

LUCIANA AKIE SASAKI

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
Implantação de uma rede em Presidente Prudente - SP

Presidente Prudente
2012

LUCIANA AKIE SASAKI

Estratégia Saúde da Família:

Implantação de uma rede em Presidente Prudente - SP

Trabalho Final de Graduação apresentado ao Departamento de Planejamento, Urbanismo e Ambiente da Faculdade de Ciências e Tecnologia “Julio de Mesquita Filho” do Campus de Presidente Prudente, Universidade Estadual Paulista, para a obtenção do título de arquiteto urbanista.

Orientador: Profª Dra. Cristina Maria Perissinotto Baron

Co-orientador: Profº Dr. Fernando Sérgio Okimoto

PRESIDENTE PRUDENTE

2012

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer aos meus pais por terem me dado a grande oportunidade de cursar a segunda faculdade, pois sem o apoio deles nada disso seria possível. Agradeço imensamente pelo incentivo, pelo carinho, pelo amor incondicional e por fazer o possível e o impossível para que os meus sonhos se tornem realidade. Agradeço também aos meus irmãos e familiares pelo apoio.

Agradeço ao meu namorado, Jorge, por estar sempre ao meu lado dando forças e acreditando em mim, até mesmo quando eu não acreditava. Obrigada por me ensinar todos os dias a ter mais paciência, calma e pensar que tudo vai dar certo. Agradeço pelo grande amor e companheirismo desses anos todos.

Não poderia deixar de mencionar a minha orientadora Cristina Maria Perissinotto Baron pela orientação e confiança desde a época do projeto de extensão até o presente Trabalho Final. Agradeço também ao meu co-orientador Fernando Sergio Okimoto por me guiar nos momentos mais difíceis. Agradeço a todos os professores e funcionários da FCT/Unesp que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação.

Agradeço aos funcionários da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente por fornecerem informações e me receberem nas visitas de campo, que foram de suma importância para a construção desse trabalho.

Gostaria de agradecer aos amigos que me acompanharam durante os cinco anos de faculdade, principalmente nessa última etapa. Agradeço também aos amigos da época da faculdade de enfermagem por terem contribuído positivamente para o presente trabalho.

Por fim, obrigada Deus.

RESUMO

Este projeto foi desenvolvido com o intuito de contribuir para a construção de uma rede de Unidades de Saúde da Família (USFs) para Presidente Prudente, município situado na região Oeste do Estado de São Paulo. Para que essa iniciativa fosse viável, tentou-se trazer para o espaço arquitetônico as diretrizes existentes para o atendimento ao público, de modo a criar ambientes acolhedores, funcionais e com identidade. Tendo em vista essas características, foi desenvolvido um sistema de construção modular que possibilita a criação de novas unidades de maneira ágil e com um padrão mínimo de qualidade. Uma vez que várias das características existentes em Presidente Prudente estão presentes em outras cidades brasileiras, as diretrizes apresentadas nesta proposta poderão pautar o trabalho de gestores em outros municípios do país.

Palavras-chave: Saúde. Arquitetura em saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This project was developed with the aim of contributing to the construction of a system of Unidades de Saúde da Família (USFs) to Presidente Prudente, a city located in the western region of São Paulo state. It was tried to bring to the architectural space the existing guidelines for the public service with the intention of create welcoming and functional environments and a net identity. Given these characteristics it was developed a modular construction system that allows the creation of new units in an agile manner and with a minimum quality standard. Since many of Presidente Prudente's features are present in other Brazilian cities, the guidelines presented in this proposal will be useful to the work of managers in other cities of the country.

Keywords: Health. Architecture in health. Estratégia Saúde da Família.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	6
3. PRESIDENTE PRUDENTE	11
3.1 Localização	11
3.2 Saúde em Presidente Prudente.....	12
3.2.1 Estratégia Saúde da Família em Presidente Prudente	18
4. REFERÊNCIAS PROJETUAIS.....	29
4.1 Clínica da Família.....	29
4.2 Rede Sarah Kubitschek	34
4.3 Maggie’s Cancer Caring Centres.....	37
4.3.1 Maggie’s Centre London – Richard Rogers	37
4.3.2 Maggie’s Centre Glasgow – OMA.....	40
4.3.3 Maggie’s Centre Naestved - Effekt.....	41
5. A REDE E O PROJETO DA ESF.....	43
5.1 O projeto da rede	44
5.2 Programa de necessidades.....	47
5.3 Estudos	49
6. PROJETO FINAL	57
7. IMPLANTAÇÃO DO PROJETO	64
7.1 Unidade de pequeno porte	65
7.2 Unidade de médio porte	72
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXO I – Pré-dimensionamento das Unidades de Saúde da Família	88

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como foco contribuir para o desenvolvimento de uma rede de Unidades de Saúde da Família (USFs) para Presidente Prudente – SP, de modo a tornar essa modalidade de atendimento prioritária no município. Como resultado desse estudo, sugere-se o uso de edifícios modulares para a composição do sistema, uma vez que estes fornecem facilidade ao processo construtivo e garantem um padrão mínimo de qualidade. Como exemplo de implantação, foram produzidos dois projetos, para unidades de pequenas e médias proporções.

Até que se chegasse a essa proposta, no entanto, um longo caminho foi percorrido. Partiu-se de uma reflexão sobre os princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam, atenção integrada à família no espaço físico e social em que está inserida, intervenções além das práticas curativas e humanização no atendimento, e, com base neles, teve início o processo de organização de ambientes.

Neste estágio foram estabelecidas as diretrizes que deveriam pautar a construção das USFs. As unidades precisariam acolher de modo adequado os usuários, dispor as áreas de maneira funcional e ter uma identidade enquanto rede. Em última instância, o objetivo era transformar o atual espaço utilizado para atividades de cunho curativo em ambientes de promoção à saúde. Com base em um breve diagnóstico sobre o município, constatou-se que em Presidente Prudente esses ideais, em muitos casos, não estavam presentes.

A realidade local mostra grandes disparidades entre as unidades existentes, uma vez que parte do sistema é composto por edificações construídas com esse fim e parte são casas alugadas adaptadas para receber o estabelecimento de saúde. Isso, além de ter impactos sobre a qualidade do atendimento despendido ao usuário, também dificulta a criação de uma identidade ao serviço enquanto rede.

Uma vez que esse padrão de coexistência entre casas adaptadas e edificações já projetadas para abrigar USFs repete-se em outros municípios brasileiros, o presente estudo pode vir a extrapolar o caráter local e fornecer contribuições relevantes para a construção de redes em outras cidades brasileiras. Dada esta propriedade transmunicipal do projeto, ele pode trazer contribuições relevantes para o campo da arquitetura voltado à construção de unidades de saúde de pequeno porte.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A Constituição Federal de 1988 demarcou legalmente um novo modelo de atenção à saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado em três diretrizes básicas: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Esse novo modelo foi elaborado para substituir o então existente, que estava estabelecido na Lei 6.229/75, marcado pela dicotomia entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários. (SCHERER, MARINO, RAMOS; 2005)

Nessa Constituição fica estabelecido que “a Saúde é um direito de todos e dever do Estado”, tendo o seu conteúdo regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis no 8080/90 e 8142/91). Para Fortes (2004), é a partir dos anos 1990, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, que são mais fortemente incorporadas as noções de qualidade, equidade, satisfação, autonomia do usuário e humanização da saúde.

Baseado nos preceitos constitucionais, o atendimento realizado pelo SUS em todo o país deve ser norteado pelos seguintes princípios doutrinários e organizativos (BRASIL, 2000):

- **Universalidade:** a saúde é um direito de todos e cabe ao Poder Público assegurá-lo, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
- **Integralidade:** este princípio demonstra que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Para isso, é necessário que exista a integração das ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.
- **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir as desigualdades regionais e sociais. Significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

- **Descentralização:** descentralizar é redistribuir as ações e as responsabilidades entre os três níveis de governo. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

- **Participação e controle social:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam a formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

É nesse contexto de reforma da saúde que, em 1994, é lançada a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde. O foco passa a ser a família no seu espaço físico e social, proporcionando à equipe de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, permitindo intervenções para além das práticas curativas. Propõe-se que a família passe a ser a unidade de cuidado, sendo o principal objeto da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, no espaço em que se desenvolvem suas relações intra e extra familiares e a luta pela melhoria de suas condições de vida. (BRASIL, 1997)

Com a ESF propõe-se humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário e da família através da criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como direito à cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida (SOUSA, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a atenção básica é “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (1978, p. 33). Nesse sentido, a ESF possui um papel importante, pois se configura como a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo a eles o atendimento básico e realizando encaminhamentos a outros níveis de atenção (média e alta complexidades) quando necessário.

A Estratégia Saúde da Família, como uma nova proposta de atendimento, trouxe também uma inovação no modo de organização do trabalho dentro da unidade. Antes, cada profissional exercia a sua função isoladamente e pouco contato tinha com os demais. Com esse novo atendimento há a constituição de uma equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde¹ (ACS). Outros profissionais (ex: dentistas, farmacêuticos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos) poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio como o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Cada equipe fica responsável por um território de abrangência dentro do município – adscrição da clientela, geralmente composto por 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.000 habitantes. Assim sendo, uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. (BRASIL, 1997)

Uma vez definida a área de abrangência, cabe aos agentes comunitários de saúde realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, identificando os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas junto àquela família e/ou comunidade. Trata-se então de um atendimento que vai além do modelo medicocêntrico e meramente curativo, propondo-se a trabalhar, sobretudo, com a promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 1997).

Para que esse novo programa pudesse ser rapidamente implantado nos municípios, o Ministério da Saúde (1997) propôs que as Unidades de Saúde da Família (USF) fossem instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município,

¹ De acordo com a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, o Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

realizando-se as reformas necessárias. Em áreas desprovidas desse tipo de equipamento, novas unidades poderiam ser construídas de acordo com a programação municipal. A Política Nacional de Atenção Básica de 2006, entre outras atribuições, delega aos municípios a responsabilidade de garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (o que inclui a ESF), dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.

Após mais de 15 anos desde o seu lançamento, a Estratégia Saúde da Família vem ampliando a sua cobertura gradualmente e as equipes estão se estabilizando. Em 2009 contava-se com 30,3 mil ESFs e 234,7 mil ACS; o que significa que o atendimento passou por uma ampliação de 49,5% para 50,7% de 2008 para 2009 (IPEA, 2007). Além disso, tem demonstrado melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na atenção básica dos diferentes municípios nas quais foi implantada, apesar da constatação de um número significativo de unidades apresentar estrutura física inadequada, não raro, improvisada (BRASIL, 2008). Esse caráter de improvisação vai contra a preocupação crescente com o ambiente dos estabelecimentos de saúde e a influência que o espaço físico tem sobre pacientes, funcionários e acompanhantes.

Um estudo com amostragem representativa em todo o território nacional realizado por Barbosa et al (2009) em 2008 mostrou que entre as unidades visitadas, apenas cerca de 25% possuíam o padrão mínimo requerido para a sua estrutura física. O padrão mínimo diz respeito à: a) para cada equipe: um consultório médico, um de enfermagem e um para atendimento conjunto; b) em cada unidade básica, pelo menos uma sala para armazenar e uma para dispensar medicamentos; e c) por unidade: uma sala de procedimentos básicos e curativos, uma sala exclusiva para vacinas, uma sala de expurgo, um sanitário somente para os funcionários e um sanitário para o público. Esses dados mostram que no processo de implantação da ESF a parte de infraestrutura teve menos prioridade dentro do conjunto de dificuldades encontradas, apresentando problemas consideráveis (IPEA, 2007).

Segundo Mendes (2002), a deficiência na infraestrutura das unidades está ligada a várias causas, no entanto, geralmente ela está associada ao entendimento de que a ESF é uma

modalidade de atendimento para os pobres e com baixa complexidade tecnológica, fazendo com que a oferta dos serviços seja realizada em qualquer ambiente. Além disso, o autor comenta que as Unidades de Saúde da Família:

“não tiveram, ainda, uma expressão arquitetônica adequada de seus processos de trabalho [...] a superação desse obstáculo há de passar pela concepção estratégica da atenção primária à saúde, e essa deve incorporar-se no desenho arquitetônico das unidades básicas de saúde e na padronização dos equipamentos e materiais permanentes” (MENDES, 2002, p. 62).

Ao mesmo tempo em que não se tem uma infraestrutura adequada, a normatização que trata sobre os projetos de arquitetura de estabelecimentos assistenciais em saúde - RDC 50/ANVISA de 21 de fevereiro de 2002 - não leva em consideração as unidades básicas, na qual se encaixa a ESF. Essa resolução engloba apenas os edifícios hospitalares a partir de 50 leitos e alguns casos específicos como as clínicas de hemodiálise. Cabe então aos municípios a responsabilidade de legislar e fiscalizar as unidades de saúde não contempladas na Lei (GÓES, 2010).

Os hospitais, sem dúvida alguma, hoje são estabelecimentos de altíssima complexidade e que exigem dos arquitetos e outros profissionais envolvidos em sua concepção um conhecimento técnico muito grande. No entanto, nem sempre foi assim. Estes locais passaram por profundas alterações ao longo dos anos até se tornarem os modernos complexos que se tem atualmente. Em comparação ao desenvolvimento da arquitetura hospitalar, a arquitetura das unidades básicas deixa bastante a desejar, talvez, em virtude de sua menor complexidade, esteja sendo negligenciada pelos arquitetos e também pelos gestores municipais.

O conhecimento e os instrumentos para promover a mudança seguindo os princípios da ESF não estão prontos. Eles precisam ser construídos, implementados e avaliados, apropriando-se de novas teorias e práticas que permitam refletir sobre os problemas identificados e buscar, de forma interdisciplinar, soluções apropriadas para eles. (SOUZA, 2000)

3. PRESIDENTE PRUDENTE

As constatações de que as USFs não possuíam infraestrutura adequada para o seu funcionamento acabaram despertando o interesse em pesquisar as condições arquitetônicas das unidades de Presidente Prudente – SP. Assim sendo, será feita uma breve apresentação do município e o funcionamento do SUS e, de modo mais detalhado, as condições arquitetônicas das USFs.

3.1 Localização

Fundada em 1921, Presidente Prudente está localizada na região Oeste do Estado de São Paulo (Mapa 1), a aproximadamente 558 km da capital e possui uma área de 563,62 km². De acordo com o censo de 2010 realizado pelo IBGE, o município conta com uma população residente de 203.375 habitantes, dentre os quais 97,96% moram na área urbana.



Mapa 1. Localização de Presidente Prudente na região onde se insere.

Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico, 2007.

3.2 Saúde em Presidente Prudente

Presidente Prudente é sede do XI Departamento Regional de Saúde (DRS) e fica responsável por atender as demandas da região constituída por 45 municípios. A divisão do Estado de São Paulo em DRSs ficou estabelecida pelo Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 (Mapa 2).



Mapa 2. Divisão do Estado de São Paulo em Departamentos Regionais de Saúde.
Fonte: São Paulo, 2012.

