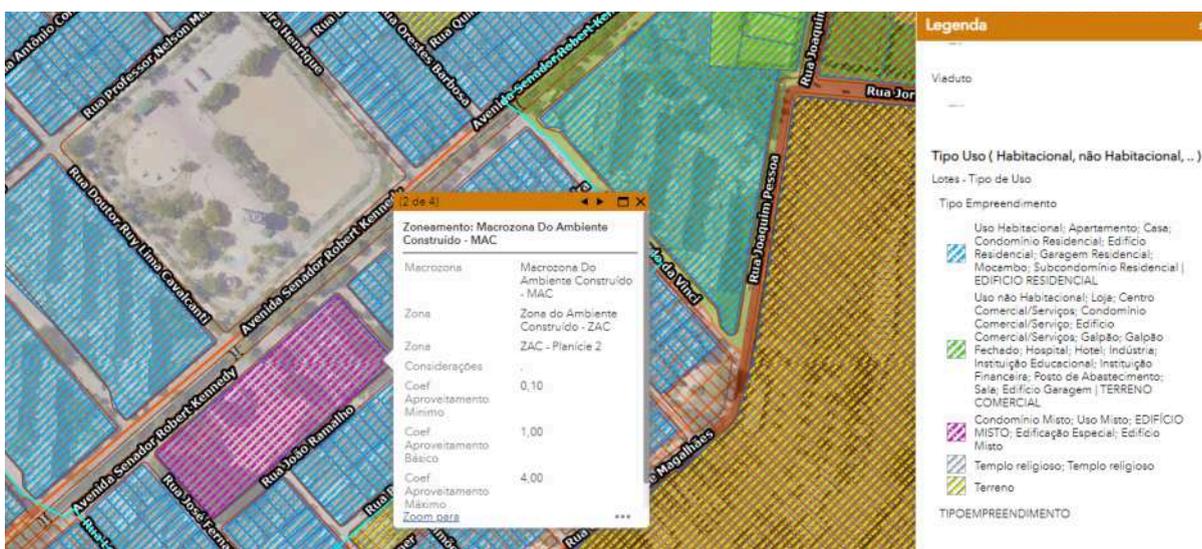
O terreno em questão é delimitado pela Avenida Senador Robert Kennedy e pelas ruas José Fernandes Portugal e João Ramalho, sendo rodeado exclusivamente de edificações de uso habitacional. A área é classificada, segundo o Sistema de Informação Geográfica (ESIG), como parte de uma Macrozona do Ambiente Construído (MAC) e uma ZAC (Zona do Ambiente Construído) Planície 2. Neste contexto, o coeficiente de aproveitamento mínimo é de 0,10, enquanto o coeficiente máximo é de 4,00(Figura 13).

Como parte da Macrozona do Ambiente Construído, o projeto deve atender a determinadas diretrizes. A primeira diretriz estabelece que devem ser definidos

parâmetros de desenvolvimento urbano que considerem as condicionantes urbanísticas, ambientais, sociais e econômicas. A segunda diretriz se refere à definição de áreas de adensamento, considerando a disponibilidade de infraestrutura existente e a capacidade de suporte em relação à mobilidade, ao saneamento ambiental, aos equipamentos urbanos e serviços, bem como às diretrizes de preservação do patrimônio cultural.

Adicionalmente, a edificação foi planejada em conformidade com os recuos exigidos, que incluem um recuo frontal e de fundo de cinco metros, uma vez que a edificação terá acesso por ambas as vias, e um recuo lateral mínimo variando de 1,5 a 3 metros.

Figura 13: Zoneamento do recorte.



Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Urbano do Recife.

Quanto à hierarquia viária do entorno do terreno, pode-se observar que há uma via arterial, a Avenida Senador Robert Kennedy, uma via coletora, a rua José Fernandes Portugal, e uma via local, a rua João Ramalho. A partir disso, o acesso principal do projeto se dá pela via arterial, enquanto a fachada secundária encontra-se voltada para a rua João Ramalho.

Como ilustrado na figura 14, encontram-se duas paradas de ônibus na Avenida Senador Robert Kennedy, além de vários pontos ao longo da Avenida Recife, localizada a 350 metros do projeto.

Figura 14: Hierarquia viária e pontos de ônibus.



Fonte: GOOGLE, modificado pela autora.

7.2. ESTUDO PRELIMINAR

O programa de necessidades, representado na figura 15, foi elaborado com base em diálogos com profissionais que atuam em clínicas multidisciplinares voltadas para crianças com autismo. Essa pesquisa, juntamente com a observância da norma RDC 50 e do SOMASUS, além do estudo de caso, resultou na definição dos ambientes necessários, bem como nas quantidades e áreas previstas para cada um deles.

Figura 15: Programa de necessidades.

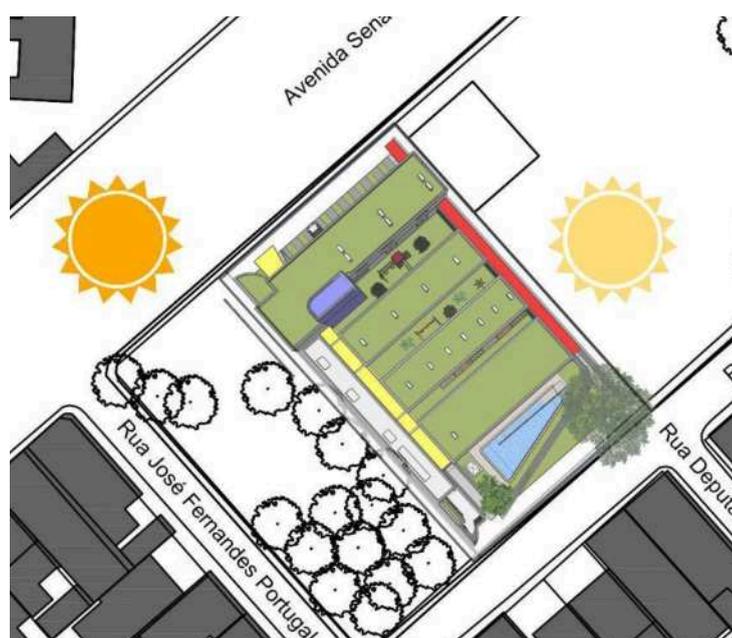
PROGRAMA DE NECESSIDADES

AMBIENTES	QUANTIDADE	ÁREA	TOTAL
RECEPÇÃO/ESPERA	1	64,40m ²	64,40m ²
LOUNGE PAIS	1	19,14m ²	19,14m ²
CONSULTÓRIO T.O. EM GRUPO PAIS	1	20,74m ²	20,74m ²
GUARDA DE MATERIAIS E ARQUIVOS	1	12,18m ²	12,18m ²
CONSULTÓRIO DE FISIOTERAPIA	2	17,72m ²	35,44m ²
CONSULTÓRIO T.O. EM GRUPO	1	21,39m ²	21,39m ²
ENFERMARIA	1	12,42m ²	12,42m ²
CONSULTÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA	1	9,59m ²	9,59m ²
CONSULTÓRIO T.O. INDIVIDUAL	2	9,59m ²	19,18m ²
CONSULTÓRIO DE PSICOPEDAGOGIA	1	9,59m ²	9,59m ²
CONSULTÓRIO DE PSICOTERAPIA	2	8,40m ²	16,80m ²
CONSULTÓRIO DE PSICOMOTRICIDADE	1	35,93m ²	35,93m ²
WC PNE ESPERA	2	4,63m ²	9,26m ²
WC ATENDIDOS	2	10,61m ²	21,22m ²
WC PNE ATENDIDOS	1	3,37m ²	3,37m ²
DML	1	4,92m ²	4,92m ²
EXPURGO	1	5,41m ²	5,41m ²
COZINHA TERAPEUTICA	1	13,81m ²	13,81m ²
COPA	1	31,50m ²	31,50m ²
LIXEIRA	1	10,40m ²	10,40m ²
VESTIÁRIO ATENDIDOS	2	19,64m ²	39,28m ²
VESTIÁRIO FUNCIONÁRIOS	2	10,66m ²	21,32m ²
WC LOUNGE	2	8,80m ²	17,60m ²
LOUNGE	1	70,10m ²	70,10m ²
SALA ADMINISTRATIVA	1	12,93m ²	12,93m ²
SALA DE DIREÇÃO	1	15,62m ²	15,62m ²
AUDITÓRIO	1	50,80m ²	50,80m ²
JARDIM SENSORIAL	3	92,50m ²	226,10m ²
CIRCULAÇÃO (20%)			Apróx. 160,33
ÁREA TOTAL			Apróx. 962,00m ²

Fonte: Marina Couceiro.

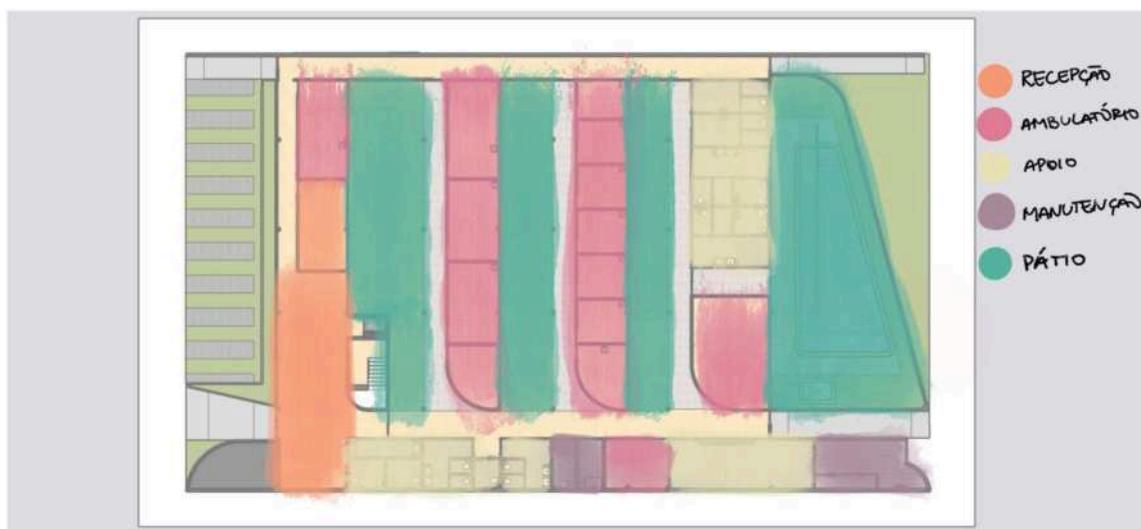
Além disso, foi analisada a insolação incidente no terreno, como mostra a figura 16, visando delimitar seu zoneamento de maneira mais precisa. Nesse contexto, os setores de manutenção e as áreas molhadas foram orientados para a posição sudoeste do projeto, representados na figura 17, enquanto os demais ambientes de longa permanência foram posicionados voltados para o noroeste.

Figura 16: Esquema de insolação incidente no projeto.



Fonte: Marina Couceiro.

Figura 17: Estudo de zoneamento do projeto.



Fonte: Marina Couceiro.

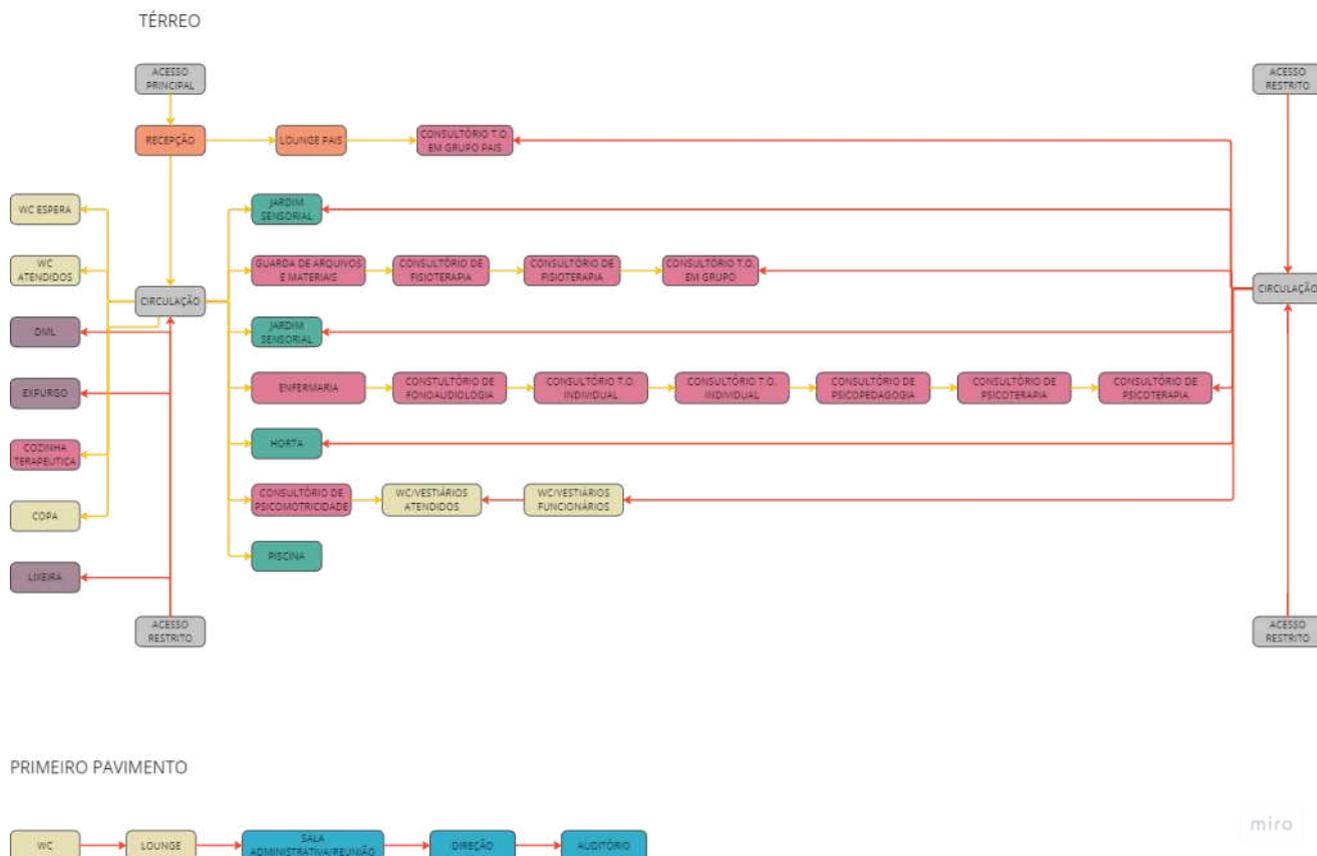
Com base nessas informações, foi possível avançar para a elaboração do fluxograma micro, ilustrado na figura 18 e, subsequentemente, do fluxograma macro, apresentado na figura 19, do projeto. Essa etapa permite o início do desenvolvimento do desenho arquitetônico.

Figura 18: Fluxograma Micro.



Fonte: Marina Couceiro

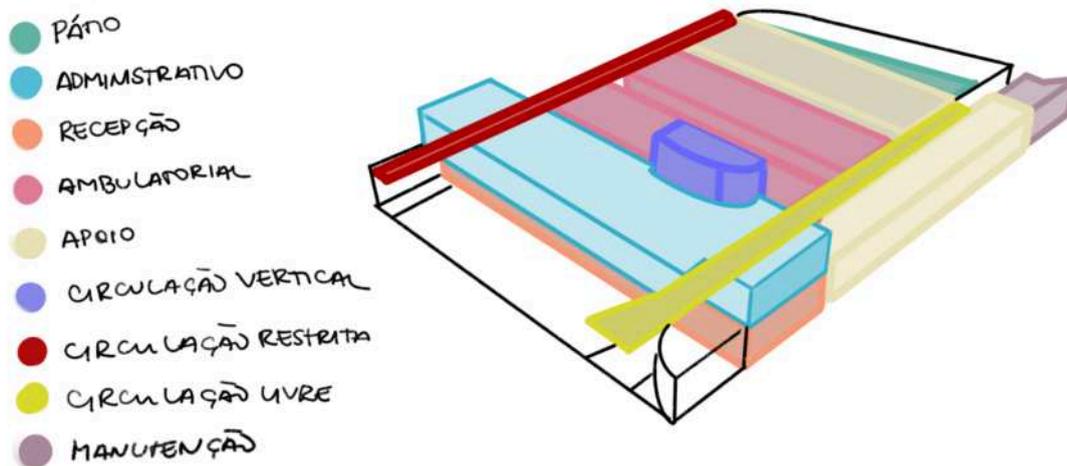
Figura 19: Fluxograma Macro.



Fonte: Marina Couceiro

O conceito de partido volumétrico surgiu da proposta do edifício-pátio, frequentemente associado ao arquiteto e urbanista Alfredo Brillembourg. Este conceito explora a interação entre volumes construídos e espaços verdes, visando promover a interação social e a ventilação natural no interior da edificação. Neste contexto, como mostra a figura 20, o projeto organiza seus blocos administrativos e ambulatoriais de forma intercalada com jardins sensoriais, criando uma relação harmoniosa entre os diferentes usos da edificação. Adicionalmente, optou-se por elevar o primeiro bloco, com o intuito de centralizar o setor administrativo em um único volume, o que resulta na otimização do planejamento setorial e na eficiência do uso do espaço.

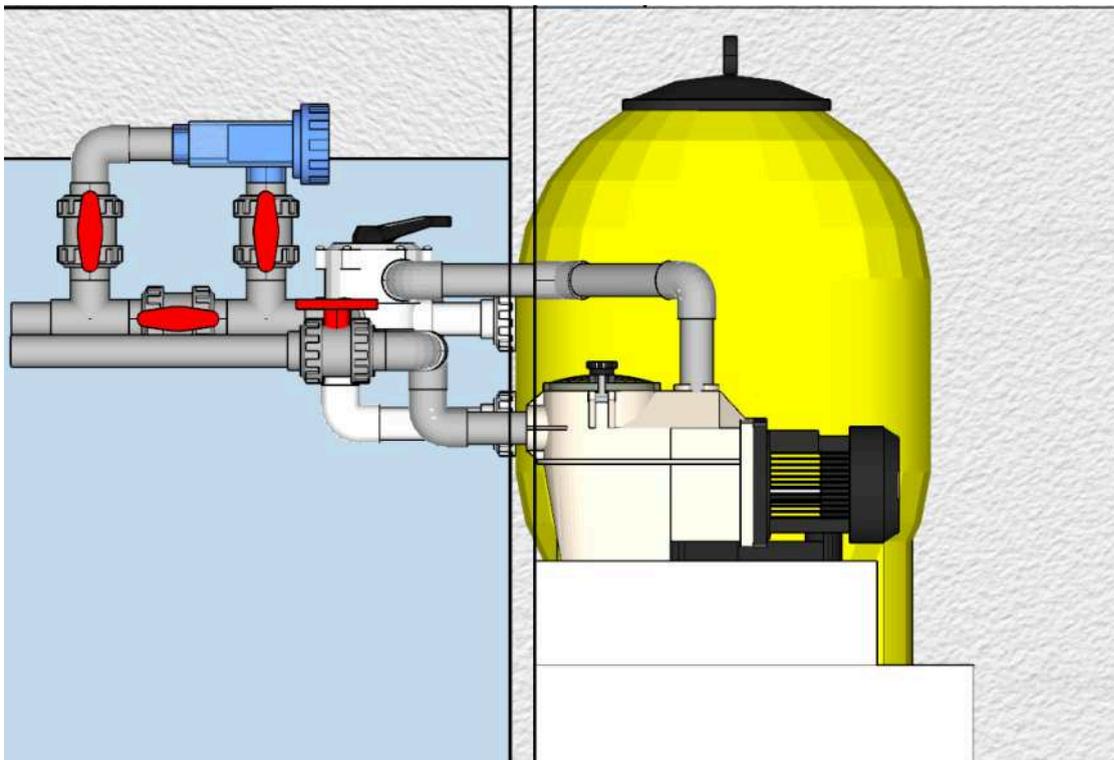
Figura 20: Croqui da setorização volumétrica.



Fonte: Marina Couceiro.

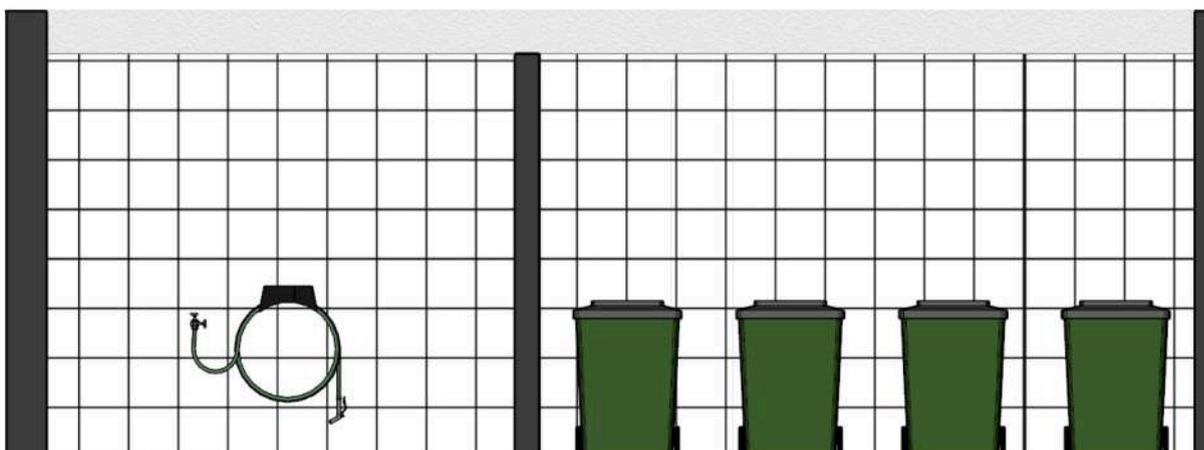
Com base em uma estimativa da demanda de usuários da clínica, foram projetadas duas caixas d'água, posicionadas acima do volume da escada. A proposta incluiu a centralização do setor de áreas molhadas em um único bloco contínuo, visando a otimização do sistema de encanação. Na área destinada à piscina foi instalada uma bomba subterrânea, representada na figura 21, para garantir a eficiência do sistema hidráulico. A lixeira está localizada na fachada sudeste da edificação, permitindo o armazenamento de quatro contêineres de 240 litros (figura 22). Em relação ao sistema de climatização, foram implementados aparelhos de ar condicionado do tipo split em todos os ambientes, com as condensadoras posicionadas no teto jardim do volume, como mostra a figura 23, assegurando assim a funcionalidade e a estética do projeto.

Figura 21: Corte bomba da piscina.



Fonte: Marina Couceiro

Figura 22: Corte lixeira.