Por meio deste Decreto (SÃO PAULO, 2006), o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil. Os DRS possuem as seguintes finalidades:

Artigo 4º - Os Departamentos Regionais de Saúde da Coordenadoria de Regiões de Saúde têm por finalidades:

- I - contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando e organizando e gerenciando o sistema de saúde loco regional;
- II - identificar a necessidade de compra de serviços de saúde;

- III - promover a articulação dos sistemas metropolitanos de saúde;
- IV - avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde;
- V - tornar disponíveis e dar publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde; (SÃO PAULO, 2006)

Além de coordenar as atividades em âmbito regional, Presidente Prudente, enquanto município, também possui as suas atribuições dentro do SUS. Sob a sua responsabilidade estão o oferecimento dos atendimentos referentes à atenção básica, promover serviços médicos, cirúrgicos e de pronto socorro, fornecer assistência médica e dentária, supervisionar e executar os serviços de fiscalização sanitária e epidemiológica, promover e executar campanhas de saúde pública, criar canais de comunicação com a sociedade civil organizada que promovem a participação democrática na definição e controle da política municipal de saúde, colaborar com instituições educativas na formação de profissionais da área de saúde e estabelecer convênios com órgãos públicos ou particulares para executar serviços de saúde pública. (PRESIDENTE PRUDENTE, 2012)

As responsabilidades do município listadas acima e o comprometimento com a saúde pública só começaram a se concretizar a partir da criação do SUS pela Constituição Federal de 1988. Em Presidente Prudente, desde o seu estabelecimento enquanto cidade predominava o Coronelismo² como estrutura do poder local e isso acabava influenciando o ordenamento urbano e os aspectos relacionados à saúde:

Foram os coronéis que atraíram para as cidades da região os primeiros médicos, mediando com o governo do estado, quando era o caso, o encaminhamento de doentes mais graves para o atendimento ambulatorial ou hospitalar em algum serviço da capital ou localidade mais próxima. Isso quando não era ele mesmo que dispunha de recursos próprios para a compra de remédios ou custeio de tratamento de pessoas da sua base eleitoral, o que contribuía para a manutenção dos mecanismos de barganha política em sua área de influência. (GUIMARÃES, 2000, p. 143)

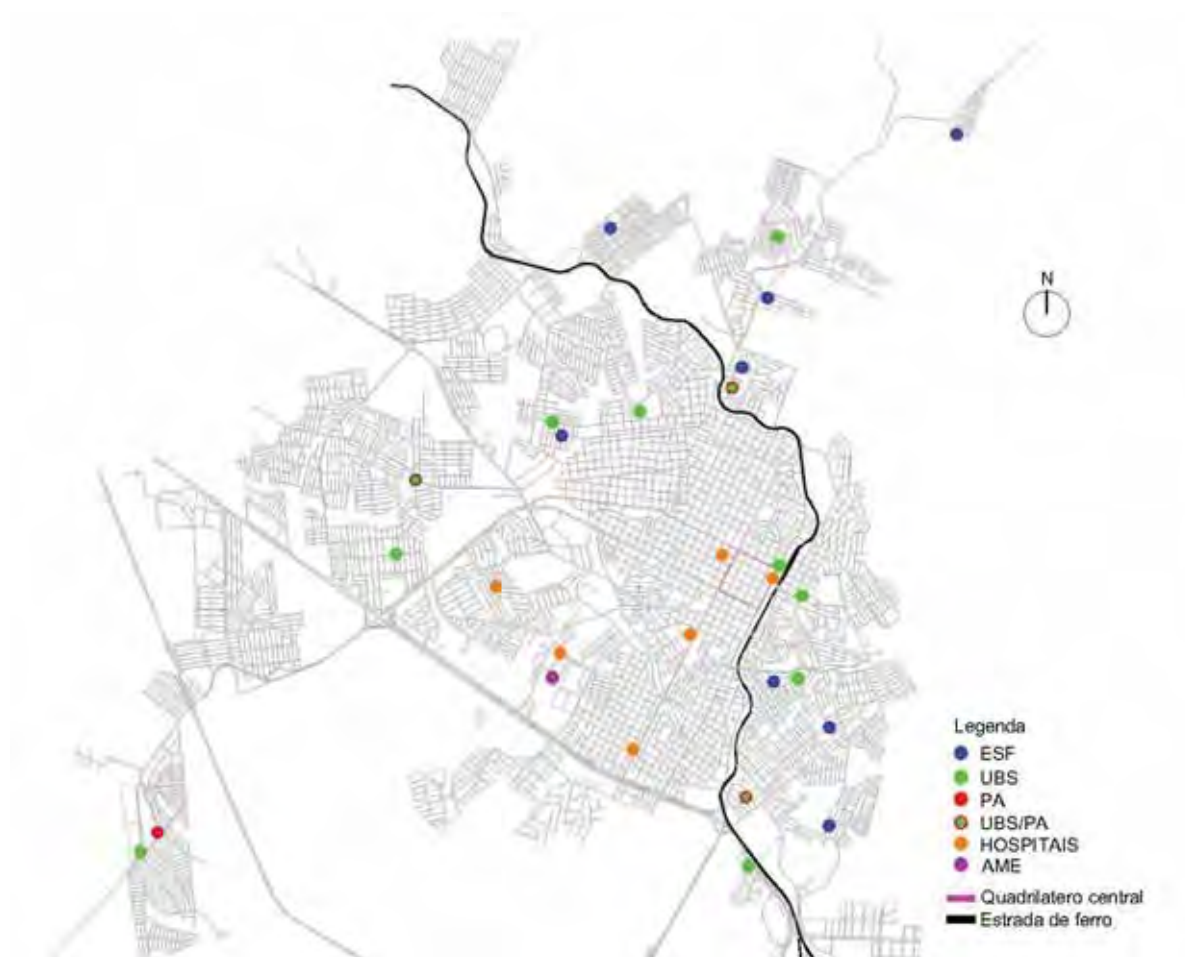
² GUIMARÃES, 2000.

De acordo com Guimarães (2000), podem-se destacar duas iniciativas que, independentemente do poder local exercido pelos grandes proprietários de terras, trouxeram ao município uma preocupação com a saúde pública. A primeira delas diz respeito à instalação, em meados de 1930, da Inspetoria Sanitária no município, órgão estadual com amplos poderes de polícia que acabou promovendo melhorias urbanas gerais e, conseqüentemente, a promoção da saúde pública. Apesar das atividades realizadas pelo inspetor sanitário serem de grande importância para a população prudentina como um todo, este era visto com certa hostilidade pelos mandatários locais. “Além disso, as atividades desenvolvidas pelo inspetor sanitário detinham menor prestígio social do que aquelas empreendidas pelos médicos da cidade” (GUIMARÃES, 2000, p.156). O principal jornal da época, “A voz do povo”, reforçava essa questão à medida que concedia destaque ao crescimento do movimento médico-hospitalar de Presidente Prudente, anunciando a construção da Santa Casa de Misericórdia e os eventos realizados pela alta sociedade para a arrecadação de verbas.

Outras tentativas da gestão municipal em assumir o controle sobre as questões de saúde podem ser vistas na administração do prefeito Watal Ishibashi (1965-1968). No seu mandato foi elaborado um Plano Sanitário e de Promoção Social que, baseado em dados sanitários e indicadores de saúde, procurava definir as áreas do município que seriam alvo de intervenção direta da política pública. O plano consistia num esforço para o desenvolvimento da saúde pública em Presidente Prudente, porém nunca saiu do papel, pois em 1969 outro prefeito (da mesma linha dos coronéis) assumiu o cargo e, cedendo aos interesses de empreendedores locais, acabou engavetando a proposta. (GUIMARÃES, 2000)

Esses dois exemplos mostram claramente que a saúde pública em Presidente Prudente não teve prioridade na agenda política, predominando a beneficência e o atendimento hospitalocêntrico. Como já mencionado anteriormente, esse quadro foi sendo paulatinamente revertido com a reforma da saúde iniciada na década de 80 e ainda hoje enfrenta dificuldades para a sua consolidação. Com a criação do SUS, a saúde pública ganhou espaço cada vez maior na agenda social e o foco passou a ser a integração da rede de serviços. Atualmente, a rede de saúde de Presidente Prudente é composta por (Mapa 3): unidades de atenção primária (UBS e

ESF), centro de especialidades médicas (AME), hospitais, pronto atendimentos (PA) e unidades mistas (UBS/PA).



Mapa 3. Distribuição dos principais serviços de saúde em Presidente Prudente, sem escala.
Fonte: Organizado pela autora, 2012.

O mapa acima mostra claramente a concentração de unidades de atenção primária na periferia do município, principalmente na zona leste e norte, “após” a linha férrea, onde reside a população mais vulnerável sob o ponto de vista econômico e social. Destaca-se também a ausência desse tipo de serviço na área central e sul e a predominância dos hospitais e clínicas particulares. Isso provavelmente ocorre em virtude de os moradores dessas áreas serem detentores de um poder aquisitivo mais elevado e, muitas vezes, possuírem planos e consórcios de saúde.

Uma vez identificados os principais estabelecimentos de saúde de Presidente Prudente, faz-se necessário compreender como funciona o atendimento pelo SUS, ou seja, qual é o percurso do usuário na rede (Figura 1).

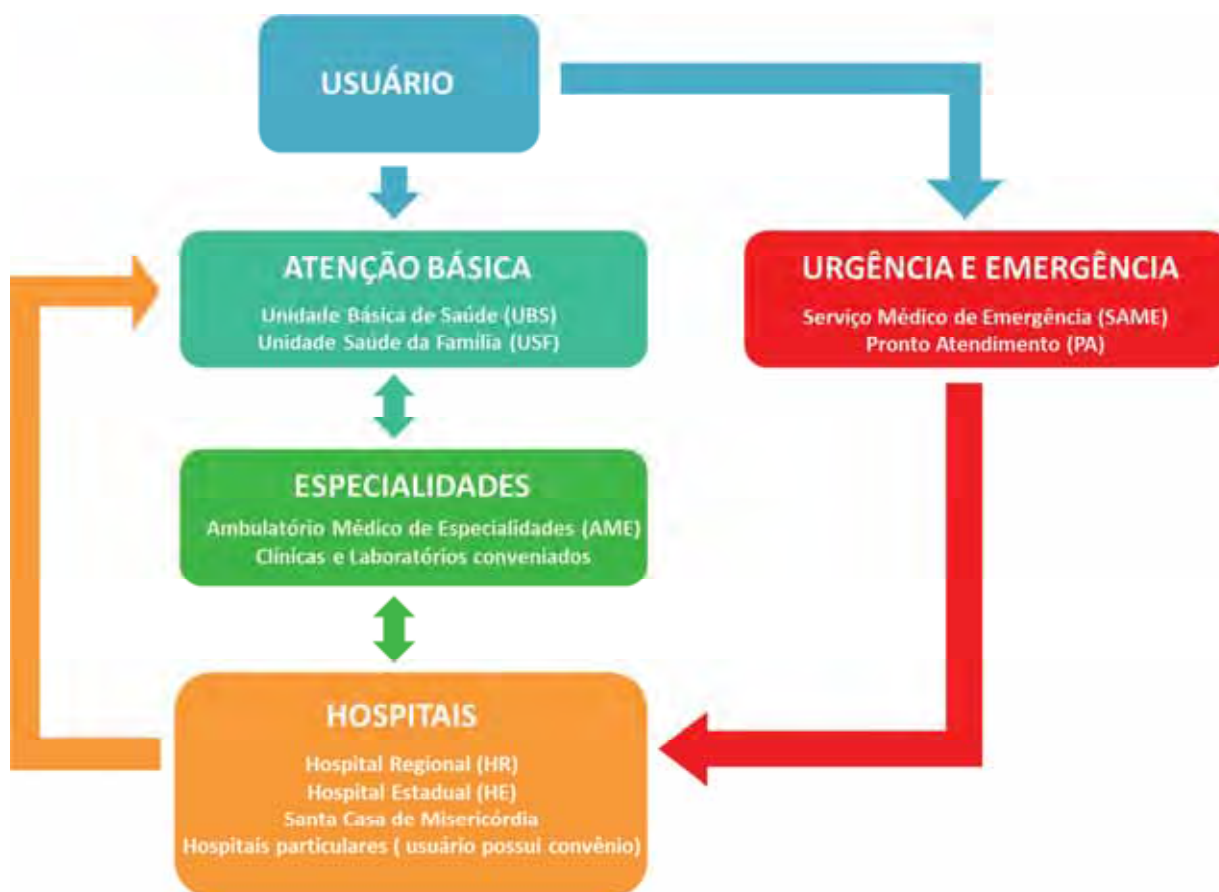


Figura 1. Caminho que o usuário percorre no SUS em Presidente Prudente.
Fonte: Elaborado pela autora, 2012.

Assim como preconizado pelo SUS, o atendimento de saúde do município é hierarquizado, ou seja, ele está dividido em três níveis de complexidade: baixa (UBS e USF), média (centro de especialidades) e alta complexidade (hospitais). Isso significa que a principal porta de entrada do sistema se dá através das UBSs e USFs que, quando necessário, encaminham o usuário para os outros níveis de atendimento. Uma vez atendido pelos outros níveis e ter seu quadro clínico estabilizado, o usuário deve retornar à sua unidade básica (UBS/USF) para a continuidade e acompanhamento do tratamento de saúde. Esse caminhar pelo SUS está baseado no sistema de referência e contra-referência, o qual garante que o

cidadão tenha acesso aos serviços de acordo com as reais necessidades e o seu tratamento seja continuado. Em casos de urgência e emergência, a entrada também pode ocorrer por meio do SAME e pelos PAs.

Em Presidente Prudente, assim como em outros municípios, apesar de o SUS estar estruturado dessa maneira, a realidade mostra que existem inúmeras dificuldades e problemas. Dentre os impasses, para o presente trabalho é relevante a abordagem da coexistência de UBSs e USFs sob o mesmo território. Apesar de oferecerem o serviço de atenção básica, essas duas modalidades possuem grandes diferenças como mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Quadro comparativo entre USF e UBS.		
	USF	UBS
Diferenças	Centrado na Família	Centrado no médico especialista
	Território definido	Território indefinido
	Visitas domiciliárias	Atende a demanda espontânea
	Reuniões de equipe	
	Atividades de prevenção e promoção da saúde	
Semelhanças	Atendimentos médicos	
	Realização de procedimentos (curativos, inalação, vacina etc)	
Fonte: Elaborado pela autora, 2012.		

A Estratégia Saúde da Família proposta pelo Ministério da Saúde tem como foco a substituição gradual e progressiva das unidades básicas convencionais, pois não são serviços complementares. Segundo a gestão municipal, isso não ocorreu em Presidente Prudente, pois se temia que a população não aceitasse a transição de um para outro. Logo, nos bairros mais carentes, existem os dois tipos de unidades e alguns serviços como farmácia, vacina e tratamento odontológico acabam sendo compartilhados, ou seja, são oferecidos apenas na UBS para a contenção de gastos. Apesar dessa coexistência, a gestão tem notado melhorias significativas dos indicadores de saúde nas áreas atendidas pela ESF e, diante de resultados positivos, tende a priorizar essa modalidade de atendimento.

3.2.1 Estratégia Saúde da Família em Presidente Prudente

Com o intuito de verificar as condições arquitetônicas das USFs de Presidente Prudente foi desenvolvido em 2010 um projeto de extensão, no qual foi realizada a avaliação pós-ocupação (APO) das Unidades de Saúde da Família do município. A APO consiste numa das metodologias correntes de avaliação de desempenho de ambientes construídos e pode promover a ação que propiciará a melhoria da qualidade de vida daqueles que usam o ambiente (ORNSTEIN, 1992). Assim sendo, foi realizada uma avaliação indicativa e de curto prazo, o que resultou em um diagnóstico geral das unidades do município.

Nesse estudo foi realizado o levantamento das USFs do município de Presidente Prudente, sendo mapeadas nove unidades: 1) Belo Horizonte; 2) São Pedro; 3) Alvorada I, II e III; 4) Guanabara; 5) Primavera; 6) Montalvão; 7) Humberto Salvador; 8) Jd. Morada do Sol e 9) Jd. Cambuci. Após a identificação das USFs no mapa do município (Figura 2), foi possível observar que os estabelecimentos estão distribuídos ao longo da periferia da cidade, exceto uma, que está locada em um dos distritos de Presidente Prudente.



Figura 2. Em azul, o quadrilátero central e, em amarelo, as USFs de Presidente Prudente.

Fonte: Google Earth, editado pela autora. 2010.

Todas as unidades, exceto a USF Belo Horizonte, ficam próximas a vias de grande circulação, o que torna fácil, por exemplo, o acesso de ambulâncias quando necessário. Esse fato demonstra que houve uma preocupação no momento de escolha do local de implantação do estabelecimento de saúde, o que configura algo positivo. A Figura 2 também mostra que na zona sudoeste da cidade não existem USFs, sendo um aspecto importante a ser investigado, pois nesse trabalho se pretende projetar uma rede de unidades que englobe grande parcela da população que necessita de atendimentos de saúde.

Dentre as nove unidades, apenas quatro delas funcionam em edificações de propriedade da Prefeitura Municipal, ou seja, são construções públicas, projetadas para o funcionamento de um estabelecimento de saúde. Nessa categoria estão as unidades: Alvorada I, II e III (há três equipes trabalhando em um único espaço físico), Morada do Sol, Humberto Salvador (duas equipes) e Montalvão. As demais são residências alugadas que passaram por pequenas reformas e adaptações para abrigar uma USF. Essa prática é bastante comum, pois se trata de uma maneira rápida e fácil para a implantação da Estratégia Saúde da Família nos municípios, porém nem sempre é a mais adequada.

O acesso ao projeto arquitetônico só foi possível nas edificações de propriedade da Prefeitura Municipal, com exceção da USF Montalvão, uma vez que esta foi construída numa gestão passada e o atual governo não possui uma cópia do projeto.

Cada equipe que compõe a ESF no município em estudo é geralmente formada por: um enfermeiro, um médico, dois auxiliares de enfermagem, seis a sete agentes comunitários de saúde, um escrivão e um auxiliar de serviços gerais. Algumas unidades contam com a presença de um dentista, um auxiliar odontológico e um farmacêutico.

Assim sendo, espera-se que a equipe, para o bom andamento do trabalho e implementação efetiva da ESF, esteja concentrada numa única unidade, o que não ocorre em duas delas. Nas equipes das USFs São Pedro e Guanabara, parte dos profissionais (dentista, auxiliar odontológico e auxiliar de farmácia) realiza o atendimento em uma unidade básica de saúde próxima. Essa separação física vai contra os princípios do programa, uma vez que dificulta

o trabalho em equipe, sobretudo, na elaboração e desenvolvimento de estratégias direcionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças. A divisão provavelmente ocorreu, pois nas duas unidades não há espaço físico e nem estrutura para comportar uma sala de odontologia e uma farmácia. Sobre esse assunto, Campos (2002, p. 29) afirma:

“[...] o dimensionamento dos ambientes é feito sem considerar o arranjo espacial, as tarefas a serem desenvolvidas, as características dimensionais e de uso do mobiliário e equipamentos. Sendo assim, no momento da utilização do espaço, muitas atividades, às vezes simples de serem executadas, serão prejudicadas em termos de segurança e conforto”.

Faz-se necessário então elaborar um programa de necessidades compatível com a proposta de Saúde da Família em que todos possam trabalhar conjuntamente. Há também a necessidade em prover espaços para os estudantes da área da saúde que frequentemente realizam estágios nas unidades e também para os profissionais que integram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família³ (NASF). Corrêa (2006) indica uma estratégia para facilitar a elaboração do programa de necessidades baseado em três momentos distintos, mas que interagem entre si: 1) Caracterização e dimensionamento: entender quais atividades acontecerão no espaço a ser proposto, as suas particularidades, caracterização dos usuários e recursos humanos; 2) Setorização e Construtibilidade: relações espaciais entre ambientes, a inclusão do paisagismo, as necessidades de conforto ambiental, a caracterização construtiva e 3) Qualificação: envolve a representação simbólica e a qualidade ambiental. Utilizando-se desses três momentos, os programas atuais podem ser analisados e reprogramados, compondo um adequado ao contexto atual e futuro.

O Ministério da Saúde recomenda que cada equipe atenda até 4 mil pessoas, o que não ocorre em todas as unidades de Presidente Prudente, onde esse número excede um pouco, como é o caso das USFs Alvorada I e Primavera. Quanto maior é o número de pessoas e famílias cadastradas, maior deverá ser a infraestrutura para o atendimento dessa população.

Em Presidente Prudente, as unidades nas quais operam mais de uma equipe, como é o

³ Presidente Prudente possui um NASF composto por: um nutricionista, um psicólogo, um assistente social, dois fisioterapeutas e um educador físico.

caso do Humberto Salvador e do Alvorada, possuem uma área maior, o que acaba refletindo em mais consultórios, salas para cada tipo de procedimento (ex: curativo, nebulização, esterilização e vacina), consultório odontológico, farmácia, sanitários separados para pacientes e funcionários, entre outros aspectos (Figura 3). Essas características, que também estão presentes nas outras duas USFs de propriedade pública, acabam oferecendo um serviço mais resolutivo, uma vez que o estabelecimento concentra as atividades e não há a necessidade do usuário buscar em outra unidade os serviços que não são oferecidos.

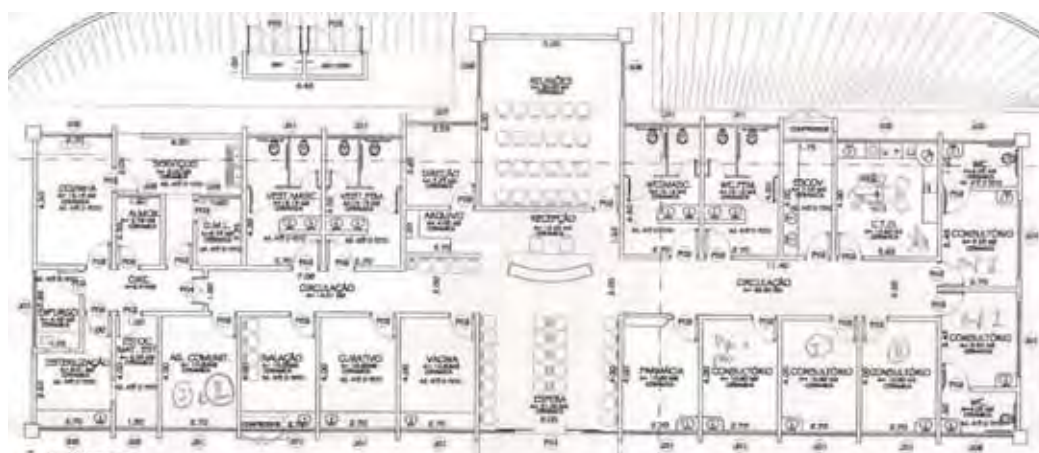


Figura 3. Planta-baixa da USF Humberto Salvador.
Fonte: Prefeitura Municipal de Presidente Prudente, 2010.

Durante as visitas, outras diferenças entre edificações públicas e alugadas puderam ser observadas. Uma delas se refere à identificação da unidade (Figura 4), que nas públicas ficam bastante evidentes através de letreiros visíveis e a colocação de uma grande cruz. Esse símbolo universal permite que todos façam a associação rápida e direta de que tal estabelecimento é destinado ao atendimento em saúde. Isso não ocorre nas unidades alugadas, nas quais há apenas pequenas placas identificando a USF, fixadas em locais de pouca ou nenhuma visibilidade. Por se tratarem de residências que foram adaptadas, considera-se de suma importância a identificação e a diferenciação da USF das casas vizinhas.



Figura 4. Fachada da USF Morada do Sol (esq.) e São Pedro (dir.), nítida diferença quanto à identificação.
Fonte: Acervo da autora, 2010.

Nesse sentido, seria interessante que a pintura externa de todas as unidades fosse da mesma cor, buscando conferir à rede de USFs uma identidade visual e diferenciação das demais modalidades de atendimento em saúde. Atualmente, há unidades pintadas em tons de verde, amarelo, bege, branco, vermelho e azul, sendo que duas delas receberam as cores que marcam a atual gestão municipal. Pesquisas têm mostrado que as cores exercem intensa influência sobre as atitudes humanas e a utilização destas como mecanismo terapêutico tem ganhado espaço nos últimos tempos. Há determinados tons mais agradáveis ao olhar humano e sua aplicação no ambiente de saúde deve ter como objetivo último transmitir aos usuários e funcionários uma sensação de bem-estar (BOCCANERA, BOCCANERA, BARBOSA, 2006).

Partindo do externo para os ambientes internos das USFs, algo que logo chama a atenção são as questões relacionadas à acessibilidade. De acordo com a norma que trata da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos (ABNT/NBR 9050), todos os espaços de uso público devem ser acessíveis. Nesse quesito, as unidades que funcionam em edificações alugadas deixam a desejar (Figura 5), uma vez que são residências e estas não são obrigadas a seguir a norma vigente. No entanto, ao abrigar um estabelecimento de saúde, adaptações se fazem necessárias, pois um cadeirante, por exemplo, com certeza apresentará dificuldades para adentrar à USF e circular dentro dela, onde há degraus, os corredores e as portas são estreitos e os sanitários não são adaptados.



Figura 5. Exemplos de acessibilidade prejudicada. Fonte: Acervo da autora, 2010.

As reformas são necessárias, porém ainda não estão sendo feitas, o que pode ser atribuído ao caráter provisório inerente ao aluguel do imóvel. Além disso, há o entendimento de que as adaptações geram um custo e, no momento, existem outras ações prioritárias. Espera-se, porém, que paulatinamente as questões relacionadas à acessibilidade sejam incorporadas pelos gestores como um aspecto importante na universalidade do atendimento em saúde.

As adaptações realizadas nas unidades se concentram, sobretudo, na colocação de lavatórios nas salas, balcões de atendimento e a instalação de divisórias (Figura 6). A estratégia de dividir os ambientes maiores, a fim de realizar melhor aproveitamento do espaço, é algo positivo e de baixo custo. No entanto, é necessário que seja empregada de maneira correta, com material adequado e que garanta privacidade, boa iluminação e ventilação ao novo ambiente.



Figura 6. Adaptações realizadas nas unidades: colocação de lavatórios, balcões de atendimento e divisórias. Fonte: Acervo da autora, 2010.

Na USF Guanabara, as divisórias foram utilizadas para criar uma copa para os funcionários no espaço equivalente à garagem da residência (Figura 7). A cobertura de fibrocimento da garagem, num clima quente como o de Presidente Prudente, acaba contribuindo para um elevado desconforto térmico. Além disso, sob essa mesma cobertura, os agentes comunitários de saúde exercem as suas atividades quando não estão realizando as visitas domiciliares, o que pode diminuir o rendimento dos funcionários.



Figura 7. Sala dos ACS e a copa ao fundo, cobertura composta por telhas de fibrocimento.
Fonte: Acervo da autora, 2010.

O aproveitamento da garagem ainda ocorre nas USFs São Pedro, Primavera e Cambuci. Nessas três unidades o espaço é utilizado como sala de espera, sendo que, em duas delas, a cobertura é composta por telhas de fibrocimento, material inadequado considerando o clima de Presidente Prudente. Tal fato é preocupante, uma vez que grande parte dos usuários que procura a unidade está de alguma maneira fragilizada, necessitando cuidados e um bom acolhimento, o que fica prejudicado diante dessas condições.

A sala de espera constitui o espaço no qual os pacientes passam a maior parte do tempo dentro da unidade. A espera em si é algo que não apraz a qualquer ser humano, principalmente quando se está debilitado. Assim sendo, medidas que tornem esse momento menos desagradável deve ser uma preocupação quando se trata de estabelecimentos de saúde. Nesse sentido, ao analisar o posicionamento das salas de espera das unidades em relação à insolação, o saldo foi positivo, uma vez que a maioria está localizada a sudeste ou a sudoeste. Em todas

elas há cadeiras e fornecimento de água. Apenas na unidade Montalvão o banco é feito de concreto, um material rígido e pouco confortável. As questões relacionadas à insolação também devem ser consideradas no momento de alocação da sala de vacina e da farmácia, pois são produtos que não podem estar expostos às altas temperaturas. Esse cuidado não foi observado nas USFs Cambuci e Montalvão.

Outro aspecto observado durante as visitas foi a falta de locais adequados para o armazenamento de materiais (Figura 8). Essa deficiência ficou nítida nas unidades alugadas, nas quais qualquer nicho é utilizado como depósito ou almoxarifado, dando aos ambientes um aspecto de desorganização. O armazenamento indevido de materiais, sobretudo nos box dos banheiros, é de fácil acesso dos pacientes e também pode atrair insetos e roedores, que representam uma ameaça à saúde.



Figura 8. Armazenamento de materiais nas unidades alugadas (acima) e em unidades de propriedade da Prefeitura Municipal (abaixo).
Fonte: Acervo da autora, 2010.

Levando em consideração as avaliações gerais realizadas, é possível afirmar que as unidades alugadas se encontram em situação mais crítica do ponto de vista arquitetônico, do uso e da ocupação, que as unidades de propriedade da Prefeitura Municipal. Ao mesmo tempo em que as unidades alugadas possuem inúmeros problemas, as de propriedade da Prefeitura Municipal são bastante amplas e muitas vezes super dimensionadas, o que também não é adequado. Essas constatações são bastante próximas do que relata Góes (2010, p.6):

“As nossas unidades de saúde, com as devidas exceções, são de uma mediocridade gritante. Quando não super dimensionadas, pecam pela exiguidade de espaço, não dotando o usuário de qualquer conforto. Acabamentos de péssima qualidade, não integrados adequadamente ao espaço urbano [...] Não há coordenação dos trabalhos. Não existe ambientação externa nem interna, o seu mobiliário não tem unidade de forma ou função e, no mais das vezes, prejudica a configuração do espaço interno e as suas ações. Um espaço assim estabelecido não chama a produção os que aí trabalham nem gera a confiança necessária aos que precisam de seus serviços. Não cria saúde, produz doenças”.

Analisando o projeto arquitetônico das unidades de propriedade da Prefeitura Municipal, é possível observar que a distribuição e a organização dos espaços favorecem somente o atendimento baseado na queixa-conduta, ou seja, logo na entrada há uma sala de espera/recepção onde o usuário deve aguardar pacientemente o chamado do profissional. Quando chega a sua vez ele então se levanta e percorre um corredor fechado com uma sequência de salas de ambos os lados em busca do local onde será atendido (Figura 9). O usuário então recebe o atendimento, as orientações necessárias e geralmente sai do consultório com uma receita médica, um pedido de exame ou encaminhamento para o especialista. Desse modo, o público-alvo das unidades ainda é o usuário que apresenta alguma doença e deseja recuperar a saúde que foi prejudicada de algum modo.

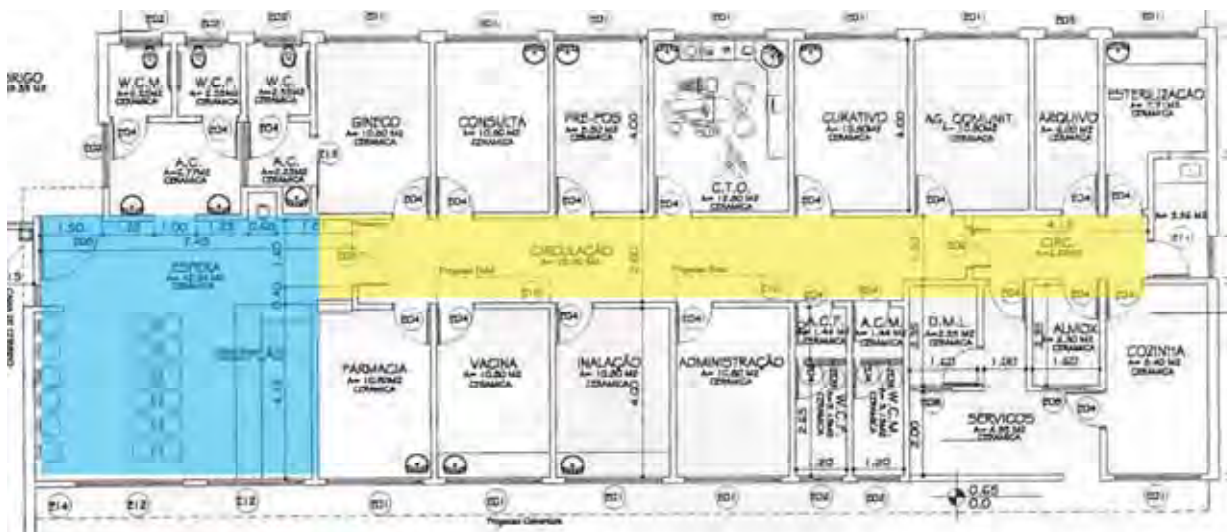


Figura 9. Planta baixa da USF Morada do Sol, em azul a sala de espera e, em amarelo, o corredor.
 Fonte: Prefeitura Municipal de Presidente Prudente, editado pela autora (2010).

Assim como os dados de âmbito nacional citados anteriormente, a situação encontrada em Presidente Prudente mostra que as unidades estão aquém do esperado para a implantação efetiva da Estratégia Saúde da Família. Há o entendimento de que o espaço físico por si só não é capaz de promover a mudança das relações e garantir que um bom atendimento seja prestado, no entanto, acredita-se que um ambiente acolhedor e qualificado seja capaz de contribuir para o bem-estar daqueles que dele fazem uso.

O diagnóstico aqui apresentado diz respeito às condições das USFs em 2010. Nesse primeiro semestre de 2012 foi retomado o contato com a gestão municipal, o que possibilitou a atualização dos dados coletados. Nesse último ano foram inauguradas três novas USFs, todas elas em casas alugadas, sendo que duas delas estão localizadas nos distritos de Presidente Prudente. Assim, o município conta hoje com 15 equipes distribuídas em 12 unidades (8 em edificações alugadas e 4 em edificações próprias), o que significa que somente 23% da população total, por volta de 47 mil pessoas de acordo com o censo de 2010, está sendo atendida. O Mapa 4 mostra a abrangência das USFs (exceto as unidades dos 3 distritos) e permite visualizar que a área de cobertura no município ainda é reduzida, limitando-se ao atendimento dos bairros mais carentes. Para que a cobertura atinja 100%, o município precisaria ter aproximadamente 50 equipes de saúde da família.