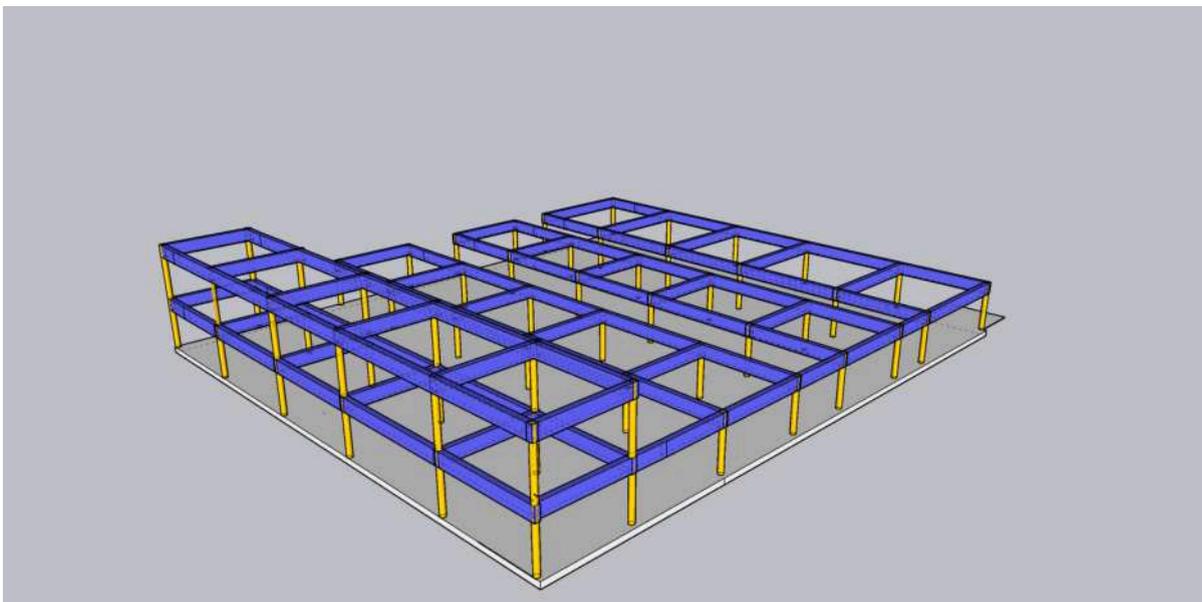
Fonte: Marina Couceiro

Figura 23: Corte condensadoras.

Fonte: Marina Couceiro

A tectônica do edifício foi concebida como uma estrutura independente, composta por pilares com 25 cm de diâmetro e vigas de 65 cm de espessura, representados na figura 24. As internas são construídas em drywall, dotadas de isolamento acústico, o que permite a adaptação dos espaços a diferentes usos e necessidades ao longo do tempo, em conformidade com uma das diretrizes propostas por Magda Mostafa. Nas fachadas principal e secundária, foram projetadas duas marquises em balanço: uma destinada ao acesso principal da clínica e a outra voltada para o acesso da equipe, proporcionando tanto funcionalidade quanto um elemento estético ao projeto.

Figura 24: Malha de vigas e pilares.



Fonte: Marina Couceiro

7.3. ANTEPROJETO

O projeto tem como objetivo trazer um uso de serviço público de saúde para o terreno, atualmente livre de construção, de propriedade da Autarquia de Urbanização do Recife(URB) e trata-se de uma clínica multidisciplinar voltada para crianças neuroatípicas com enfoque na primeira infância. Por tratar-se de um terreno preenchido vegetação, essa predominância foi incorporada ao projeto a partir da presença de pátios livres e cobertas verdes.

O acesso principal ao edifício, conforme ilustrado na figura 25, é destacado por uma marquise amarela em balanço, enquanto o acesso restrito aos funcionários da clínica se destaca pela coloração vermelha. Ambas as coberturas estendem sua coloração interna e externamente ao longo de toda a circulação.

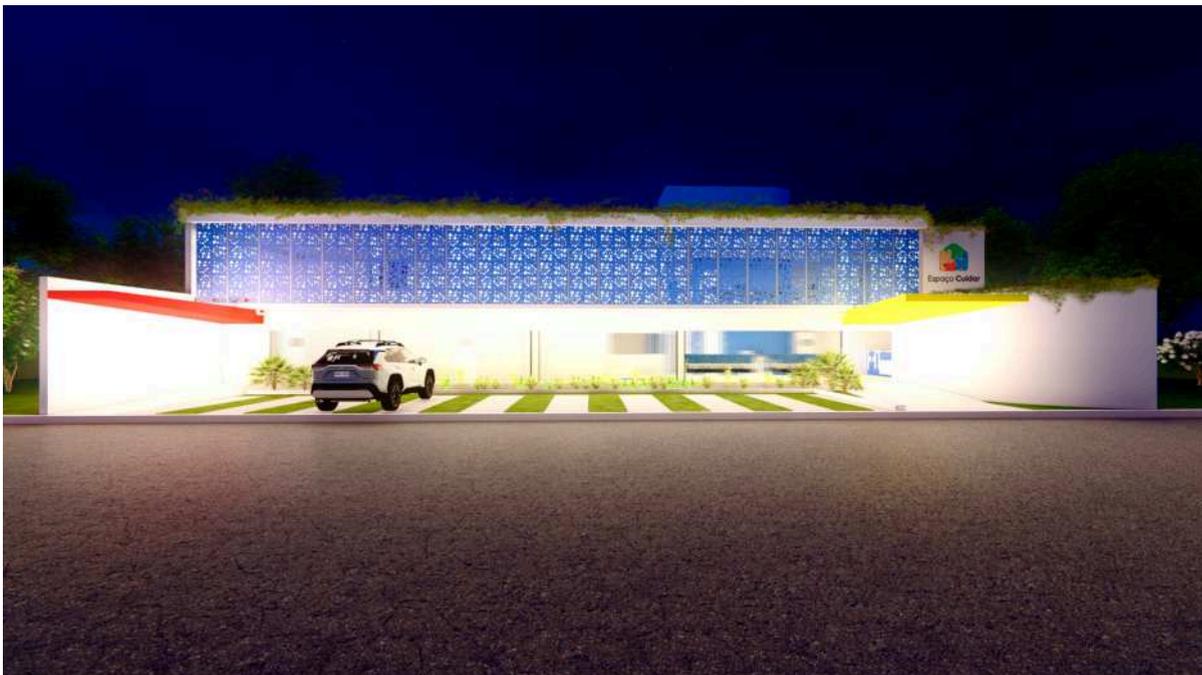
Figura 25: Perspectiva da fachada da clínica durante o dia.



Fonte: Marina Couceiro

Ainda na fachada da edificação, a permeabilidade se dá a partir de dois diferentes elementos. No térreo, o uso do vidro em policarbonato alveolar de 4cm de espessura, proporcionando a claridade natural durante o dia enquanto garante privacidade dos pacientes e acompanhantes da clínica. À noite, em contrapartida, a iluminação artificial do edifício traz uma nova estética ao edifício, que acende em meio à escuridão circundante, conforme ilustra a figura 26. Já no primeiro pavimento, a fachada é composta por um elemento metálico perfurado.

Figura 26: Perspectiva da fachada da clínica durante a noite.



Fonte: Marina Couceiro

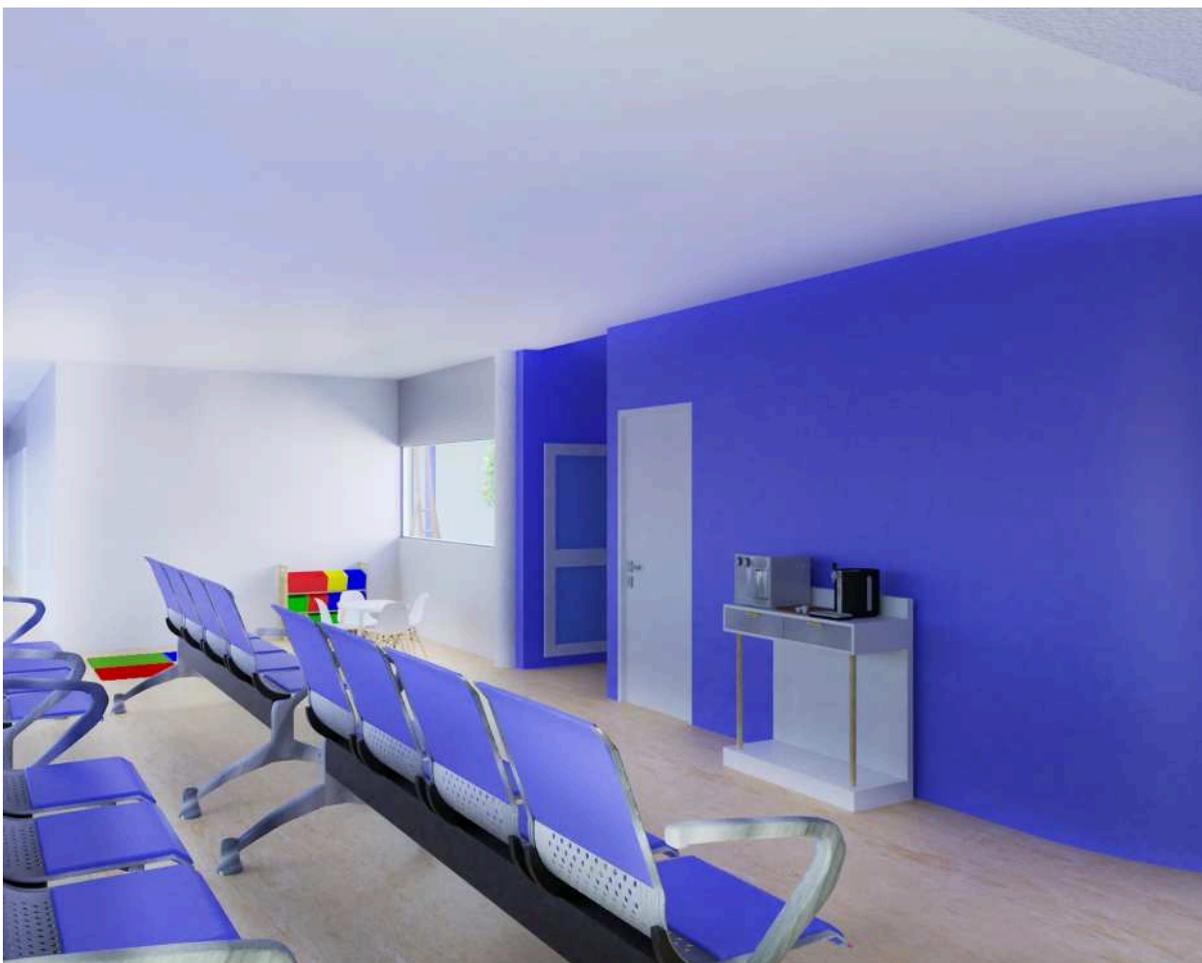
Optou-se pela implementação de paredes curvas no início dos corredores ambulatoriais, evitando assim as quinas, a fim de torná-las mais convidativas à criança. Outro elemento presente no projeto são os cobogós. Além de se tratar de um elemento recifense, inspirado nos muxarabis árabes, o elemento proporciona ambas permeabilidade visual e de ventilação. A estrutura se encontra no corredor de acesso restrito aos funcionários, que dessa forma possuem a visão dos pátios além de proporcionar seu clareamento, uma vez que a edificação possui muros sem fenestração nas fachadas noroeste e sudeste.