Mapa 4. Área de abrangência das USFs de Presidente Prudente em abril de 2012, sem escala.
 Fonte: Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente e organizado pela autora, 2012.

A Prefeitura de Presidente Prudente prevê ainda para esse ano a construção de quatro novas unidades para substituir àquelas que funcionam em casas alugadas. A iniciativa é bastante válida e mostra que a gestão municipal entende que as edificações alugadas apresentam sérios problemas. No entanto, ao analisar o projeto arquitetônico dessas novas unidades, facilmente é possível verificar problemas, principalmente quanto ao dimensionamento dos espaços. Com o intuito de iniciar rapidamente as obras, foi utilizado como base o projeto da USF Morada do Sol. A disposição dos ambientes é bastante similar, a fachada é igual, o que muda de uma para outra é a área construída, que passou de 327 m² para 182 m², uma diminuição brusca que provavelmente será sentida tanto por trabalhadores quanto pelos usuários.

Após reflexão sobre a Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico realizado no município, esse estudo tem como objetivo elaborar projeto arquitetônico de uma rede de unidades de Saúde da Família para o Município de Presidente Prudente – SP. Para tanto, pretende-se organizar um programa de necessidades compatível com a Estratégia Saúde da Família; adotar soluções flexíveis que atendam os requisitos estéticos, funcionais, construtivos e de conforto ambiental que um estabelecimento de saúde requer; substituir as unidades alugadas por edificações próprias da prefeitura municipal, resolvendo o caráter de improvisação e propor espaços que viabilizem o contato entre as pessoas e contribua para integração dos trabalhadores com os usuários.

4. REFERÊNCIAS PROJETUAIS

4.1 Clínica da Família

A Clínica da Família (Figura 10) foi desenvolvida em 2009 pelos arquitetos Jozé Candido Sampaio de Lacerda Jr. e Alexandre Pessoa. O seu estudo mais aprofundado foi considerado relevante por se tratar de um projeto semelhante ao que será desenvolvido nessa pesquisa. A Clínica da Família possui aproximadamente 1.200 m² de área construída e 2.000 m² de área total (RIO DE JANEIRO, 2012).



Figura 10. Elevação da Clínica da Família, Rio de Janeiro.
Fonte: ARCOWEB, acesso em 2011.

A clínica é um projeto idealizado pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, cujo objetivo era implantar mais de 40 unidades em diferentes bairros da cidade. A solução desenvolvida pelos arquitetos se baseia no sistema modular com o emprego da estrutura metálica. De maneira geral, esse tipo de sistema tem como característica: tempo de construção reduzido (em média 40 dias), facilidade de manutenção, racionalização do processo construtivo e otimização dos custos.

As variações de implantação são possíveis combinando-se módulos simples com módulos curvos (Figura 11), virando em qualquer direção. Ao mesmo tempo em que o sistema modular apresenta vantagens, existe também algumas limitações, como a impossibilidade de interferências arquitetônicas posteriores e certa falta de identificação para com o local a ser implantado, já que ele já vem pronto da fábrica para ser montado. No entanto, dada a diversidade na qualidade dos profissionais da área de arquitetura, essa padronização, ao mesmo tempo em que limita a possibilidade de intervenção do gestor, cria um padrão mínimo de qualidade para o usuário.



Figura 11. Módulo simples (à esq.) e módulo curvo (à dir.).
Fonte: <http://www.jcsarquitetos.com.br/novidades.asp?id=27>

A modulação adotada foi de 4.90 x 7.80 m, o que representa 38.22 m², dentre os quais 24 m² são de área construída e o restante destinado à circulação periférica (Figura 12), ou seja, a circulação já está contemplada no módulo-base. Essas medidas foram, em grande parte, influenciadas pelas placas de vedação, cujas dimensões são padronizadas. A partir desse módulo

inicial foram desenvolvidas duas variações que atendem às diferentes funções: 1) áreas de depósitos, administração, salas de exame e observação e 2) elemento de conexão, setores administrativos, salas de reuniões e auditórios. (ARCOWEB, 2011).

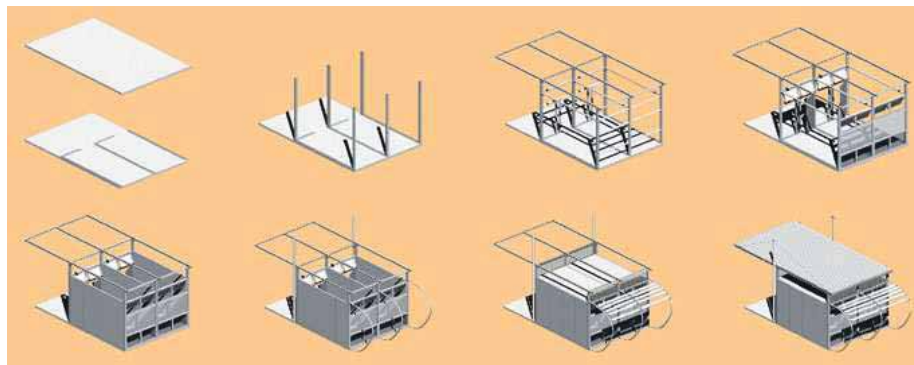


Figura 12. Montagem da modulação adotada pelos arquitetos.

Fonte: ARCOWEB, acesso em 2011.

Esse projeto mostra preocupação com questões relacionadas à sustentabilidade, uma vez que incorpora um sistema de aproveitamento da água da chuva. O caimento dos telhados é direcionado para a parte externa do prédio, na qual a água é captada pelas calhas e fica armazenada em compartimento separado para reuso (Figura 13). Trata-se de algo simples, porém importante em termos ambientais. Essas e outras medidas rotuladas como sustentáveis devem ser incorporadas como algo inerente ao projeto e não como algo um atributo especial e isolado.

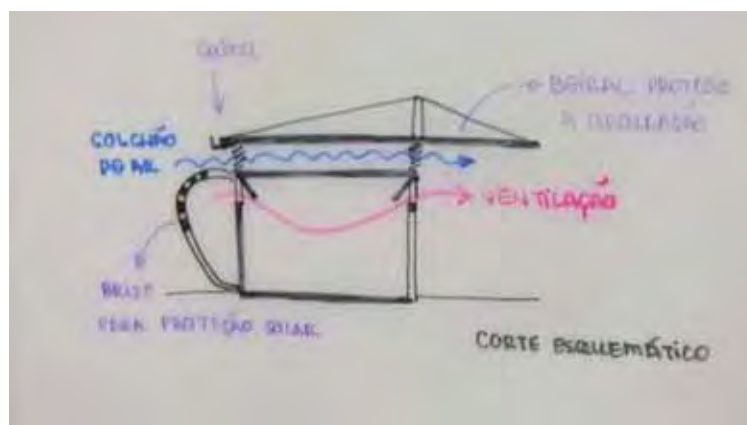


Figura 13. Corte esquemático de um módulo.

Fonte: Elaborado pela autora, 2011.

Quanto à cobertura, esta fica descolada do restante da edificação, o que propicia a circulação do ar e evita a incidência direta de raios solares, aumentando a eficiência do sistema de condicionamento de ar (Figura 13). Para a proteção contra a insolação excessiva, houve a colocação de brises soleil de desenho diferenciado, o que acaba se tornando um elemento estético funcional bastante marcante para a caracterização do conjunto. Há também uma preocupação em garantir a ventilação cruzada nos ambientes ao mesmo tempo em que se garante a privacidade com as aberturas mais altas.

Um aspecto que difere a Clínica da Família das demais unidades básicas é a presença do jardim interno, que acaba remetendo à tipologia de casa-pátio. Esse espaço tem como função permitir a ventilação cruzada em todos os compartimentos, a insolação nas circulações e iluminação natural nas áreas comuns. Além disso, o propósito é privilegiar a vista de uma área verde que articula as circulações internas e gera um espaço de espera agradável. O jardim interno é bastante interessante, no entanto, ela demanda lotes de maiores dimensões para que o equipamento urbano seja implantado.

Para analisar a implantação do projeto em questão será utilizada como exemplo a unidade de Vila Alzira/Paciência (Figura 14), cujas informações e desenhos foram publicados na Arcoweb (2011). Esta unidade foi implantada num terreno de esquina, na qual a topografia é plana, o que impossibilita a avaliação da capacidade de adaptação do projeto às diferentes declividades. O acesso principal está voltado para uma via de grande circulação, o que facilita a localização da unidade. Há também um acesso secundário na via lateral (menos movimentada) para os funcionários.



Figura 14. Croqui com a localização da Clínica de Vila Alzira/Paciência. 2011.

Através da Figura 15, que mostra a implantação de uma unidade, é possível visualizar o grande número de salas presentes no projeto, demonstrando a grande compartimentação dos espaços. Apesar de o jardim interno conferir certa integração do conjunto, alguns espaços poderiam ser otimizados, pois nem todos os ambientes são utilizados ao mesmo tempo. A sala de reunião, por exemplo, poderia ser extinta, pois elas podem acontecer em outros espaços, como na sala dos agentes ou então no auditório; o número de consultórios também poderia ser diminuído, pois dificilmente todos serão ocupados simultaneamente. A lógica de distribuição dos espaços não está bem clara, o que pode gerar certos problemas no fluxo de pacientes e funcionários.



Figura 15. Implantação da Clínica da Família – unidade de Vila Alzira/Paciência, Rio de Janeiro.

Fonte: Elaborado pela autora, 2011.

O posicionamento da edificação em relação ao norte mostra que duas elevações não necessitam de brises soleil, pois a insolação é menor. No entanto, ela é colocada em todas as

faces, o que resulta em gasto de dinheiro desnecessariamente. Talvez o elemento foi mantido para garantir a caracterização do edifício.

Nesse projeto a sala de espera é um espaço mais livre e permeável, que acaba possibilitando de fato a integração com o pátio central, um aspecto positivo (Figura 16). Os arquitetos responsáveis trabalharam com o branco e com a cor azul escura, o que fornece ao equipamento certa vivacidade.



Figura 16. Vista da sala de espera.
Fonte: Arcoweb, acesso em 2011.

Trata-se de um projeto bastante interessante que através da modulação racionaliza a produção e permite que estabelecimentos de qualidade arquitetônica sejam construídos em diferentes bairros da cidade. Ela possui algumas limitações, no entanto, essa clínica mostra que uma unidade de Saúde da Família pode ir além das casas alugadas que normalmente são encontradas.

4.2 Rede Sarah Kubitschek

A rede Sarah de hospitais de reabilitação (Figura 17) é composta por nove unidades hospitalares distribuídas nas seguintes cidades: Brasília (DF), Salvador (BA), Belo Horizonte (MG), Fortaleza (CE), Rio de Janeiro (RJ), Macapá (AP) e Belém (PA). Essa rede, que vem sendo projetada pelo arquiteto João Filgueiras Lima há mais de 30 anos, tem como objetivo criar um edifício hospitalar humanizado, capaz de contribuir para o processo de cura.



Figura 17. Vista aérea do Hospital Sarah Rio de Janeiro.
Fonte: Arcoweb, acesso em 2012.

Para que os hospitais pudessem ser construídos de modo rápido e ágil, Lelé opta por trabalhar com a pré-fabricação em argamassa armada e estruturas metálicas. Todo o projeto segue uma modulação horizontal de 1.25 m, cuja medida foi pensada de acordo com as divisórias, esquadrias, equipamentos e mobiliário. O sistema construtivo é flexível, o que permite a adaptação do projeto de acordo com o local de implantação.

Para proporcionar conforto ambiental tanto para pacientes quanto para os trabalhadores, o arquiteto cria mecanismos para dotar o edifício de iluminação e ventilação natural. Assim, ele desenvolve um sistema de refrigeração com a utilização de sheds e espelhos d'água (Figura 18).

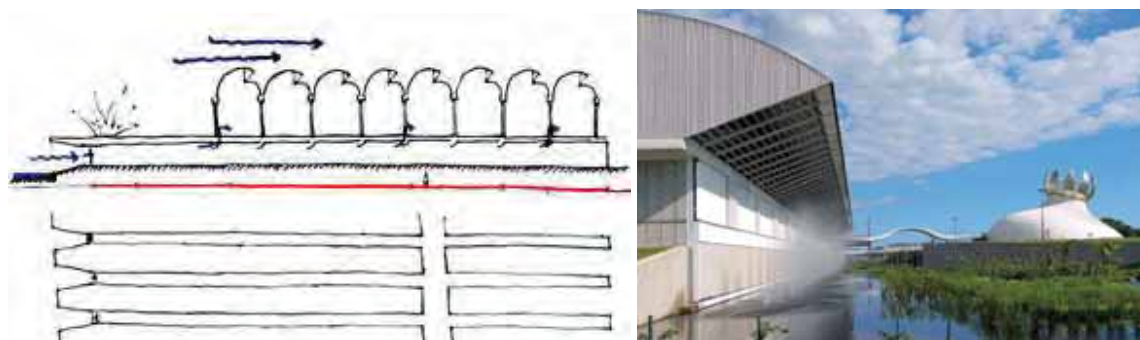


Figura 18. Sistema de ventilação dos Hospitais da Rede Sarah.
Fonte: Arcoweb, acesso em 2012.

Além disso, os ambientes internos do hospital estão sempre conectados aos jardins externos que rodeiam o edifício (Figura 19). Essa integração é feita de várias maneiras: por meio de grandes panos de vidro, às vezes os jardins adentram o edifício e, em outros momentos, os leitos se estendem em pequenas varandas.



Figura 19. Integração com o paisagismo.
Fonte: Archdaily, acesso em 2012.

Algo que traz vida e cor ao ambiente hospitalar, além do paisagismo, são os painéis desenhados pelo artista Athos Bulcão. As peças são feitas de diferentes materiais de acordo com o uso: as de argamassa armada são utilizados como limites do terreno, os painéis metálicos nos corredores e os de madeira são colocados no refeitório (Figura 20).



Figura 20. Painéis de Athos Bulcão desenhados para os Hospitais da Rede Sarah.
Fonte: Archdaily, acesso em 2012.

A Rede Sarah de hospitais projetada pelo Lelé constitui uma boa referência para o presente trabalho, não pela escala, pois a dimensão dos objetos são bastante diferentes, mas

sim pelo refinamento com o qual o arquiteto olha para o estabelecimento de saúde e busca contribuir, através da arquitetura, para o aperfeiçoamento do tratamento de saúde.

4.3 Maggie's Cancer Caring Centres

Maggie's Centre são instituições de caridade, cujo foco principal é dar suporte psicológico e emocional para quem tem ou já teve algum tipo de câncer e também para os familiares e amigos. Diferente de uma clínica convencional, esses centros têm como princípio criar um ambiente acolhedor e humano. A primeira unidade foi construída em Edimburgo, no Reino Unido, em 1996. Atualmente há várias unidades no país e também em outras localidades ao redor do mundo. Nenhum centro é igual ao outro, pois são projetados por diferentes arquitetos. Dentre eles estão alguns nomes mundialmente conhecidos como: Zaha Hadid, Richard Rogers, Rem Koolhaas, Frank Gehry, Steven Holl e Norman Foster. Apesar dos centros serem bastante distintos, todos atendem a filosofia da instituição.

4.3.1 Maggie's Centre London – Richard Rogers

Esse projeto, elaborado por Richard Rogers e equipe, foi premiado com o Stirling Prize em 2009. Com 370 m², o centro foi concebido como um pavilhão de dois andares envolto por árvores para filtrar o ruído e a poluição dos arredores (Figura 21 e Figura 22).



Figura 21. Croqui de implantação do Maggie's Centre London. 2012.



Figura 22. Vista do Maggie's Centre London.
Fonte: Archdaily, acesso em 2012.

O projeto é bastante interessante, pois articula de modo criativo os espaços privativos e os de livre acesso. A cozinha é o centro desse projeto, portanto, ao adentrar a edificação é o primeiro espaço a ser avistado. Ela une os ambientes no pavimento inferior e mantém a conexão com o pavimento superior com o seu pé-direito duplo. Além disso, todos os ambientes estão de algum modo ligado a um pátio interno (Figura 23).



Figura 23. Croqui de estudo – planta baixa do Maggie's Centre London.

O projeto, assim como outros Maggie's Centres, convida o usuário a entrar e permanecer no local, usufruindo do espaço, seja participando de cursos, lendo um livro ou tomando um chá (Figura 24).



Figura 24. Ambientes do Maggie's Centre London.
Fonte: Archdaily, acesso em 2012.

Outra questão a ser ressaltada neste projeto refere-se ao uso de aberturas estrategicamente utilizadas pelo arquiteto. Estas permitem um contato visual entre os ambientes externo e interno no pavimento térreo. No superior, uma maior permeabilidade com o uso de vidros e a criação de varandas faz com que a integração entre esses espaços seja maior (Figura 25).

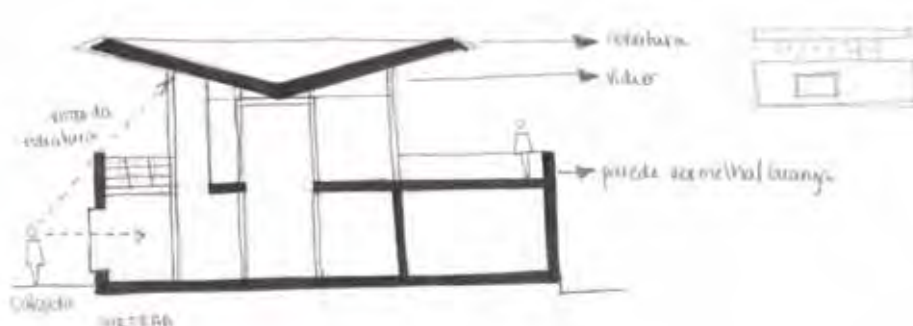


Figura 25. Croqui de estudo – corte do Maggie's Centre London. 2012.

4.3.2 Maggie's Centre Glasgow – OMA

Esse centro de 534 m² foi projetado pelo escritório OMA e está localizado perto do Hospital Gartnavel, na Escócia (Figura 26). A obra, concluída em setembro de 2011, conta com um programa composto por área de jantar, cozinha, escritórios, espaço multiuso e uma série de pequenas salas de aconselhamento.



Figura 26. Vista do Maggie's Centre Glasgow.
Fonte: Archdaily, acesso em 2012.

O arquiteto tira partido do grande terreno aberto, rodeado de árvores, para compor um projeto que favorece a circulação pelos espaços, de modo que ora o usuário contempla a paisagem externa, ora ele circula ao redor do pátio interno (Figura 27). Assim, há o emprego do vidro para a transparência e do concreto para as áreas mais fechadas e reservadas.

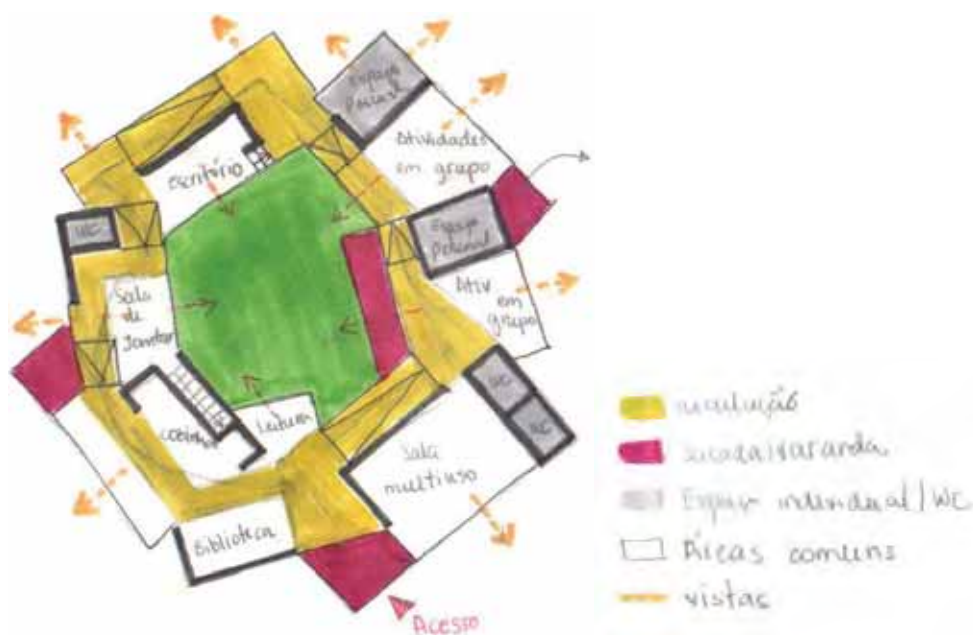


Figura 27. Croqui de estudo – planta baixa do Maggie's Centre Glasgow. 2012.

4.3.3 Maggie's Centre Naestved - Effekt

Esse projeto foi o vencedor do concurso para a elaboração de um novo Maggie's Centre para Naestved, na Dinamarca (Figura 28). O projeto arquitetônico, desenvolvido pelo escritório dinamarquês Effekt, possui 750 m² e sua construção estava prevista para iniciar em agosto de 2012.



Figura 28. Vista do Maggie's Centre Naestved.
Fonte: Archdaily, acesso em 2012.

Como nos projetos anteriores, a edificação possui atenção especial com as áreas verdes tanto interna quanto externamente. O acesso se dá pela cozinha, elemento mais importante para a composição do espaço (Figura 29).

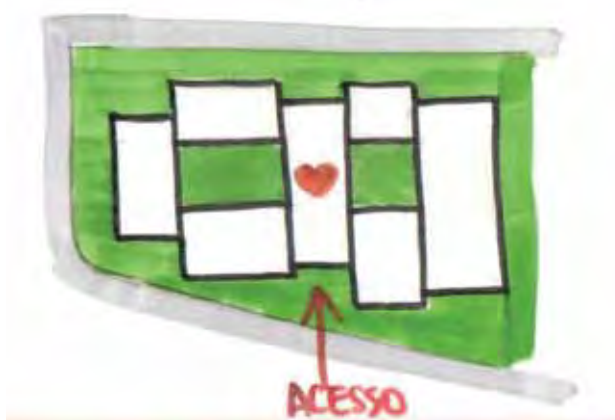


Figura 29. Croqui do Maggie's Centre Naestved, com destaque para a vegetação e a distribuição em blocos. 2012.

Os arquitetos dividiram o projeto em sete pequenas casas – diferenciadas pelo caimento da cobertura – e as organizaram ao redor de dois pátios internos (Figura 30). O conjunto está todo ligado e possui biblioteca, salas de estar, lounge, cozinha, sala para atividades físicas e salas mais reservadas para terapia individual.



Figura 30. Composição do Maggie's Centre Naestved.
Fonte: Archdaily, acesso em 2012.

A disposição do programa alterna os espaços fechados com os mais livres, o que permite que os usuários caminhem livremente pela unidade. Os arquitetos trabalharam bastante nos detalhes para criar um ambiente acolhedor e humano, onde as pessoas podem permanecer longas horas (Figura 31).

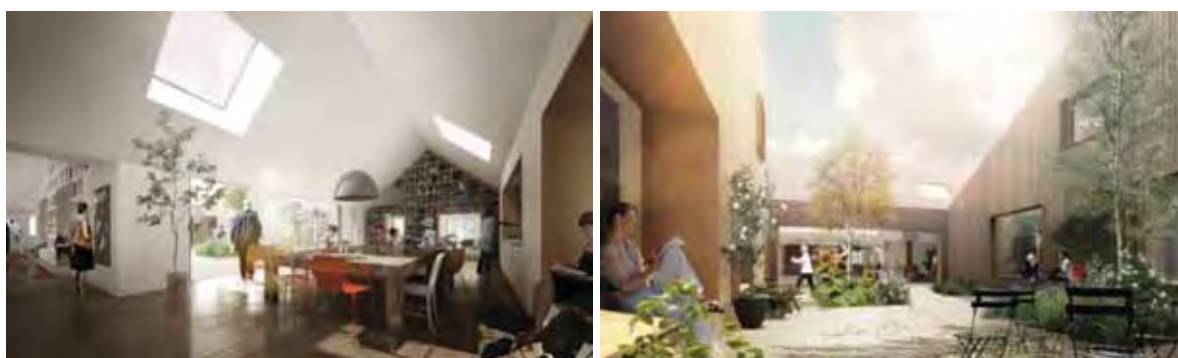


Figura 31. Ambientes do Maggie's Centre Naestved.
Fonte: Archdaily, acesso em 2012.

5. A REDE E O PROJETO DA ESF

A proposta de elaborar projeto arquitetônico de uma rede de unidades de Saúde da Família para o município está pautada na ambição de implantar essa modalidade de atendimento em todos os bairros de Presidente Prudente, o que significa que toda a população poderá utilizar o serviço. Há o entendimento de que se trata de uma modalidade com grandes possibilidades de melhorar a qualidade de vida e de saúde da população, mas que ainda não recebeu o merecido tratamento, principalmente sobre o ponto de vista arquitetônico.

O diagnóstico, mesmo que geral, das unidades de Presidente Prudente mostra que a infraestrutura deixa bastante a desejar e existem inúmeros problemas de conforto, acessibilidade, organização, fluxos, dimensionamento, etc. Além disso, a disposição dos ambientes tem favorecido em grande parte as atividades curativas e o atendimento individual dos usuários. A proposta da rede é, por tanto, continuar promovendo essas práticas, mas também desenvolver de modo intenso e eficiente espaços que favoreçam a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Assim, serão tomadas como foco as necessidades dos indivíduos, das famílias, dos grupos e dos bairros atendidos, sempre tendo como meta o cumprimento dos princípios norteadores do SUS:

- **Universalidade:** Pensar em uma rede de USF para todo o município reforça esse caráter, à medida que garante o acesso de todos ao serviço de saúde gratuito, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

- **Integralidade:** Este princípio tem sido negligenciado, especialmente no que tange à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à reabilitação, o que requer especial cuidado. Assim, o projeto tem como propósito contemplar espaços que promovam essas ações.

- **Equidade:** O objetivo desse princípio é diminuir as desigualdades regionais e sociais, o que pode ser perfeitamente desenvolvido por uma equipe de Saúde da Família unida e coesa que identifique as necessidades de seu território de abrangência e intervenha sobre ele.

- **Regionalização e Hierarquização:** A localização das novas unidades que farão parte da

rede de Saúde da Família do município será definida pela Secretaria Municipal de Saúde levando em consideração critérios epidemiológicos e o conhecimento da população a ser atendida. Em bairros de grande densidade populacional, haverá unidades maiores, bem como será necessário prever estruturas menores, como é o caso das USFs que funcionam em imóveis alugados e serão substituídas. Para a elaboração desse projeto arquitetônico serão considerados dois portes distintos: pequeno (ESF com equipe mínima, que conta com o apoio de uma UBS próxima) e médio (ESF com uma equipe completa).

- **Descentralização:** Descentralizar é redistribuir as ações e as responsabilidades entre os três níveis de governo. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

- **Participação e controle social:** A rede de Saúde da Família pode contribuir para a efetivação desse princípio oferecendo os espaços comuns da unidade para a realização dos encontros e debates do conselho local. Se cada unidade incentivar a participação do cidadão no conselho e disponibilizar o seu espaço, isso significa que grande parte dos anseios da população poderá ser ouvida, contribuindo para a melhoria e a consolidação de um SUS de qualidade.

Como já mencionado anteriormente, o conhecimento e os instrumentos para promover a mudança seguindo os princípios da ESF não estão prontos e precisam ser trabalhados sobre diversos ângulos. A proposta de uma rede de unidades para Presidente Prudente reflete este estado e tem como grande propósito contribuir para a discussão e construção do fazer arquitetônico nessa área. Assim, há o reconhecimento de que o projeto a ser apresentado não esgota todas as possibilidades da temática e nem pretende fazê-lo.

5.1 O projeto da rede

Pensar o projeto arquitetônico de uma rede de Unidades de Saúde da Família requer, antes de tudo, a definição de um fio condutor que liga uma unidade a outra, algo que independente da implantação estará presente em todas elas. A análise das referências projetuais mostra que isso é perfeitamente possível através da definição de um conceito que norteará todo o projeto. Uma vez definido esse objetivo comum, aspectos relacionados à

funcionalidade, construtibilidade, conforto ambiental e estéticos vão sendo trabalhados e incorporados ao projeto de modo que as soluções adotadas sejam flexíveis o suficiente para atender as demandas gerais e as específicas.

A implantação de uma rede de Unidades de Saúde da Família para Presidente Prudente significa que o grande propósito desse projeto é tornar prioritária essa modalidade de atendimento por acreditar nos seus princípios e na sua capacidade de promover a mudança. Assim, o projeto de rede pretende, através da arquitetura, elaborar uma proposta na qual a Saúde da Família deixe de ser vista como um espaço de doença e passe a ser um ambiente de saúde, na qual as pessoas podem se encontrar, conversar, trocar experiências, aprender, ensinar, cuidar da própria saúde física e mental. Nesse sentido, o conceito se aproxima bastante do propósito dos Maggie's Centres, cujo foco é o acolhimento e o cuidado do paciente portador de câncer. Nesses centros, apesar de serem projetados por diferentes arquitetos, o princípio se mantém e se materializa com a adoção de soluções formais bastante interessantes.

No entanto, ao contrário desses centros, no projeto da rede de Unidades de Saúde da Família há o interesse em adotar elementos que criem uma identidade visual do conjunto para que a população veja as unidades e facilmente as identifique como sendo parte de um grande todo que está conectado em busca de uma saúde pública gratuita e de qualidade. Dessa forma, o conceito com o qual se buscou criar essa rede teve como base resgatar a proposta original do Programa, de criação de vínculos estáveis e duradouros entre funcionários e a população, com a construção de um ambiente acolhedor, com espaços para o convívio público e troca de experiências, identificação por intermédio de características visuais marcantes e adoção de sistema construtivo peculiar que facilite a composição de uma rede.

Assim, a transformação da Unidade de Saúde da Família em um espaço de saúde implica um público-alvo diferente daquele que se tem hoje. Na realidade, o público é o mesmo, porém o motivo pelo qual procuram a unidade deve ser diferente. A rede será destinada ao uso de todos aqueles que fazem parte da área de abrangência da USF. No entanto, o foco deixa de ser o paciente que vai ao estabelecimento somente em busca de atendimento médico e passa a ser o cidadão que deseja fazer a manutenção de sua saúde. Trazer para dentro da USF as pessoas

saudáveis está pautado no fato de que a melhor maneira de evitar o aparecimento de uma doença em determinado grupo populacional é agir na prevenção. Isso não significa obrigar a comunidade a frequentar o estabelecimento, mas sim criar um ambiente de saúde agradável, onde as pessoas sintam vontade de estar. À medida que as pessoas se apropriam desse espaço como uma extensão de seu lar, espera-se que o senso de comunidade seja reforçado e cuidem desse bem.

O projeto também se destina aos trabalhadores que acreditam nos preceitos da Saúde da Família e possuam o desejo de melhorar a atenção básica como um todo. A Saúde da Família não necessita de profissionais que cheguem à unidade, entrem nas suas respectivas salas, atendam o paciente doente e depois vão embora. Buscam-se profissionais que tenham domínio técnico-científico, saibam gerenciar o tempo e o espaço de trabalho, exercitem a criatividade, interajam com os usuários dos serviços e tenham consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho (BRASIL – site do DAB). Essa mão de obra é escassa, pois “a maior parte dos profissionais está preparada para trabalhar nas áreas secundárias (atendimento ambulatorial, cirurgias de porte médio) e terciárias (transplantes, cirurgias de alta complexidade, internação)” (BIANCOVILLI, 2008).

Trata-se de um problema complexo, cuja solução precisa ser trabalhada simultaneamente em várias dimensões. A arquitetura pode dar a sua contribuição à medida que produz espaços onde o profissional possa compreender e empreender o seu trabalho. Na atenção básica, a principal tecnologia a ser empregada é a do cuidado, logo, é indispensável a disponibilização de ambientes que propiciem o encontro, a troca de saberes e a criação do vínculo com os usuários. Outra contribuição diz respeito ao dimensionamento adequado dos espaços de modo que os estudantes da área da saúde possam realizar os estágios supervisionados. Acompanhar as atividades desenvolvidas pela equipe capacita o profissional para trabalhar futuramente nessa modalidade de atendimento.

comum, assim como ocorre nos Maggie's Centres apresentados anteriormente. A copa já era prevista na USF, porém somente para os funcionários. Nesse projeto, a copa/cozinha é trazida para o espaço comum e todos podem e devem compartilhá-la, fazendo desse local um ambiente de encontro, troca de experiências e também de aprendizado, já que hoje muitos dos problemas de saúde estão diretamente relacionados com a alimentação inadequada.

Além disso, outro aspecto importante que não pode mais ser negligenciado é um espaço para as atividades de educação e saúde, onde poderão ser trabalhadas orientações para determinados grupos (ex: hipertensos, diabéticos, grávidas, etc). Esse mesmo ambiente pode ser utilizado para as reuniões semanais de equipe, um momento onde os profissionais se reúnem e discutem casos e elaboram estratégias de ação para melhorar a saúde da população por ela atendida.