Quanto aos materiais utilizados no projeto, optou-se pela implementação do piso vinílico em manta por toda a extensão da clínica, com exceção das áreas molhadas e corredores ambulatoriais voltados para o pátio, enquanto as paredes são pintadas na cor branca. Já nos banheiros e vestiários foi escolhido o revestimento em cerâmica cimentícia para os pisos e para as paredes o azulejo branco.

No que diz respeito às cores utilizadas na clínica, buscou-se a maior sobriedade possível. Com exceção das circulações horizontais e verticais, onde se fez o uso das cores primárias, os demais ambientes foram projetados na cor branca.

O bloco de circulação vertical, onde também se encontra o reservatório de caixas d'água, foi revestido na cor azul, conforme representado na figura 27. A tonalidade que simboliza o autismo tem o intuito de conferir destaque ao edifício, realçando sua presença visual a fim de contribuir para a identidade arquitetônica do projeto.

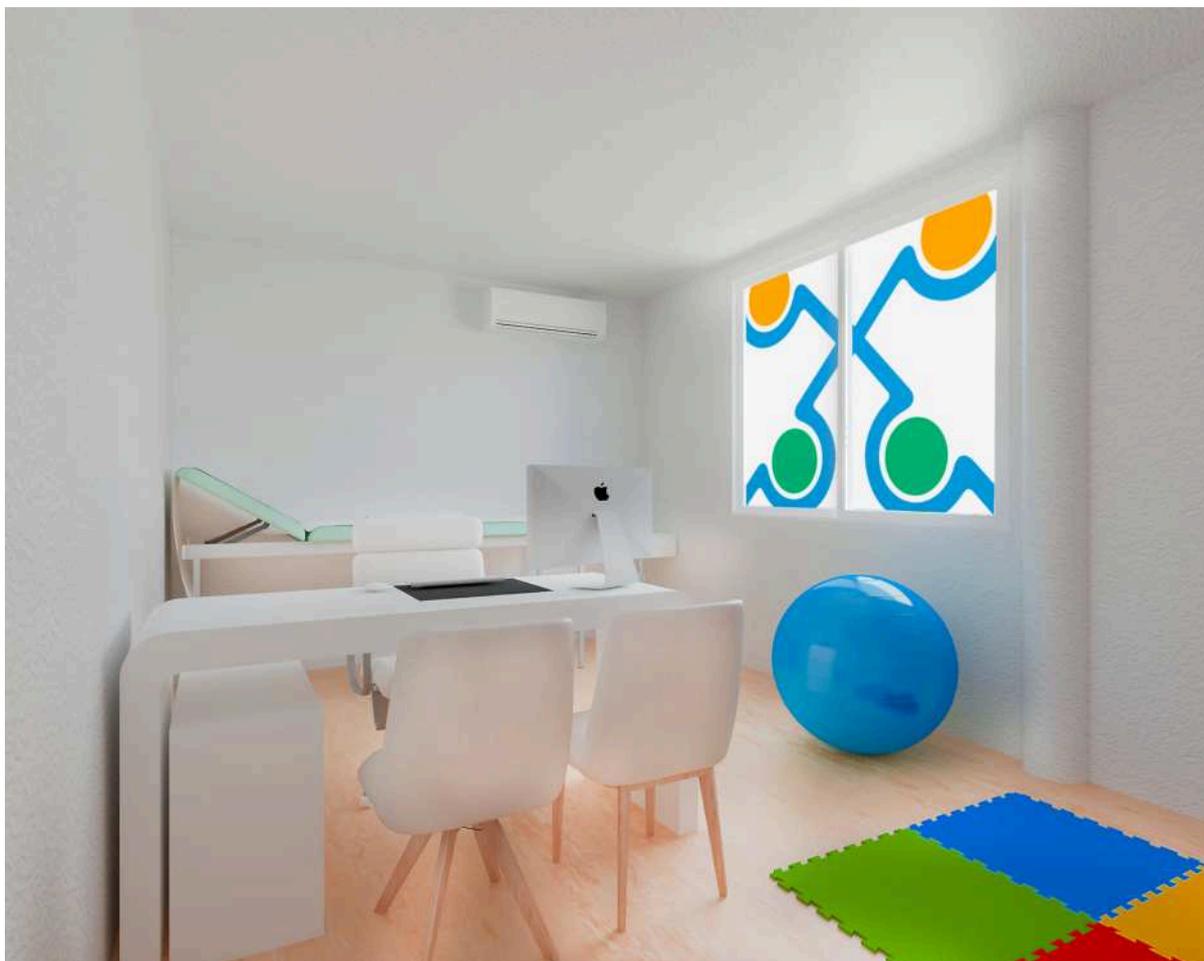
Figura 27: Perspectiva da área de espera da clínica.



Fonte: Marina Couceiro

Nas janelas dos consultórios, no entanto, foi planejada uma adesivação jateada ilustrada, conforme ilustrado na figura 28, a fim de proporcionar a menor distração possível, uma vez que as janelas estão voltadas para o pátio que pode estar em uso por outra criança.

Figura 28: Perspectiva de um consultório da clínica.



Fonte: Marina Couceiro

O projeto teve o cuidado com relação à acessibilidade das crianças aos mobiliários e demais objetos que deverão ser usufruídos pelas mesmas, como é o caso da mesa de refeição encontrada na sala de cozinha terapêutica, ilustrada na figura 29, visando a ergonomia do ambiente e o incentivo à autonomia do atendido.

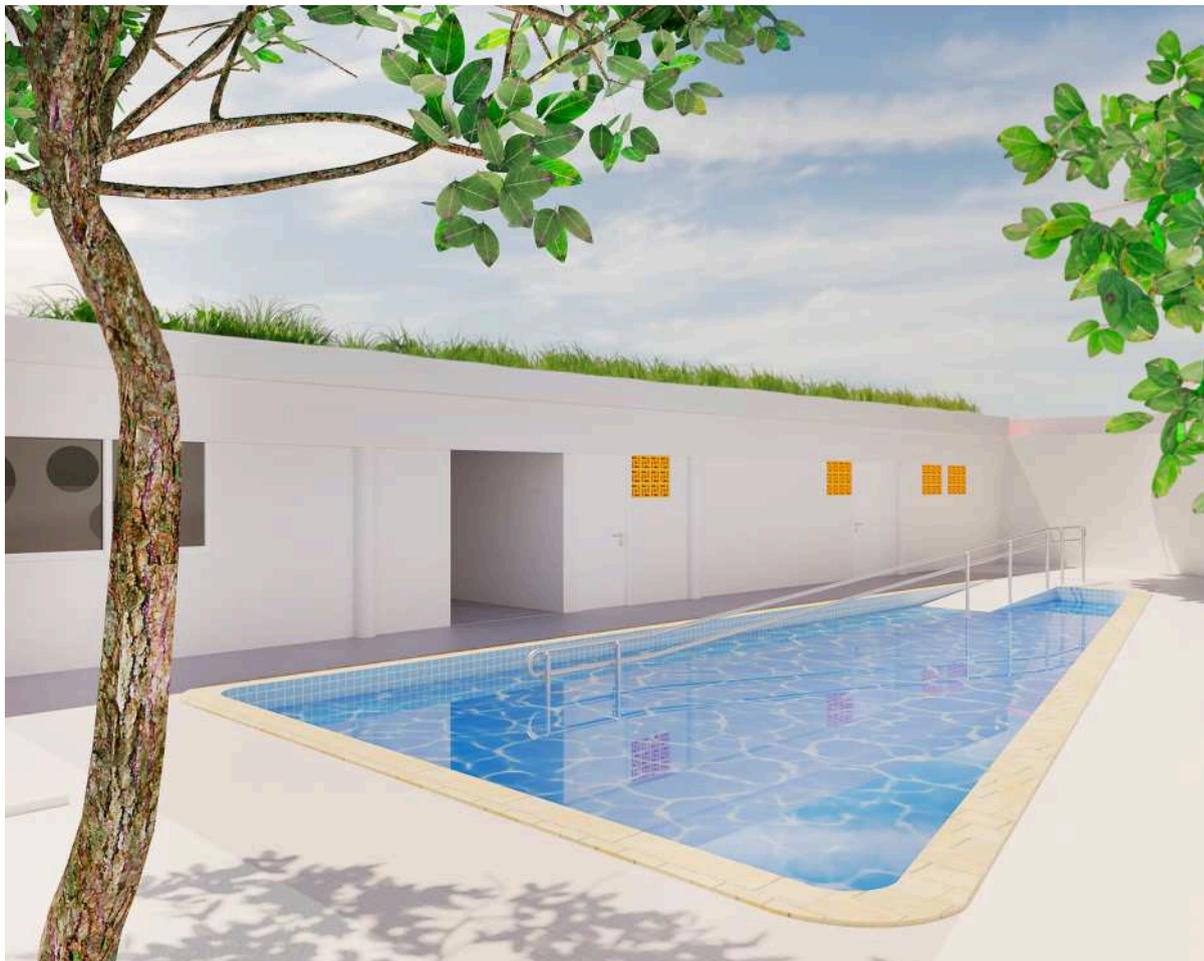
Figura 29: Perspectiva da cozinha terapêutica da clínica.



Fonte: Marina Couceiro

Quanto à piscina da clínica, representada na figura 30, optou-se por uma profundidade de 80cm na área mais funda e 50cm nas zonas mais rasas. Dessa forma, a criança pode obter maior autonomia durante a atividade terapêutica realizada, ainda que na companhia do profissional de saúde.

Figura 30: Perspectiva da área da piscina da clínica.



Fonte: Marina Couceiro

Para os pátios sensoriais, ilustrados nas figuras 31 e 32, foi escolhida uma paleta vegetal perfumada, com a presença de laranjeiras e jasmims, além de uma horta para estimular a criança ao cuidado no cultivo dos vegetais. Na cobertura optou-se pelas russélias, que recaem sobre a fachada e demais blocos da edificação.

Figura 31: Perspectiva do primeiro jardim sensorial da clínica.



Fonte: Marina Couceiro

Figura 32: Perspectiva do segundo jardim sensorial da clínica.