Na reorganização dos espaços da USF apresentada na Figura 32, pretende-se também eliminar o grande corredor fechado com salas e consultórios de ambos os lados. Assim, a ideia é que, ao circular pela unidade, o paciente sempre tenha uma vista para a área externa, tenha contato com o paisagismo, veja outras pessoas caminhando, perceba a iluminação natural e não se sinta enclausurado. Essa integração com a área externa é bastante importante para a saúde do usuário, como já visto na Rede Sarah, projetada pelo arquiteto João Filgueiras Lima.

Diante das colocações acima, foi elaborado o Quadro 2, que mostra de maneira bastante resumida os propósitos a serem alcançados e as qualidades espaciais correspondentes. Esse quadro foi utilizado durante toda a elaboração do projeto, para que durante a execução os propósitos fossem trabalhados e contemplados da melhor maneira possível.

Quadro 2. Propósito a ser alcançado e as qualidades desejáveis numa USF.

Propósito	Qualidade
Criar uma rede de unidades de saúde da família	• Adotar um sistema que facilite a construção de novas unidades; • Trabalhar com a identidade visual, conforto térmico e acústico.
Usuário se sente à vontade na unidade	• Distribuir os ambientes de modo a abandonar a velha relação sala de espera – corredor fechado; • Locais de recolhimento e reflexão individual; • Acessibilidade universal.
Dar prioridade para as	• Criar espaços para as atividades em grupo;

atividades que gerem saúde	• Integração com as áreas verdes; • Espaços para as crianças brincarem; • Humanização dos espaços; • Cozinha comunitária; • Espaço para leitura.
Favorecer a integração entre a equipe e a população	• Colocar a área de trabalho dos ACS próximo ao paciente, sem barreiras visuais. • A antiga copa destinada somente aos funcionários deixará de ser restrita e o uso será coletivo (cozinha experimental). • Somente a área de apoio terá acesso restrito, os demais ambientes serão abertos.
Trabalhadores gostem do trabalho e se sintam motivados	• A área de trabalho será coletiva e os consultórios somente deverão ser utilizados para atendimentos previamente agendados. • Prover espaços de descanso.
Oferecer atendimento clínico	• Consultórios individuais dotados de isolamento acústico; • Contato com o ambiente externo, porém oferecendo privacidade quando necessário.
Integrar os grupos flutuantes de profissionais (NASF, estudantes)	• Criar espaços multiuso que podem ser compartilhados pelos diferentes profissionais.

Fonte: Elaborado pela autora, 2012.

Apesar de a ideia de reorganização do espaço físico tomar corpo, estas mudanças serão efetuadas de modo a levar em consideração as diretrizes para disposição adequada da área clínica, propostas pelo Manual de Estrutura Física das Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

5.3 Estudos

Levando em consideração os aspectos apresentados anteriormente (a proposta da rede, o público-alvo, o programa de necessidades, a funcionalidade e as referências arquitetônicas), uma série de estudos foi realizada com o intuito de elaborar um projeto adequado aos objetivos propostos. Assim, serão apresentados rapidamente alguns estudos que foram significativos para a definição do objeto.

Estudo 1

A elaboração desse projeto partiu do pressuposto inicial de que, independentemente do formato, tamanho e disposição do terreno, os locais de atendimento clínico deveriam sempre estar voltados para uma área mais protegida da unidade, com o intuito de promover maior privacidade aos pacientes, conforme mostra a Figura 33.

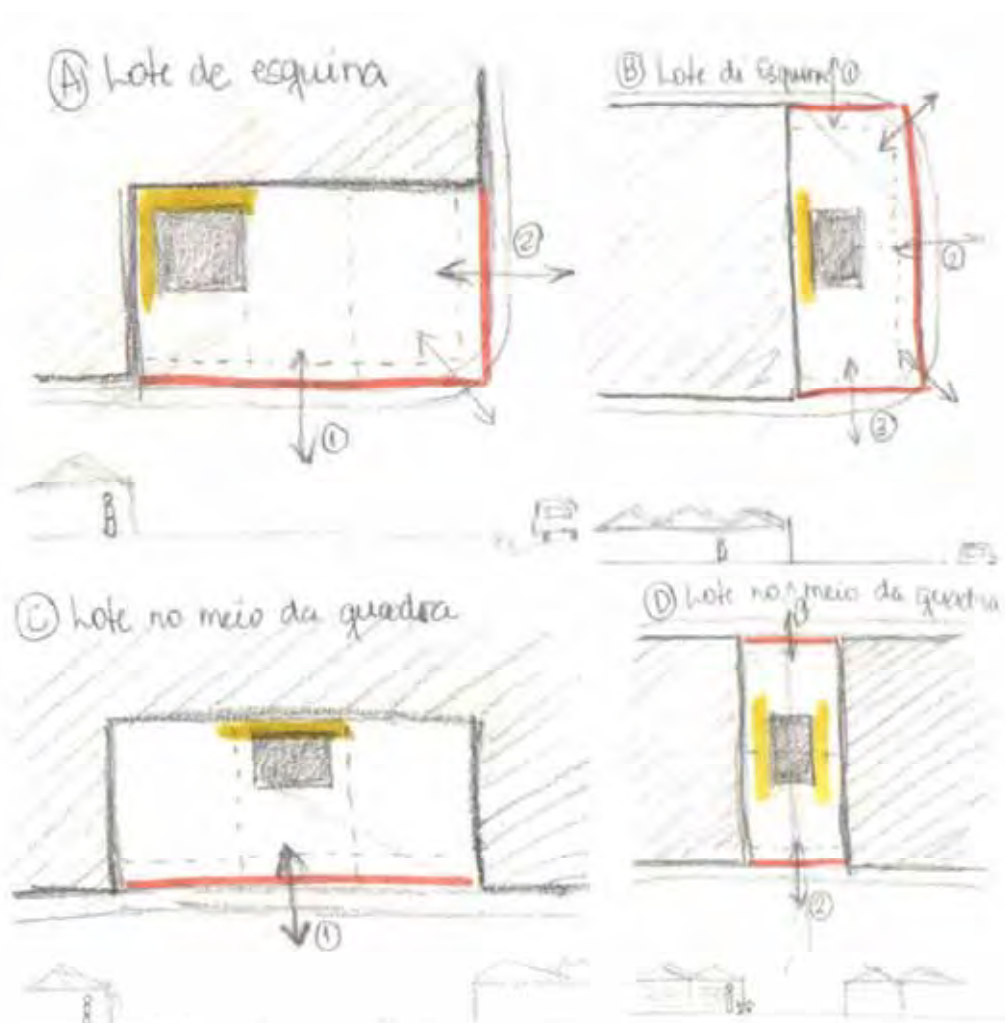


Figura 33. Croqui de possíveis áreas de implantação, demarcando em amarelo as áreas mais protegidas dos lotes e, em vermelho, as áreas que poderiam ficar mais abertas e livres.

Estudo 2

Em virtude da necessidade de construir dois ambientes com características bastante distintas, um voltado para o atendimento individual e outro para o desenvolvimento de atividades em grupo (educação em saúde), o projeto foi em direção à delimitação clara de duas áreas. Como elemento de interligação, a recepção, o espaço por onde o usuário teria o primeiro contato com o interior da unidade. A combinação dos blocos tinha como foco a distribuição adequada das atividades dentro da unidade, ao mesmo tempo em que se buscava a criação de áreas verdes (Figura 34).

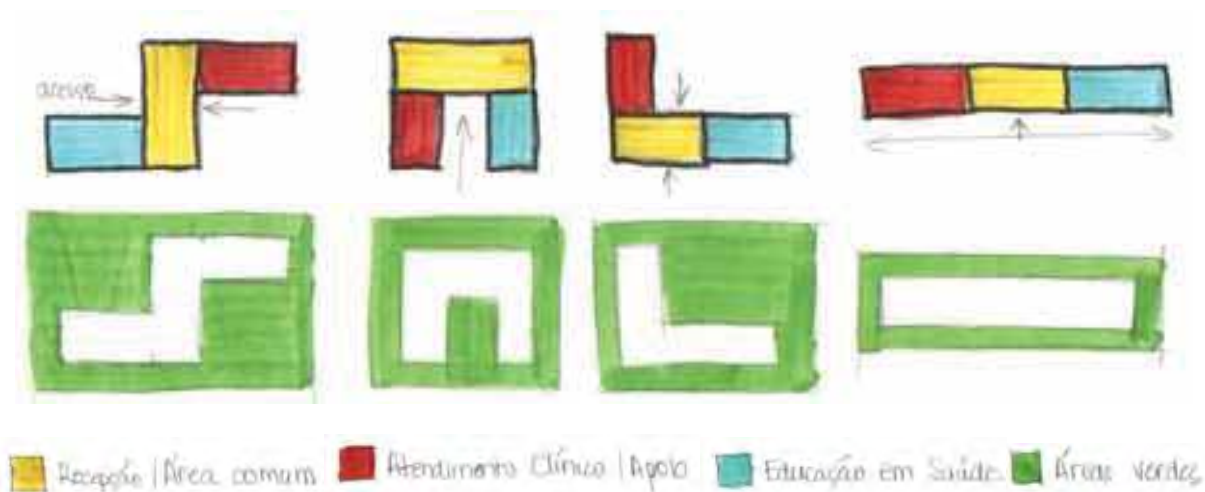


Figura 34. Croqui com as possíveis combinações das atividades a serem oferecidas pela USF (S, U, L, I), divididas em blocos.

Estudo 3

A partir da divisão do programa de necessidades em três blocos distintos, atendimento clínico, atividades de educação em saúde e recepção, surge a necessidade de compreender como eles se articulariam internamente e as possíveis relações para com o entorno. Para tanto, dentre as opções de combinação do estudo anterior, foi utilizado como modelo a disposição em S (Figura 35).

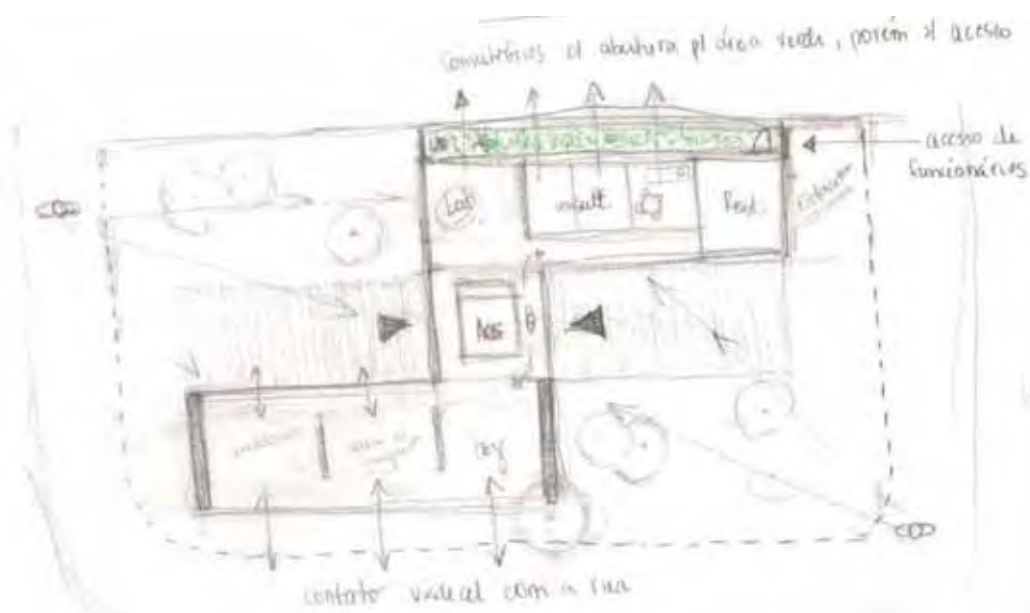


Figura 35. Croqui com a disposição dos blocos em S com o estudo esquemático das relações entre os ambientes internos e também com o entorno.

A disposição dos blocos de modo simples e linear permitia que os corredores sempre tivessem vista para a área externa, ora para as praças públicas criadas, ora para a própria rua (Figura 35). Isso sem deixar de lado o fato de que os consultórios deveriam ficar na área mais protegida da unidade. A proteção significa garantir que as pessoas não circulem por essa área, permitindo que as aberturas dessas salas sejam maiores, provendo-as de maior luminosidade, ventilação e também contato visual com a vegetação externa (Figura 36).

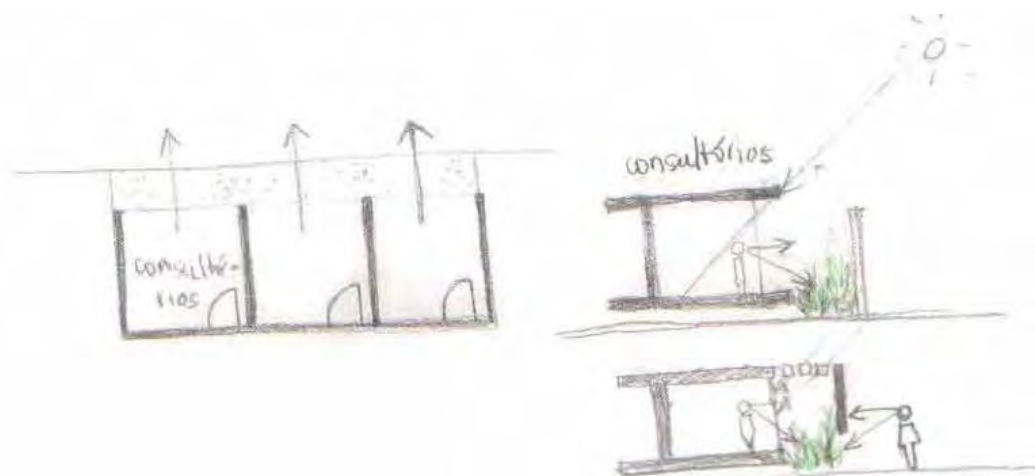


Figura 36. Croqui com a planta-baixa dos consultórios e corte esquemático mostrando a relação com a área externa.

Estudo 4

Como elemento fundamental do trabalho, o espaço de convivência coletiva teve atenção especial. Para verificar a melhor disposição da cozinha, do banheiro, da sala de espera e do local destinado aos agentes comunitários de saúde dentro de um único bloco, foram efetuados estudos específicos. Na Figura 37 são apresentadas duas possíveis combinações, já pensando em possibilidades caso existam restrições quanto ao local de implantação.



Figura 37. Croqui da área de convivência com os ambientes dispostos linearmente (esq.) e uma disposição mais compacta.

Estudo 5

Uma vez definida a área de convivência como um espaço de suma importância para a USF, foram acoplados a ela os demais ambientes, o que levou ao abandono da disposição da unidade em S, U, I e L. À medida que eram incorporadas ao projeto a área destinada ao atendimento clínico, às atividades em grupo e ao apoio, ficou bastante claro que, mesmo buscando reforçar a questão da educação em saúde, a área ocupada pelos consultórios era muito maior, perdendo-se a linearidade e a simplicidade inicial da composição dos três blocos distintos (Figura 38). Para que a composição se mantivesse seria necessário um lote muito comprido, difícil de ser encontrado, o que resultaria em corredores extensos que acabariam por criar espaços sem integração com o restante da unidade. Além disso, os espaços reservados ao paisagismo aparentavam, cada vez mais, como unidades autônomas, desvinculadas do todo.



Figura 38. Croqui de uma unidade de tamanho médio, com a perda da linearidade inicial proposta.

Estudo 6

Para solucionar a questão do paisagismo, toma-se como base as referências projetuais dos Maggie's Centres e da Rede Sarah. Opta-se por incorporar os espaços verdes à unidade, com a criação de jardins internos como elemento agregador de todo espaço (Figura 39).

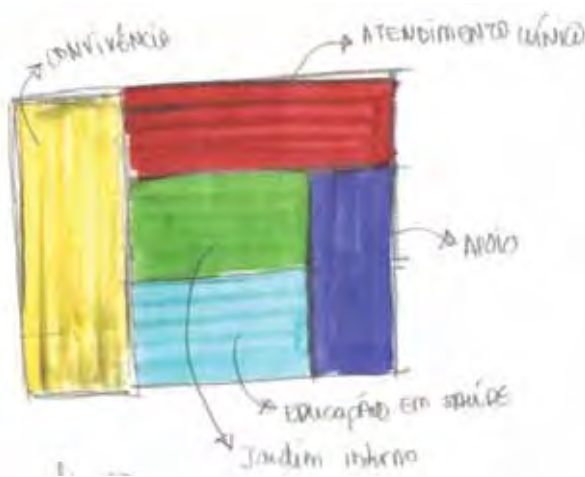


Figura 39. Croqui do jardim interno com as estruturas da unidade ao seu redor.