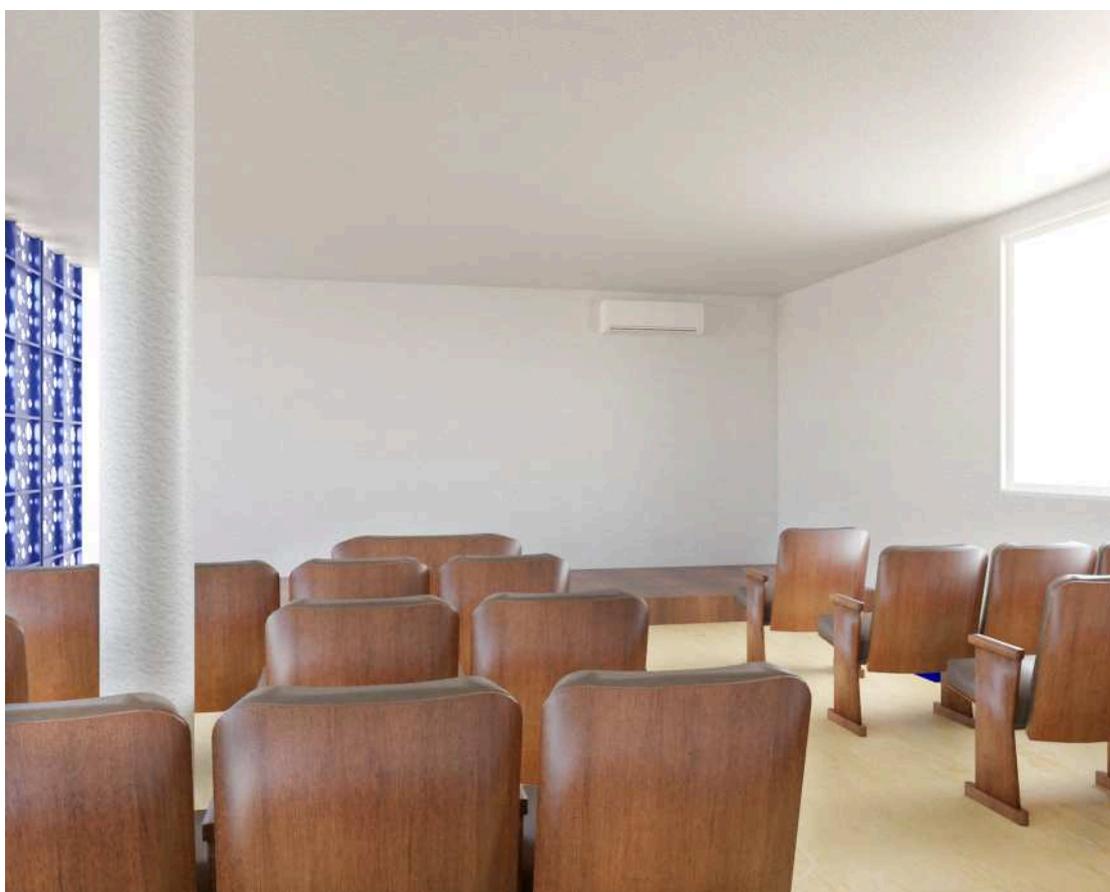
Fonte: Marina Couceiro

A circulação vertical do edifício pode ser realizada através da escada de acesso e ainda pela plataforma elevatória, de modo que o pavimento superior pode ser acessado por todos os usuários.

No andar superior encontra-se o setor administrativo da clínica, com salas de direção e administração, para que dessa forma facilite o acesso dos colaboradores e visitantes, a fim de otimizar a comunicação entre as equipes na tentativa de promover uma maior eficiência no atendimento.

A escolha pela implementação de um auditório no projeto, representado na figura 33, foi embasada no que foi observado e citado no capítulo 5. Assim como é feito na Integrar, esse espaço tem como objetivo acolher reuniões com os responsáveis, onde podem ser discutidos o progresso e a evolução de cada criança, além de poder ser utilizado para realizar encontros de capacitação de novos funcionários.

Figura 33: Perspectiva do auditório da clínica.



Ainda no primeiro pavimento, foi projetado um lounge, ilustrado na figura 34, que dá apoio ao auditório, que é acessado por um corredor que apresenta uma configuração a qual inicia com uma largura mais generosa, gradualmente se estreitando até alcançar a dimensão das portas de acesso ao ambiente, criando uma transição harmoniosa que orienta o fluxo de pessoas de maneira convidativa.

Figura 34: Perspectiva do lounge localizado no primeiro pavimento da clínica.



Fonte: Marina Couceiro

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de uma pesquisa teórica e prática sobre a criação de ambientes para crianças neuroatípicas, foi desenvolvido um anteprojeto de clínica multidisciplinar voltado para esse público no bairro da Imbiribeira, em Recife.

Com o aumento dos diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA), é crucial que os serviços de saúde pública acompanhem essa demanda crescente, expandindo suas ofertas. Além disso, é importante que esses espaços sejam projetados com sensibilidade, levando em conta as necessidades específicas das crianças que neles serão atendidas.

O estudo de caso permitiu identificar aspectos essenciais para clínicas destinadas ao tratamento de crianças com TEA, destacando melhorias e aplicações práticas a partir das observações realizadas. Para fundamentar essa abordagem, foi necessário um levantamento teórico abrangendo áreas como psicologia e arquitetura. Essa combinação de conhecimentos interdisciplinares fornece uma base robusta para a implementação de soluções projetuais adequadas e eficazes.

Em síntese, este trabalho atingiu seu objetivo ao propor um anteprojeto de clínica multidisciplinar voltada para crianças neuroatípicas no bairro da Imbiribeira, no Recife. Desse modo, espera-se que o tratamento integrado possa beneficiar dezenas de crianças que atualmente carecem dessa estrutura essencial.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRÍCOLA, Ernani. Centros de saúde e postos de hygiene no estado de Minas Geraes. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.97-111. 1930.

BARRETO, João de Barros. Esquemas de organização sanitária aplicáveis ao Brasil. *Revista de Higiene* Rio de Janeiro, v.5, n.12, p.243-267. 1931.

BARRETO, João de Barros. Medicina curativa em meio rural e suas relações com os serviços de saúde pública. *Archivos de Hygiene*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.5-29. 1939.

Brasil. (2013a). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)* Brasília, DF: Ministério da Saúde.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_a_utismo.pdf

Brasil. (2013b). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde* Brasília, DF: Ministério da Saúde
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtor_no.pdf

»

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtor_no.pdf

CAMPOS, André Luiz Vieira. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. In: Gomes, Angela C. (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV. p.195-220. 2000.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210. 1985.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio; FARIA, Lina. Os primeiros Centros de Saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*, São Carlos, n.40-41, p.137-181. 2002.

Center for Disease Control and Prevention. (2014). Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years: autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Surveillance Summaries*, 63(2), 1-21.

FONSECA, Cristina M.O. *Saúde no governo Vargas, 1930-1945: dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

FOUCAULT, Michael. O nascimento da medicina social. In: Foucault, Michael. *Microfísica do poder* Org, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal. p.79-98. 2000.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec. 1998.

Kanner, L. (1997). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In P. Rocha (Org.), *Autismos* (pp. 111-170). São Paulo, SP: Escuta . (Trabalho original publicado em 1943)

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. Tese (Livre-docência) - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1949.

MIGLIANI, Audrey. Neuroarquitetura aplicada a projetos para crianças. 2 jul. 2021. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/941959/neuro-arquitetura-aplicada-a-arquiteturas-para-criancas>. Acesso em: 21 mar. 2022.

MORENA, Nicolino. A organização sanitária paulista e sua evolução: crítica e sugestões para a sua melhoria. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v.11, n.27, p.97-109. 1946.

Oliveira, B. D. C. (2015). *Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação* (Dissertação de mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

Ortega, F. (2008). O sujeito cerebral e a neurodiversidade. *Mana*, 14(2), 477-509.

PALLASMAA, Juhani. Os olhos da pele: a arquitetura e os sentidos. Tradução: Alexandre Salvaterra

Porto Alegre: Bookman, 2011. Disponível em:
<https://brutus.unifacol.edu.br/assets/uploads/ba/se/publicados/905069d7068e6cf7bf591e3797bee112.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

PENIDO, Henrique M. A estrutura sanitária brasileira. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.185-214. 1958.

PENIDO, Henrique M. O Serviço Especial de Saúde Pública e suas realizações no Brasil. *Revista do SESP*, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.363-385. 1959.

RAMOS, Reinaldo. *A integração sanitária: doutrina e prática*. Tese (Livre-docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1972.

RAMOS, Reinaldo. *A integração sanitária: doutrina e prática*. Tese (Livre-docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1972.

Ribeiro, S. H. B. (2007). *Prevalência dos transtornos invasivos do desenvolvimento no município de Atibaia: um estudo piloto* (Dissertação de mestrado). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, SP.

ROSEN, George. O primeiro movimento de centro comunitário de saúde: ascensão e queda. In: Rosen, George. *Da polícia médica à medicina social* Rio de Janeiro: Graal. p.371-401. 1979.

SOUZA, Geraldo Horácio Paula. Deverão os serviços de proteção e higiene da criança ser entregues aos Estados, ou ficar subordinados à administração federal?. *Revista de Hygiene e Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.95-107. 1934.

SOUZA, Geraldo Horácio Paula. Eugenia e imigração. *Folha Médica*, Rio de Janeiro, p.65-67. 25 fev. 1928.

SOUZA, Geraldo Horácio Paula. O Estado de S. Paulo e alguns serviços de saúde pública. In: Congresso Brasileiro de Hygiene, 1., 1926, Rio de Janeiro. *Annaes..* Rio de Janeiro: Oficinas Graphicas da Inspectoria de Demografia Sanitária. 1926.

TERRIS, Milton. The comprehensive health center. *Public Health Reports*, Washington, v.78, n.10, p.861-866. 1963.

VIEIRA, Francisco Borges. Questões de saúde e assistência na cidade e no campo. *Boletim do Instituto de Hygiene de São Paulo*, São Paulo, n.87. 1945.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Data & statistics on autism spectrum disorder. 2020. Disponível em:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Acesso em: 19 set. 2024.

MOUTRI, Alysson R. Entrevista. *Canal Autismo*. 2023.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The impact of the COVID-19 pandemic on early childhood diagnostic delays. *MMWR Surveillance Summaries*, 2023. Disponível em:
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7201a1.htm?s_cid=ss7201a1_w. Acesso em: 19 set. 2024.

GRANDIN, Temple. The most inspiring bits of Temple Grandin's Reddit AMA. *The Daily Beast*, 7 nov. 2014. Atualizado em 14 abr. 2017. Disponível em: <https://www.thedailybeast.com/the-most-inspiring-bits-of-temple-grandins-reddit-ama#:~:text=Grandin%20responded%20with%20an%20emphasis,do%20nothing%2C%E2%80%9D%20she%20said>. Acesso em: 19 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Transtorno do espectro autista*. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders?gad_source=1&gclid=EAlalQobChMIrMHgyejPiAMV5UVIAB0W8AMnEAAYASAAEgIKAPD_BwE. Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, para incluir as especificidades relacionadas ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jul. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm#:~:text=L13861&text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%207.853,Art. . Acesso em: 19 set. 2024.

FOLHA DE PERNAMBUCO. *Governo de Pernambuco e a conscientização sobre o autismo*. 2 abr. 2023. Disponível em: https://www.folhape.com.br/noticias/no-dia-da-conscientizacao-sobre-o-autismo-governo-de-pernambuco/264612/#google_vignette. Acesso em: 19 set. 2024.

JUS BRASIL. *Terapia ABA para autista e o dever de cobertura pelo plano de saúde*. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/terapia-aba-para-autista-e-o-dever-de-cobertura-pelo-plano-de-saude/1317984694> . Acesso em: 19 set. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Dados gerais*. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 19 set. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei que altera a Lei nº 12.764, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2303124&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 19 set. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei nº 2211.367*. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2211367>. Acesso em: 19 set. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002*. Diário Oficial da União, 21 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 19 set. 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Emenda 1. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 19 set. 2024.

RECIFE. Lei de Uso e Ocupação do Solo. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/plano-de-zoneamento-uso-e-ocupacao-do-solo-recife-pe>. Acesso em: 22 set. 2024.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO DO RECIFE. Disponível em: <https://esigportal2.recife.pe.gov.br/portal/apps/webappviewer/index.html?id=5a302a34540f412fbc7ae57bcc5b0a04>. Acesso em: 22 set. 2024.

ROCHA, Marisa Eulálio. Humanização do edifício hospitalar: análise dos hospitais da rede Sarah Kubitschek de João Filgueiras Lima (Lelé). 2011. 255 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.