Estudo 7

Dada a necessidade de adotar um método construtivo rápido e racionalizado, torna-se necessário incorporar ao estudo do projeto a questão da modulação.

Segundo Carvalho & Tavares (2002, p.3) a modulação básica de EAS tem sido fixada em 1.20 m, sendo que a adoção do submódulo de 60 cm pode oferecer maior racionalidade na adoção de dimensões de projeto, assumindo medidas mais próximas das mínimas exigidas por

normas e necessidades funcionais. Além disso, “a utilização dessa modulação em esquadrias não chega a causar problemas pela fácil adaptação de medidas mínimas de normas como 0.90 m, 1.2 m e 1.80 m em vãos livres”.

Diante dessas condições, opta-se por trabalhar com a malha modular de 60 cm, prosseguindo os estudos a partir da modulação da área de convivência, como mostrado na Figura 40, à esquerda. Nessa primeira tentativa de modulação já surge uma questão importante a ser resolvida: a circulação. Para módulos de 6.00 x 4.20 m, ora a circulação estava acoplada ao módulo, ora estava externamente a ele.



Figura 40. Croqui com possível modulação da área de convivência utilizando a malha de 60 cm, resultando em módulos-base de 6.00 x 4.20m, ora com a circulação acoplada ao módulo (linha tracejada), ora como um elemento externo (laranja).

Estudo 8

Refletindo sobre as duas possibilidades de como a circulação poderia ser trabalhada, opta-se por incorporá-la ao módulo (Figura 41). Esta solução diminui a quantidade de disposições possíveis dos blocos, mas contribui para o processo de criação de identidade à rede e facilita a escolha dos gestores no que tange à construção de novas unidades, como ocorre na Clínica de Saúde da Família do Rio de Janeiro, apresentada anteriormente. Outro aspecto positivo dessa opção diz respeito à possibilidade de interligação de um módulo a outro por intermédio da circulação.

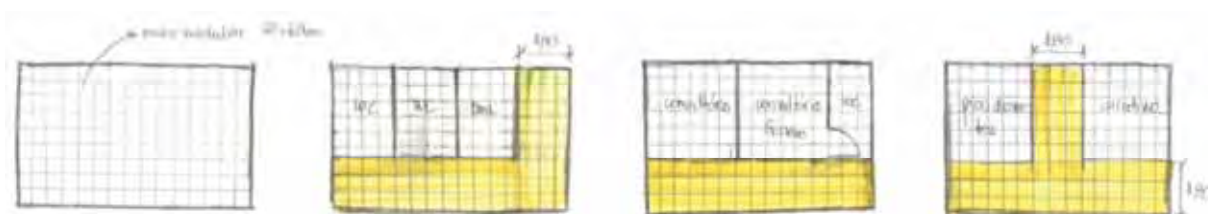


Figura 41. Croqui do módulo-base e as possíveis disposições dos ambientes internos, com a circulação marcada em amarelo. 2012.

Ainda com referência à modulação, foi estudada a viabilidade de módulos em formato retangular, quadrado e em L. Optou-se pelo primeiro, em virtude de este possibilitar uma solução mais adequada ao projeto. Com um módulo de medida única, é possível criar um padrão para todos os três espaços: áreas para educação e saúde, atendimento clínico e de convivência, facilitando também o processo construtivo (Figura 42).

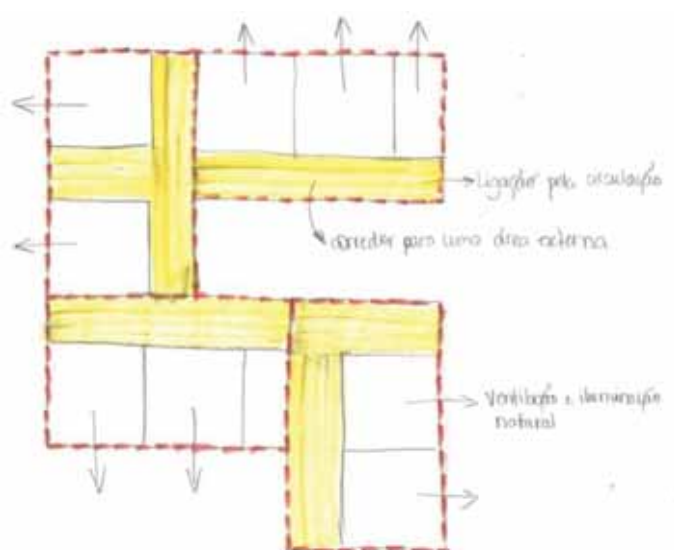


Figura 42. Croqui das possíveis combinações dos módulos através da circulação, garantindo a ventilação e iluminação natural. 2012.

6. PROJETO FINAL

Em virtude das características essenciais a serem inseridas no projeto de rede, quais sejam, método construtivo facilmente implementável, criação de padrões às unidades, foco nas áreas de uso comum e formação de ambientes acolhedores, optou-se pelo uso de módulos. Nesta seção, serão apresentados como se deu o processo de escolha dos módulos, disposição deles em função da circulação, materiais utilizados e formação de identidade.

Levando em consideração os aspectos apresentados nos estudos da seção anterior, o módulo-base que melhor se adequou às necessidades do projeto foi construído com 9.00 x 5.40 m, totalizando 48,6 m². O tamanho fixo facilita a implementação e dá autonomia ao gestor para a formação de diferentes ambientes. Como exemplos, temos cinco disposições internas para os módulos: atendimento clínico, atividades em grupo, espaço de apoio e dois para área de convivência, os únicos com composição fixa (Figura 43).

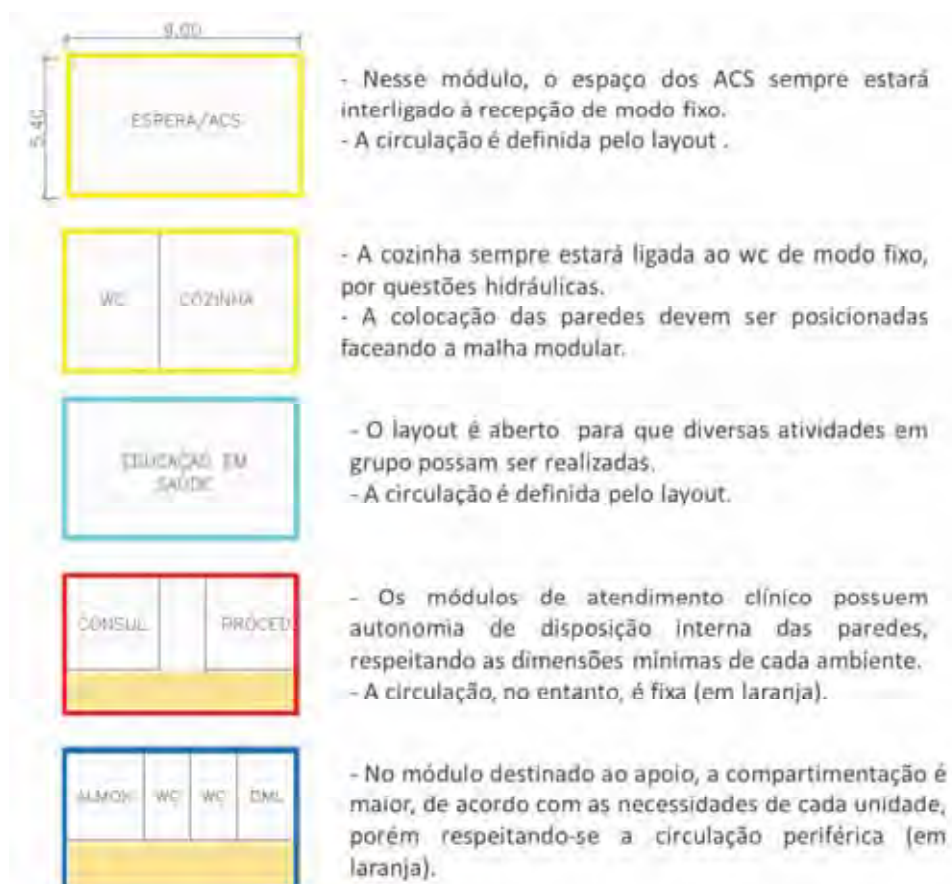


Figura 43. Dimensão final do módulo e a definição das disposições internas para cada atividade. 2012.

Para que os módulos fossem agrupados e construídos de maneira bastante simples, cada qual possui uma estrutura independente. A disposição de cada um deles na unidade precisa levar em consideração aspectos relativos à funcionalidade, circulação, afinidade entre ambientes e a criação de um pátio interno.

Tendo isso em conta, os módulos relativos à área de convivência deveriam ficar juntos. A partir da área de espera, o usuário adentraria no espaço para atendimento clínico e, para além dos consultórios, ficaria o local destinado para o apoio, com acesso restrito. Por outro lado, a cozinha pública, em virtude de também poder ser utilizada em atividades comunitárias, ficaria próxima à área de convivência (Figura 44).



Figura 44. Modo de conexão dos diferentes blocos funcionais para a montagem das unidades. 2012.

A interligação entre os módulos deverá ser feita por intermédio da área de circulação, a ser implantada na parte interior da unidade, sempre tendo como referência a malha modular de 60 cm (Figura 45).

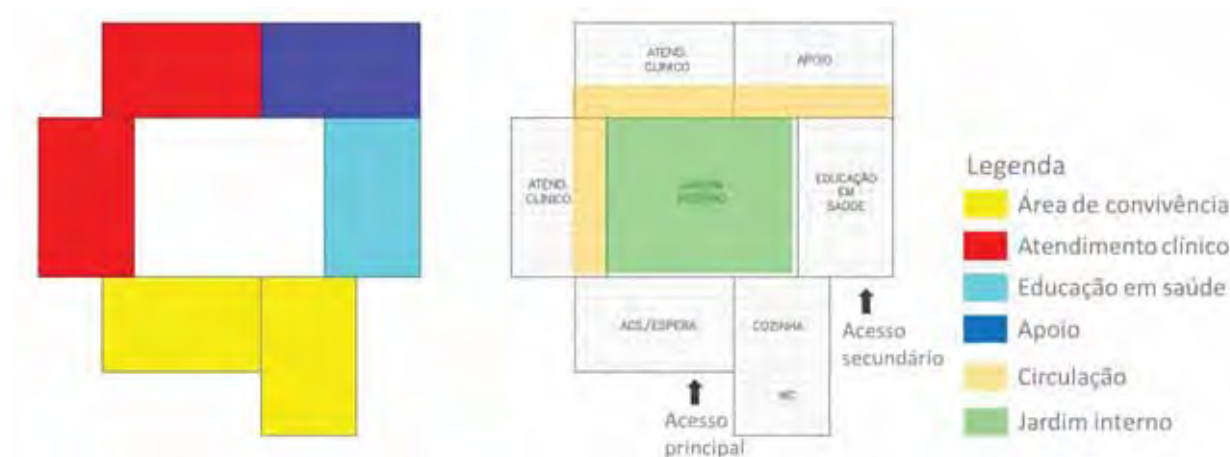


Figura 45. Possível disposição dos blocos formando uma unidade de tamanho pequeno (à esquerda) e circulação como elemento de interligação dos módulos (à direita). 2012.

A grande estrutura de cada módulo-base é formada por vigas de seção U e pilares quadrados de aço patinável. Para as vedações verticais será utilizado o steel frame, sendo que os fechamentos externos serão por meio de placas cimentícias seguindo a modulação de 60 cm e para as paredes internas será adotado o drywall. O espaço entre as placas será preenchido por lã de vidro, para dotar a unidade de maior conforto térmico e acústico. Tanto as lajes de piso como de cobertura serão constituídas de painéis de concreto protendido, que seguirão para a obra nas dimensões padronizadas especialmente para o projeto. Para a passagem das instalações elétricas e hidráulicas será colocado um forro metálico, o que facilita bastante a manutenção, principalmente por se tratar de um estabelecimento de saúde. A cobertura será de telha metálica, que estará embutida numa pequena platibanda para não quebrar a linearidade do projeto. As esquadrias de alumínio anodizado branco e vidros laminados também foram pensadas de modo a facilitar a construção, assim, na medida do possível, elas possuem a altura do pé-direito (3m). Todos esses materiais foram escolhidos em virtude de facilitarem o processo construtivo e, conseqüentemente, a formação de uma rede integrada. Eles são de fácil transporte, manutenção simples e de rapidez na montagem (Figura 46).

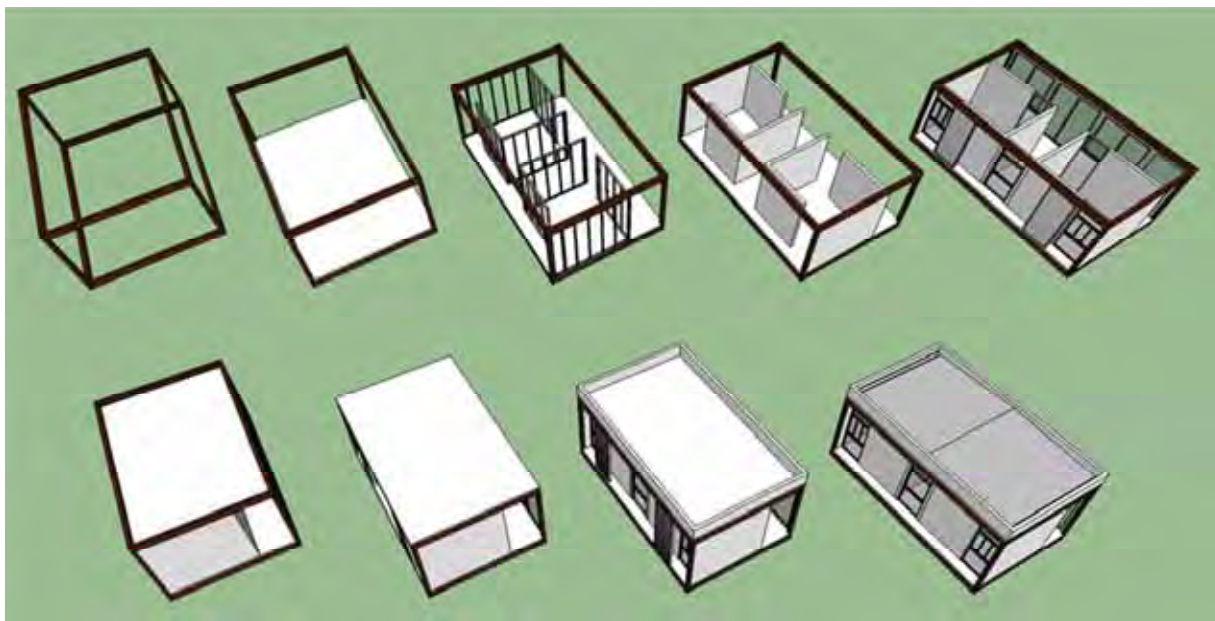


Figura 46. Esquema de montagem de um módulo. 2012.

Para que esses módulos funcionassem em conjunto e para dar maior qualidade ao projeto foram adicionadas certas características que visam a aumentar a proteção do ambiente. Neste sentido, duas iniciativas se destacam, o uso de painéis de PVC deslizantes e beirais. Os painéis de PVC possuem uma moldura de alumínio, assim como as outras esquadrias, e medem 1.20 x 3.00 m. A escolha desse material foi devido ao baixo custo, facilidade de manutenção e pelo fato de ser translúcido. Em todos os consultórios esses painéis são posicionados diante das aberturas e deslizam entre trilhos. Essa possibilidade permite maior privacidade quando necessário e, quando não, um contato visual com a área externa. Isso favorece a criação de ambiente mais agradável sem, no entanto, perder a funcionalidade necessária a um espaço de saúde (Figura 54).



Figura 47. Vista externa de um módulo: à esquerda, o painel de PVC fechado e, à direita, aberto. 2012.

Esses mesmos painéis de PVC também são utilizados nos corredores internos que recebem insolação direta. Nos períodos de incidência solar, eles fornecem proteção. Em momentos de sombra sua estrutura deslizante permite uma melhor circulação de ar e também o contato visual com o jardim interno e as demais dependências da unidade (Figura 48).



Figura 48. Vista interna da unidade, mostrando a incidência solar com e sem a proteção dos painéis de PVC . 2012.

Já com relação aos beirais, eles foram inseridos na estrutura dos módulos que possuem áreas com abertura e contato externo, de modo a fornecer proteção adicional a esses ambientes, principalmente nos dias chuvosos (Figura 49).