Igor Fracalossi. "Clássicos da Arquitetura: Hospital Sarah Kubitschek Salvador / João Filgueiras Lima (Lelé)" 07 Mar 2012. ArchDaily Brasil. Acessado 22 Set 2024. <<https://www.archdaily.com.br/br/01-36653/classicos-da-arquitetura-hospital-sarah-kubitschek-salvador-joao-filgueiras-lima-lele>> ISSN 0719-8906

ARQUITECTURA VIVA. *Aulario Universitário*. Disponível em: <https://arquitecturaviva.com/obras/aulario-universitario>. Acesso em: 22 set. 2024.

ASSOCIAÇÃO DRYWALL. Como garantir isolamento acústico do drywall em projetos residenciais. Disponível em: <https://drywall.org.br/como-garantir-isolamento-acustico-do-drywall-em-projetos-residenciais/>. Acesso em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf Acesso em: 22 set. 2024.

MOSTAFA, Magda. The Autism ASPECTSS Design Index. 2015. Disponível em: . Acesso em: 22 set. 2024.

ODOM, S. L.; COLLET-KLINGENBERG, L.; ROGERS, S. J.; MYERS, B. J. Early intervention for children with autism spectrum disorders: a review of the evidence. *Journal of Early Intervention*, 2010.

AUTISMO E REALIDADE. O que é o autismo? Disponível em: https://autismoerealidade.org.br/o-que-e-o-autismo/?gclid=EAlalQobChMluM24rdzXiAMVNF9IAB3gdgVnEAAAYASAAEgK9WfD_BwE. Acesso em: 22 set. 2024.

SOMASUS. Consultório Indiferenciado 1. 2024. Disponível em: <https://somasus.saude.gov.br/sistema/consulta-geral/ambiente/detalhe/157/2024>. Acesso em: 25 set. 2024.

CANAL AUTISMO. Prevalência de autismo nos EUA. 2023. Disponível em: <https://www.canalautismo.com.br/wp-content/uploads/2023/03/Prevalencia-de-Autismo-nos-EUA-2023-3-1-768x576.jpg>. Acesso em: 25 set. 2024.

AUTISM ARCHITECTURE. Autism ASPECTSS Design Index. Disponível em: <https://www.autism.archi/aspectss>. Acesso em 30 set. 2024.

Victor Delaqua. "Cobogós: breve história e usos" 09 Jun 2015. ArchDaily Brasil. Acessado 30 Set 2024. <<https://www.archdaily.com.br/br/768101/cobogo>> ISSN 0719-8906

Autismo: Teoria e Prática - Rita de Cássia S. C. de Souza. Este livro aborda o diagnóstico e intervenções no TEA.

O Livro do Autismo - David J. Cohen. Uma visão abrangente sobre autismo, incluindo aspectos de diagnóstico e desenvolvimento.

A Primeira Infância e Suas Possibilidades - João Carlos Lopes e outros. Um livro que explora o desenvolvimento na primeira infância e a importância das interações sociais.

Desenvolvimento na Primeira Infância: Teoria e Prática - Rita de Cássia S. C. de Souza. Aborda aspectos teóricos e práticos do desenvolvimento infantil.

Lei nº 12.764/2012: - Disponível em: [Portal da Legislação](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12764.htm)

Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência): - Disponível em: [Portal da Legislação](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)

Lei nº 13.825/2019:- Disponível em: [Portal da Legislação](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13825.htm)

Lei nº 14.023/2020: - Disponível em: [Portal da Legislação](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2021-2024/2020/Lei/L14023.htm)

Resolução nº 2/2016 do Conselho Nacional de Educação (CNE):- Disponível em: [CNE - Resoluções](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CNE_Res02_2016.pdf)

Ministério da Saúde. (2014). "**Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.**" Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2015). "**Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015).**"

Silva, A. G., & Sousa, D. A. (2017). "O Transtorno do Espectro Autista e a Saúde Pública: Desafios e Perspectivas." *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(2), 65-72.

Lopes, R. E. (2019). A Formação de Profissionais de Saúde para o Atendimento ao TEA. *Educação em Saúde*, 17(2), 45-58.

Teixeira, M. (2018). Espaços de aprendizagem: práticas pedagógicas inclusivas. Brasília: Editora do Senado.

Santos, A. A., & Santos, R. P. (2017). *A relação afetiva com o espaço: a topofilia na infância*. Revista Brasileira de Educação Especial.

Mazzota, L. M., & Bastos, L. (2014). *O papel do ambiente no desenvolvimento infantil*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental.

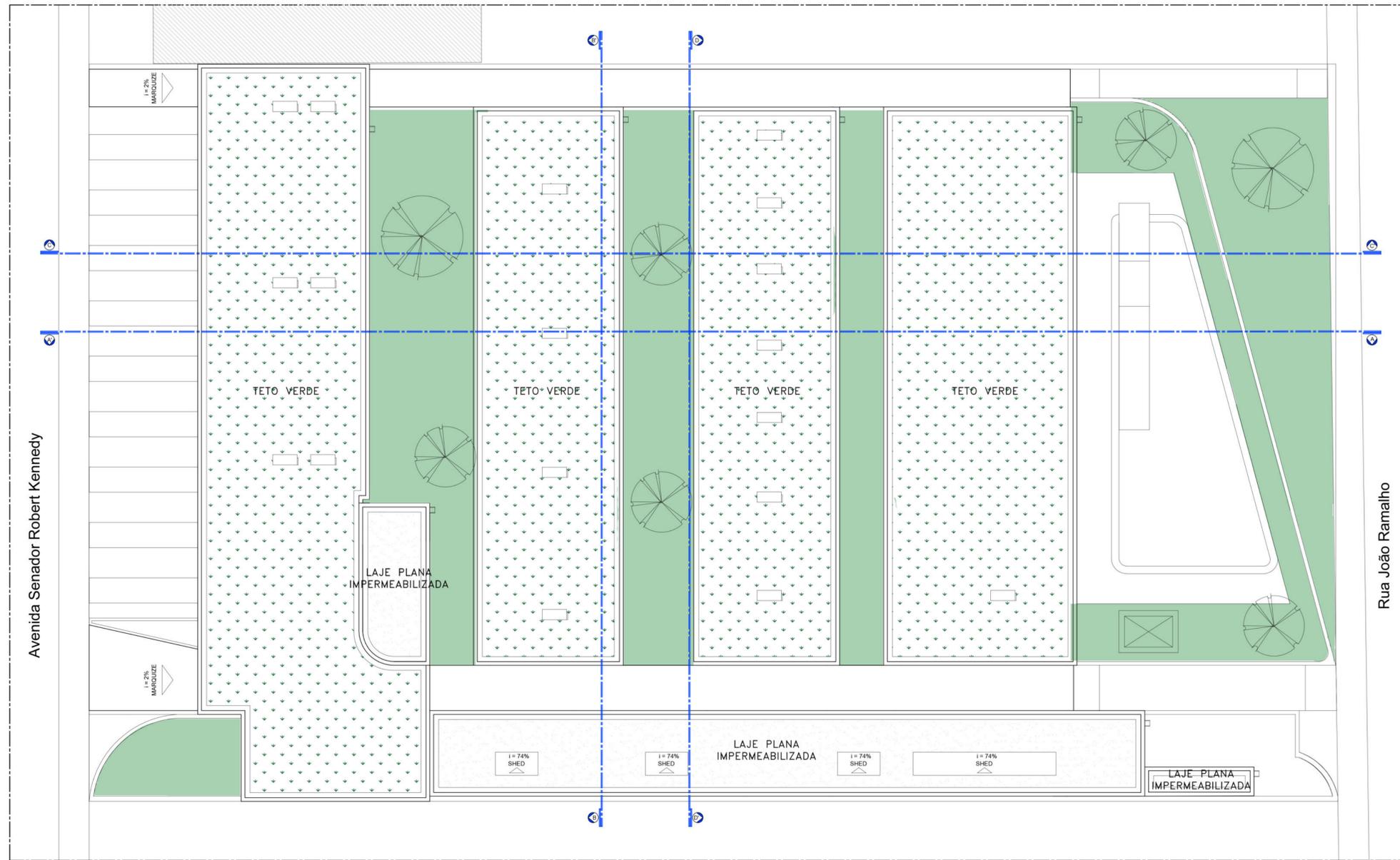
Medeiros, D. A. (2017). *A psicologia das cores na arquitetura: implicações para o ambiente construído*. Revista de Arquitetura e Urbanismo, 3(2), 45-62.

Martins, L. F. (2015). *Design de ambientes inclusivos: uma abordagem sensorial para crianças com TEA*. São Paulo: Editora Senac.

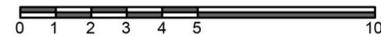
Le CORBUSIER. *Vers une architecture*. Paris: Ed. Vincent, 1923.

SILVA, Gustavo Rodrigues. Características de vento na região Nordeste: análise, modelagem e aplicações para projetos de centrais eólicas. 2003. Dissertação do curso de pós graduação em engenharia mecânica – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

10. APÊNDICES



Planta de Coberta



Planta de Situação



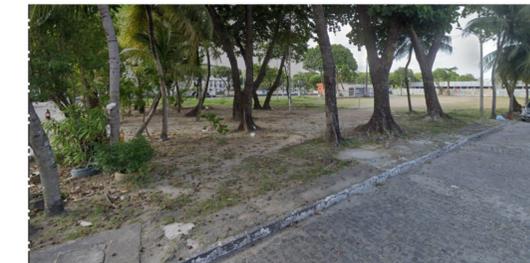
QUADRO DE ÁREAS	
ÁREA TOTAL (LOTE)	1488,73m ²
ÁREA CONSTRUÍDA TOTAL	955,86m ²
ÁREA COBERTA	840,26m ²
ÁREA SOLO NATURAL	274,14m ²



Terreno Google Street View 01



Terreno Google Street View 02



Terreno Google Street View 03



Terreno Google Street View 04



PROJETO DE CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR: ESPAÇO CUIDAR

ENDEREÇO:
Av. Senador Robert Kennedy - Imbiribeira, Recife - PE

ALUNA:
Marina Couceiro de Carvalho Bezerra

DATA:
07/10/2024

DISCIPLINA:
TC 2

ORIENTADOR:
Luciano Lacerda Medina

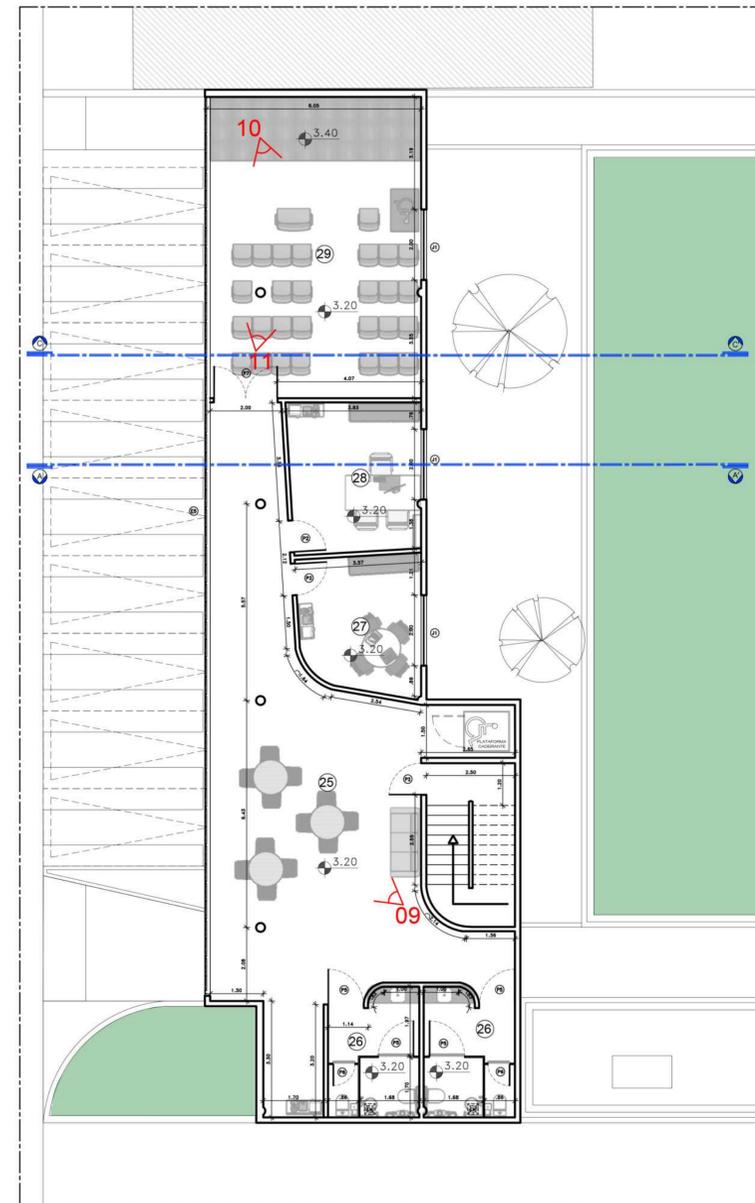
PRANCHA:
01/05

ESCALA:
Indicada

CO-ORIENTADORA:
Luciana da Rocha Alves



Planta Baixa - Térreo



Planta Baixa - Primeiro Pavimento



QUADRO DE ESQUADRIAS		
SÍMBOLO	DESCRIÇÃO	DIMENSÃO(m)
P1	Porta de giro, 02 folhas, em vidro temperado fumê claro. Maganeta tipo tubular de 60 cm em alumínio cromado.	0,90 x 2,10
P2	Porta de giro, 01 folha, com estrutura em madeira e folha pintada em esmalte sintético, branco neve. Grade emossada e pintada em esmalte sintético, branco neve. Maganeta de alumínio cromado.	0,90 x 2,10
P3	Porta de giro, 01 folha, com estrutura em madeira e folha pintada em esmalte sintético, branco neve. Grade emossada e pintada em esmalte sintético, branco neve. Maganeta de alumínio cromado. Vitrô em alumínio (dim.0,25x0,90m) e/ vidro incolor.	0,90 x 2,10
P4	Porta de correr, 01 folha, com estrutura em madeira e folha pintada em esmalte sintético, branco neve. Grade emossada e pintada em esmalte sintético, branco neve. Maganeta tipo tubular horizontal de 60 cm em aço inox. Seguir NBR 9050/2020.	1,00 x 2,10
P5	Porta de giro, 01 folha, com estrutura em madeira e folha pintada em esmalte sintético, branco neve. Grade emossada e pintada em esmalte sintético, branco neve. Maganeta tipo tubular horizontal de 60 cm em aço inox. Seguir NBR 9050/2020.	1,00 x 2,10
P6	Esquadria em vidro temperado façoado 10mm, com fechadura e 1 folha de giro. Fixadores em tubo de aço inoxidável, acabamento esmerado. Granito verde sabuloso.	0,60 x 2,10
P7	Porta de correr, 01 folha, com estrutura em madeira e folha pintada em esmalte sintético, branco neve. Grade emossada e pintada em esmalte sintético, branco neve. Maganeta de alumínio cromado. Vitrô em alumínio (dim.0,25x0,90m) e/ vidro incolor.	0,90 x 2,10
P8	Porta de giro, 01 folha, com estrutura em alumínio com veneziana, ornada. Maganeta ornada, tipo slavares.	0,70 x 1,60
E1	Esquadria em policarbonato alveolar cristal de 4 cm.	6,17 x 2,43
E2	Esquadria em policarbonato alveolar cristal de 4 cm.	5,31 x 2,43
E3	Esquadria em policarbonato alveolar cristal de 4 cm.	5,74 x 2,43
E4	Esquadria em policarbonato alveolar cristal de 4 cm.	3,72 x 2,43
E4	Esquadria em vidro fixo incolor com esquadrias em alumínio anodizado.	2,58 x 1,00 1,00
E5	Esquadria metálica perfurada, 50 x 50 cm na cor azul.	25,47 x 2,43
J1	Janela de correr, em vidro duplo com esquadrias em alumínio anodizado. Aplicação de adesivo jateado customizado.	2,00 x 1,00 1,00
J2	Janela de correr, em vidro duplo com esquadrias em alumínio anodizado. Aplicação de adesivo jateado customizado.	1,20 x 1,00 1,00
J3	Janela tipo shed em vidro fixo incolor de 35cm de altura e passagem de ar de 15cm.	1,44 x 50
J4	Janela tipo shed em vidro fixo incolor de 35cm de altura e passagem de ar de 15cm.	5,40 x 50
C1	Cobogó em cerâmica na cor amarela, 20 x 20 x 7 cm.	5,58 x 2,20
C2	Cobogó em cerâmica na cor amarela, 20 x 20 x 7 cm.	4,08 x 2,20
C3	Cobogó em cerâmica na cor amarela, 20 x 20 x 7 cm.	3,18 x 2,20
C4	Cobogó em cerâmica na cor amarela, 20 x 20 x 7 cm.	0,80 x 0,60 1,50



- 01 - RECEPÇÃO (área = 64,40m²)
- 02 - LOUNGE PAIS (área = 19,14m²)
- 03 - CONSULTÓRIO DE T.O. EM GRUPO PAIS (área = 20,74m²)
- 04 - ESCADA DE ACESSO AO PRIMEIRO PAVIMENTO
- 05 - WC PNE ESPERA (área = 15,84m²)
- 06 - WC ATENDIDOS (área = 10,61m²)
- 07 - GUARDA DE ARQUIVOS E MATERIAIS DE ATENDIMENTO (área = 12,18m²)
- 08 - CONSULTÓRIO DE FISIOTERAPIA (área = 17,72m²)

- 09 - CONSULTÓRIO DE T.O. EM GRUPO (área = 21,39m²)
- 10 - DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA (área = 4,92m²)
- 11 - EXPURGO (área = 5,41m²)
- 12 - ENFERMARIA (área = 12,42m²)
- 13 - CONSULTÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA (área = 9,59m²)
- 14 - CONSULTÓRIO DE T.O. INDIVIDUAL (área = 9,59m²)
- 15 - CONSULTÓRIO DE PSICOPEDAGOGIA (área = 9,59m²)
- 16 - CONSULTÓRIO DE PSICOTERAPIA (área = 8,40m²)

- 17 - COZINHA TERAPEUTICA (área = 13,81m²)
- 18 - COPA (área = 31,50m²)
- 19 - CONSULTÓRIO DE PSICOMOTRICIDADE (área = 35,93m²)
- 20 - VESTIÁRIO ATENDIDOS (área = 19,64m²)
- 21 - VESTIÁRIO FUNCIONÁRIOS (área = 10,66m²)
- 22 - PISCINA (área = 68,44m²)
- 23 - LIXEIRA (área = 10,40m²)
- 24 - JARDIM SENSORIAL (área = variável)

- 25 - LOUNGE (área = 70,10m²)
- 26 - BANHEIRO LOUNGE (área = 8,80m²)
- 27 - SALA DE ADMINISTRAÇÃO E REUNIÕES (área = 12,93m²)
- 28 - SALA DE DIREÇÃO (área = 15,62m²)
- 29 - AUDITÓRIO (área = 50,80m²)



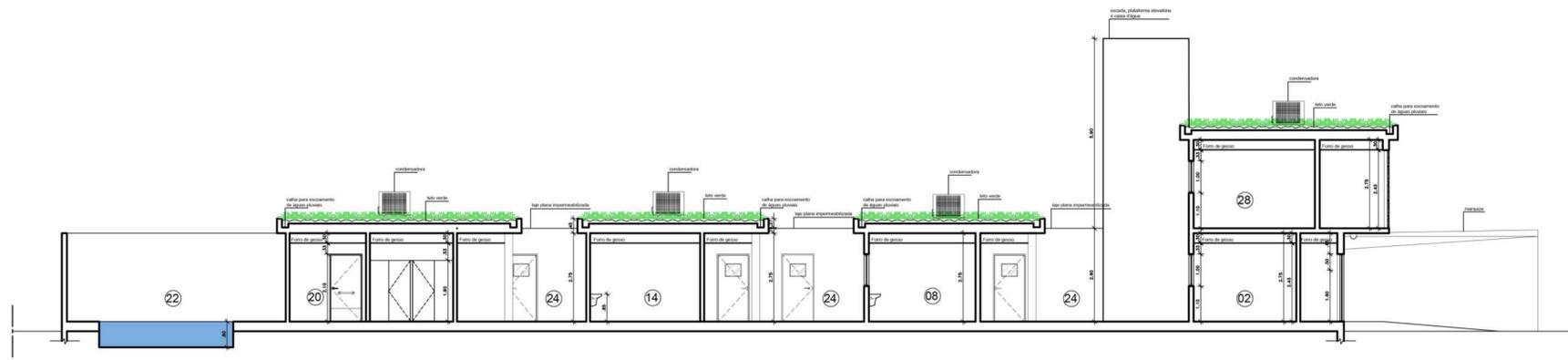
PROJETO DE CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR: ESPAÇO CUIDAR

ENDEREÇO:
Av. Senador Robert Kennedy - Imbiribeira, Recife - PE

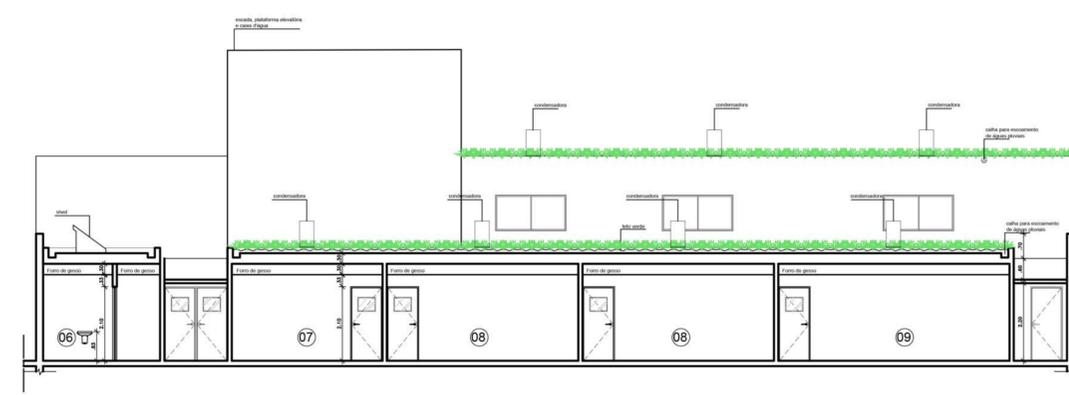
ALUNA: Marina Couceiro de Carvalho Bezerra DATA: 07/10/2024

DISCIPLINA: TC 2 ORIENTADOR: Luciano Lacerda Medina PRANCHA: 02/05

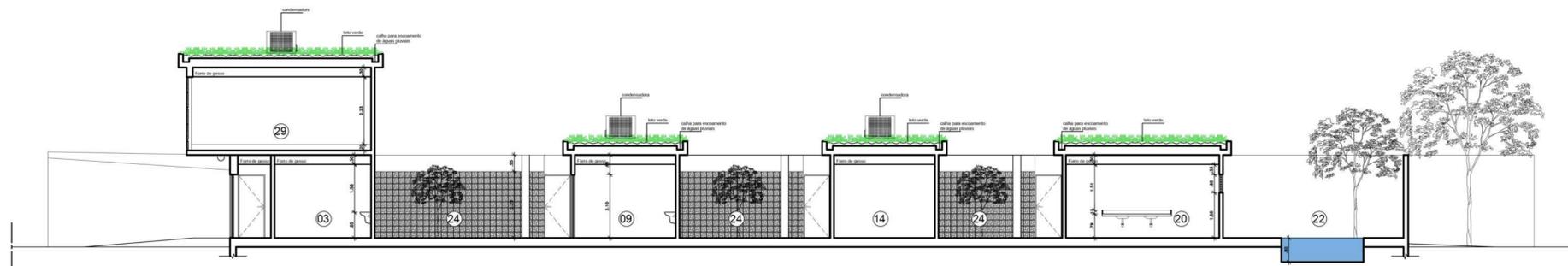
ESCALA: Indicada CO-ORIENTADORA: Luciana da Rocha Alves



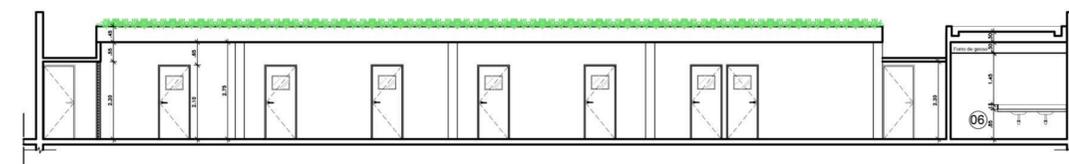
Corte AA'



Corte BB'



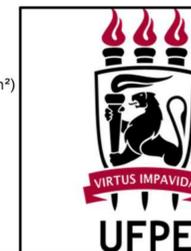
Corte CC'



Corte DD'



- | | | | |
|--|---|--|---|
| 01 - RECEPÇÃO (área = 64,40m ²) | 09 - CONSULTÓRIO DE T.O. EM GRUPO (área = 21,39m ²) | 17 - COZINHA TERAPEUTICA (área = 13,81m ²) | 25 - LOUNGE (área = 70,10m ²) |
| 02 - LOUNGE PAIS (área = 19,14m ²) | 10 - DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA (área = 4,92m ²) | 18 - COPA (área = 31,50m ²) | 26 - BANHEIRO LOUNGE (área = 8,80m ²) |
| 03 - CONSULTÓRIO DE T.O. EM GRUPO PAIS (área = 20,74m ²) | 11 - EXPURGO (área = 5,41m ²) | 19 - CONSULTÓRIO DE PSICOMOTRICIDADE (área = 35,93m ²) | 27 - SALA DE ADMINISTRAÇÃO E REUNIÕES (área = 12,93m ²) |
| 04 - ESCADA DE ACESSO AO PRIMEIRO PAVIMENTO | 12 - ENFERMARIA (área = 12,42m ²) | 20 - VESTIÁRIO ATENDIDOS (área = 19,64m ²) | 28 - SALA DE DIREÇÃO (área = 15,62m ²) |
| 05 - WC PNE ESPERA (área = 15,84m ²) | 13 - CONSULTÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA (área = 9,59m ²) | 21 - VESTIÁRIO FUNCIONÁRIOS (área = 10,66m ²) | 29 - AUDITÓRIO (área = 50,80m ²) |
| 06 - WC ATENDIDOS (área = 10,61m ²) | 14 - CONSULTÓRIO DE T.O. INDIVIDUAL (área = 9,59m ²) | 22 - PISCINA (área = 68,44m ²) | |
| 07 - GUARDA DE ARQUIVOS E MATERIAIS DE ATENDIMENTO (área = 12,18m ²) | 15 - CONSULTÓRIO DE PSICOPEDAGOGIA (área = 9,59m ²) | 23 - LIXEIRA (área = 10,40m ²) | |
| 08 - CONSULTÓRIO DE FISIOTERAPIA (área = 17,72m ²) | 16 - CONSULTÓRIO DE PSICOTERAPIA (área = 8,40m ²) | 24 - JARDIM SENSORIAL (área = variável) | |



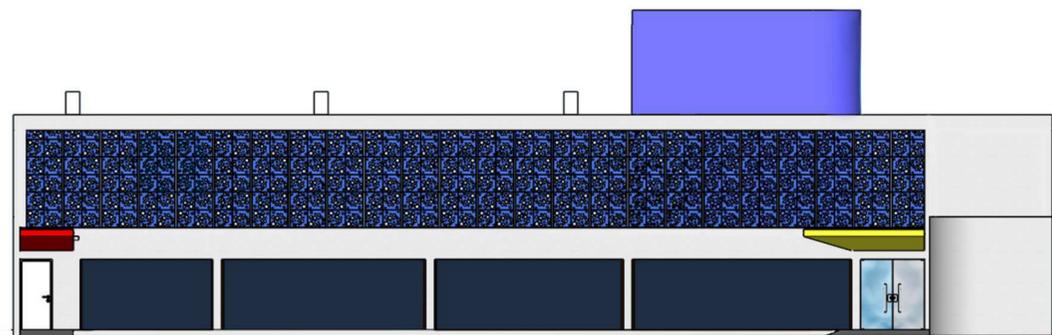
PROJETO DE CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR: ESPAÇO CUIDAR

ENDEREÇO:
Av. Senador Robert Kennedy - Imbiribeira, Recife - PE

ALUNA: Marina Couceiro de Carvalho Bezerra DATA: 07/10/2024

DISCIPLINA: TC 2 ORIENTADOR: Luciano Lacerda Medina PRANCHA: 03/05

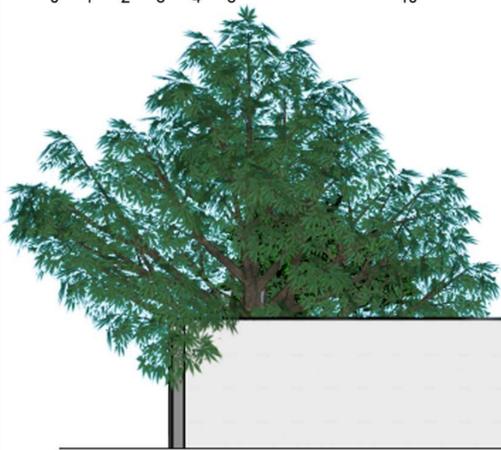
ESCALA: Indicada CO-ORIENTADORA: Luciana da Rocha Alves



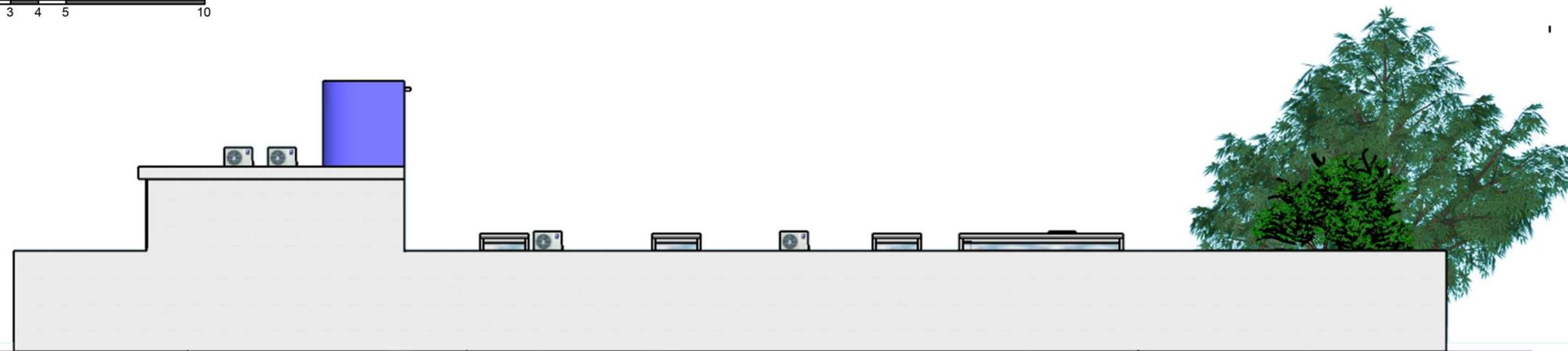
Fachada Noroeste



Fachada Sudeste



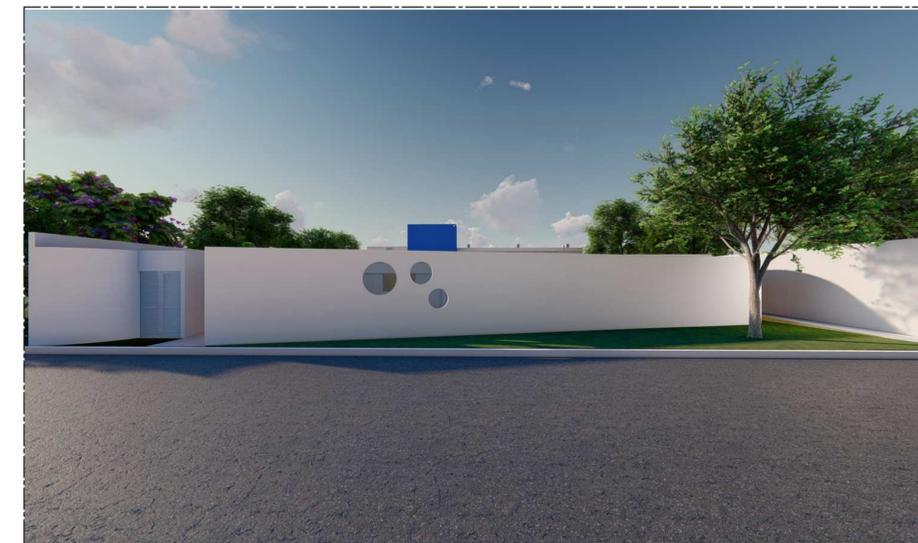
Fachada Nordeste



Fachada Sudoeste



Perspectiva Fachada Noroeste



Perspectiva Fachada Sudeste



PROJETO DE CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR: ESPAÇO CUIDAR

ENDEREÇO:
Av. Senador Robert Kennedy - Imbiribeira, Recife - PE

ALUNA:
Marina Couceiro de Carvalho Bezerra

DATA:
07/10/2024

DISCIPLINA:
TC 2

ORIENTADOR:
Luciano Lacerda Medina

ESCALA:
Indicada

CO-ORIENTADORA:
Luciana da Rocha Alves

PRANCHA:
04/05



PERSPECTIVA 01



PERSPECTIVA 02



PERSPECTIVA 03



PERSPECTIVA 04



PERSPECTIVA 05



PERSPECTIVA 06



PERSPECTIVA 07



PERSPECTIVA 08



PERSPECTIVA 09



PERSPECTIVA 10



PERSPECTIVA 11

	PROJETO DE CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR: ESPAÇO CUIDAR		
	ENDEREÇO: Av. Senador Robert Kennedy - Imbiribeira, Recife - PE		
	ALUNA: Marina Couceiro de Carvalho Bezerra	ORIENTADOR: Luciano Lacerda Medina	DATA: 07/10/2024
	DISCIPLINA: TC 2	CO-ORIENTADORA: Luciana da Rocha Alves	PRANCHA: 05/05
	ESCALA: Indicada		