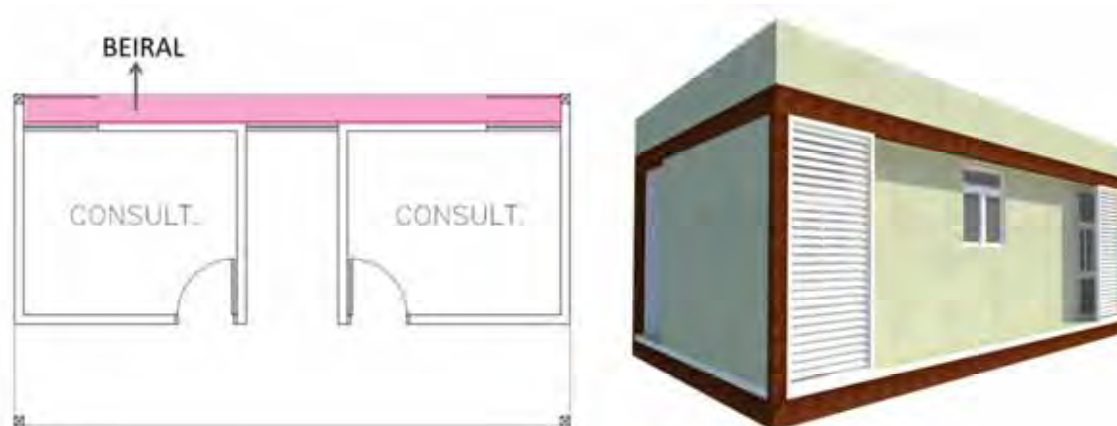


Figura 49. Localização do beiral em planta (esq.) e em vista (dir.), no módulo. 2012.

Outro quesito importante na integração entre os diversos módulos para a construção da unidade diz respeito à criação de um módulo menor de 3.60 x 5.40 m, utilizado como uma complementação do projeto. Esse novo elemento segue o mesmo padrão construtivo e surge durante a ação projetual para criar ambientes de extensão qualificados tanto internamente como externamente, ora como varandas, ora como pergolados (Figura 50). Estas mesmas medidas foram utilizadas na construção da caixa d'água.



Figura 50. Exemplos de módulos menores usados para a construção de pergolados (esq.) e varandas (dir.). 2012.

Finalmente, pensando na praticidade e também para evidenciar a questão da rede e da modularidade presente no projeto, tomaram-se como partido arquitetônico os próprios materiais constituintes do sistema construtivo. Assim, o usuário pode ver interna e externamente a grande estrutura que compõe o módulo através das vigas e pilares de aço aparentes. Do lado de fora, a cor da unidade será obtida pela própria placa cimentícia (tom de cinza). Somente na área de convivência, serão utilizadas placas cimentícias de cor marrom, já disponíveis no mercado, para marcar o acesso principal e dar maior destaque a essa área, pois se trata do coração do projeto (Figura 51). Assim, buscou-se fazer uma composição harmoniosa entre os materiais para criar a identidade da nova rede de saúde, dotando-a de sobriedade e buscando o acolhimento.



Figura 51. Paleta de cores utilizadas no projeto da rede: aço patinável, placa cimentícia marrom, placa cinza e o branco. 2012.

Internamente, as paredes precisarão receber revestimentos e pinturas laváveis, por se tratar de um estabelecimento de saúde. Apesar do material dos fechamentos não estarem aparentes na parte interna, a estrutura em aço poderá ser visualizada dentro da unidade.

A princípio, a ideia era criar uma marca para o projeto da rede de equipamentos. No entanto, ao realizar as pesquisas e constatar que já existia um logotipo da Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde (Figura 52), optou-se por utilizar o desenho já existente e reforçar a questão de que se trata de um serviço público presente não somente em Presidente Prudente, mas em muitas outras cidades do país. Ou seja, a rede proposta faz parte de um todo muito maior.



Figura 52. Logotipo da Saúde da Família (esq.) e o símbolo universal da cruz (dir.). Fonte: Google, 2012.

Abandona-se então o uso da cruz vermelha para identificar essa modalidade de atendimento de saúde, pois esse símbolo acaba sempre remetendo aos ambientes aonde as pessoas vão somente quando estão doentes (Figura 52). Assim, o logotipo da Saúde da Família, acaba contribuindo para compor a identidade da rede, juntamente com as características já abordadas anteriormente.

7. IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

Assim como a Clínica da Família do Rio de Janeiro, a presente rede foi pensada para ser implantada em apenas um pavimento, de modo a não interromper o constante fluxo de pacientes e facilitar o trabalho dos funcionários. A colocação de rampas dentro das unidades acabaria por separar as três grandes partes constituintes: espaço de convivência coletiva, atendimento clínico e atividades em grupo. Isso iria contra o conceito inicial do projeto de integrar todas essas ações, mesmo que por intermédio somente do contato visual. A utilização de rampas será adotada apenas para o acesso externo à unidade, quando este for necessário devido às características do terreno.

Outro aspecto levado em consideração para a implantação diz respeito à construção de espaços de contato visual entre o exterior e interior. Foram inseridas, quando possíveis, áreas contemplativas, nas quais os usuários conseguem, de dentro da unidade, ter acesso à paisagem do entorno em que vivem. Além dessas, aberturas de vidro posicionadas estrategicamente pela unidade reforçam essa integração do equipamento de saúde para com a comunidade, de modo que tanto o cidadão que procura atendimento consegue ver o que se passa na parte de fora como pessoas que caminham pelas redondezas podem conferir o interior.

Este processo também precisa ter em conta a introdução de um acesso secundário para a área de educação e saúde. Dado que o conceito do projeto é criar um espaço de integração e não apenas voltado para aspectos curativos, este local deve ser utilizado para atividades em grupo e reuniões comunitárias, independentemente de a unidade estar aberta ou não. A integração dessa área com o todo e, ao mesmo tempo, sua independência foram trabalhadas na implantação.

Para testar se essas ideias realmente funcionam na prática, foram escolhidos dois terrenos de Presidente Prudente para a construção de uma unidade de pequeno e outra de médio porte, levando-se em consideração as peculiaridades de cada área.

7.1 Unidade de pequeno porte

A unidade de pequeno porte deverá ser construída com no mínimo seis módulos: dois para atendimento clínico, dois para área de convivência, um para atividades em grupo e um para espaço de apoio. Poderão ser adicionados mais blocos a depender do tamanho do terreno e da disposição do gestor em construir USFs maiores. Segundo estudos efetuados (Figura 53), uma unidade com as dimensões mínimas viáveis teria 291.6 m² de área construída e poderia ser implantada em um terreno com pelo menos 478.8 m².

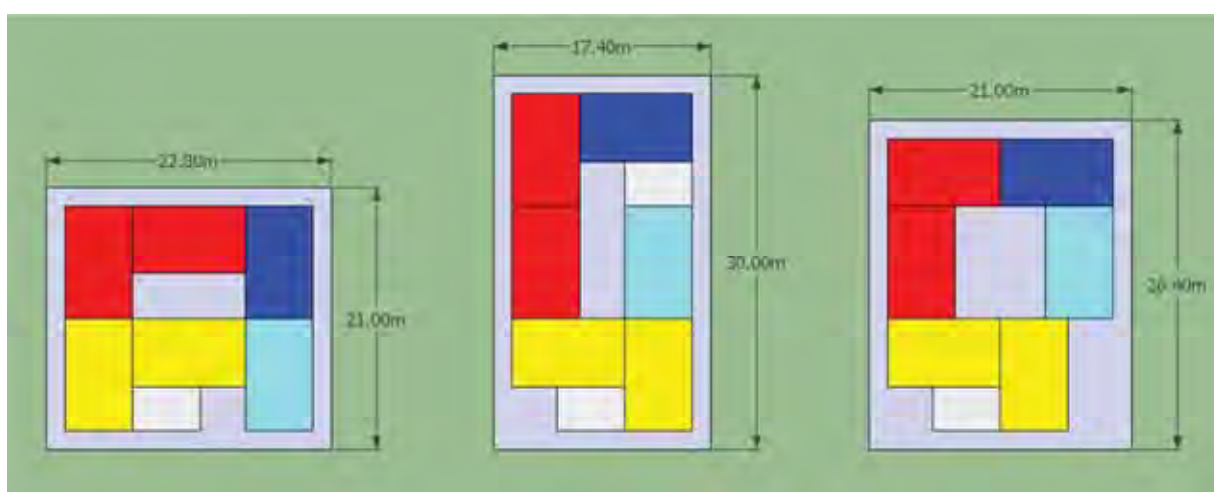
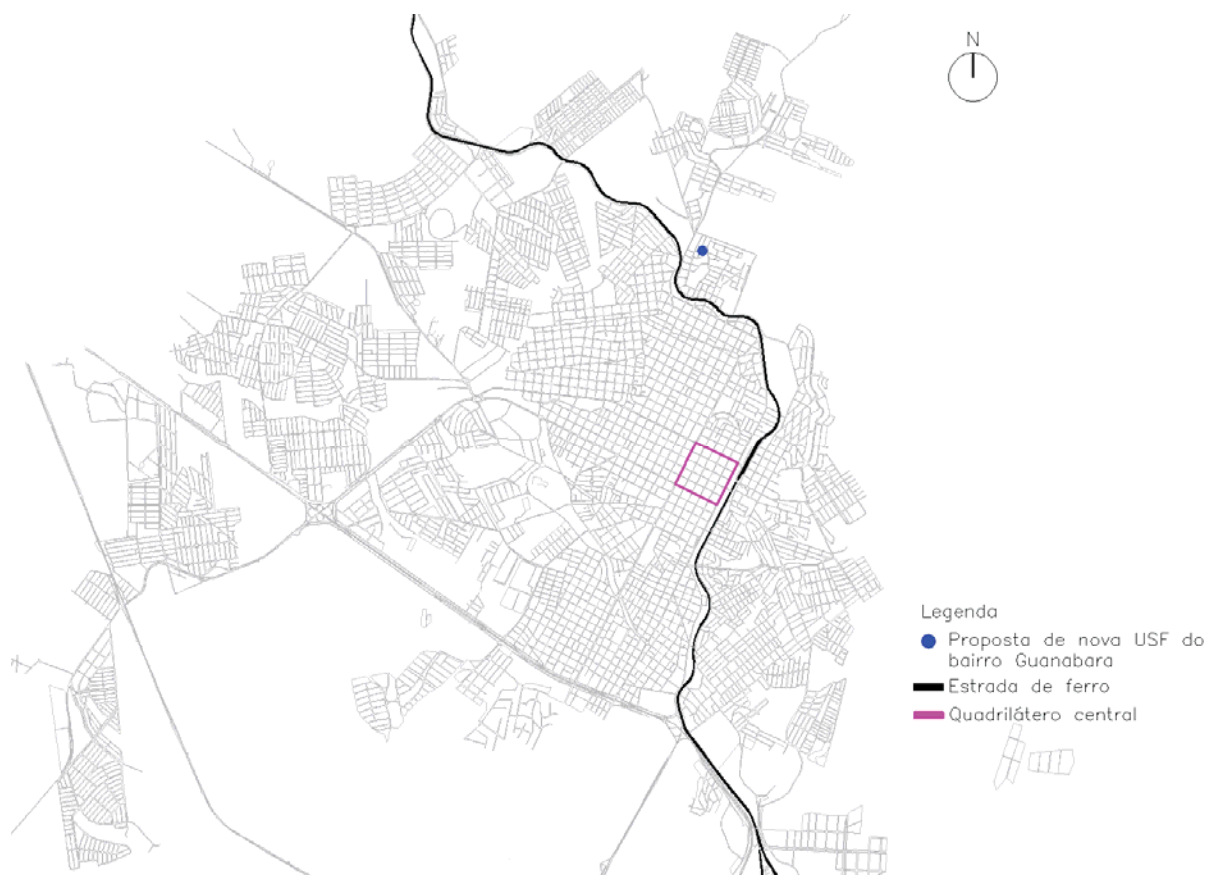


Figura 53. Estudos da unidade pequena com dimensões mínimas.

Para ilustrar a implantação de uma unidade pequena, optou-se por trabalhar com o bairro Guanabara (Mapa 5), localizado na zona norte do município. Esta área conta atualmente com uma USF que funciona em uma residência alugada e, nas proximidades dela, existe uma UBS. Dessa forma, a escolha pelo porte é adequada, uma vez que serviços como farmácia, vacinação e atendimento odontológico continuarão a ser oferecidos apenas na UBS como meio de otimizar os recursos públicos.



Mapa 5. Localização da nova USF, proposta para ser implantada no bairro Guanabara – sem escala.

Neste bairro existem inúmeros terrenos vazios, mas a grande maioria deles é composta por antigos depósitos de lixo clandestinos. O ideal era que a área institucional fosse utilizada para implantar o equipamento público em questão, porém, por se tratar de um bairro antigo e de ocupação irregular, tais áreas não existem.

Assim, foram escolhidos três lotes contíguos particulares, cada qual com 220 m² (9.00 x 22.00 m), totalizando 660 m². Este espaço é relativamente plano e fica próximo do local onde atualmente esse tipo de serviço é oferecido (Figura 54).



Figura 54. Localização da casa alugada em que funciona a USF atualmente e dos terrenos em que se propõe a implantação da nova unidade.

Fonte: Google Earth, editado pela autora. 2012.

Para a composição deste projeto, trabalha-se com seis módulos-base e seis módulos menores (Figura 55), totalizando uma área construída de 408.24 m² entre edificação principal (291.6 m²) e secundária (116.64 m²).



Figura 55. Disposição dos módulos para construção da USF do bairro Guanabara.

Estes blocos foram dispostos de forma a respeitar aspectos referentes à insolação e circulação, de modo que as áreas para atendimento clínico fiquem mais protegidas do sol e haja restrição de acesso ao espaço de apoio, sem prejudicar, no entanto, o deslocamento dos usuários por outras partes (Figura 56).

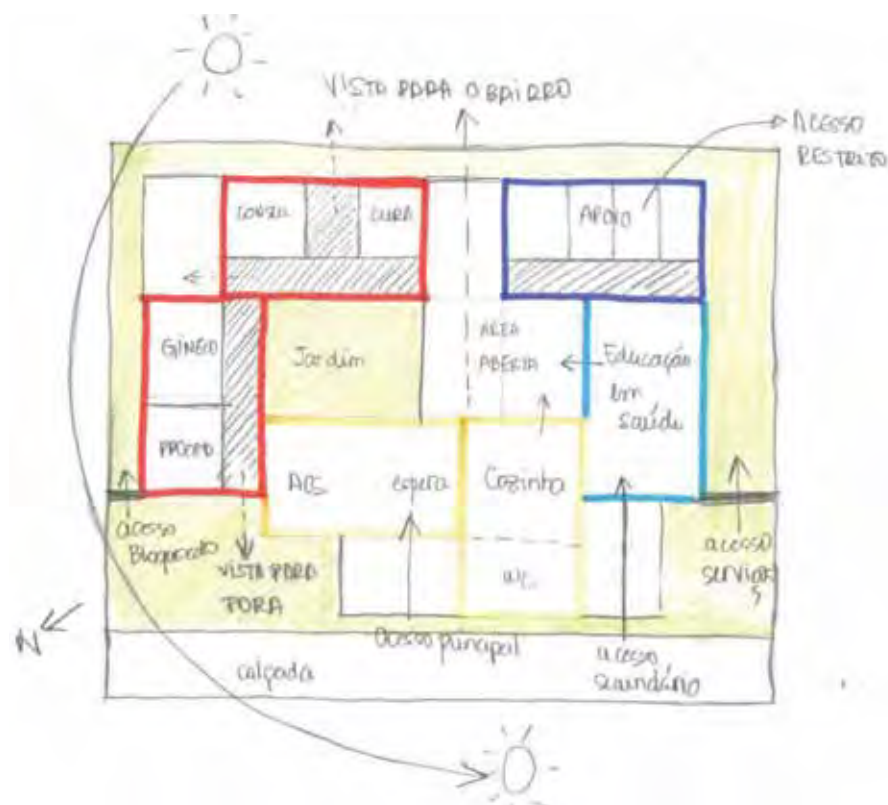


Figura 56. Planta baixa com as áreas de circulação pela unidade. Acesso ao espaço de apoio (em azul) é restrito. Atendimento clínico (em vermelho) fica mais protegido da insolação.

Os módulos menores cumprem papel extremamente importante para a composição do espaço. A varanda da entrada principal fornece ao usuário a primeira interação com a USF de maneira acolhedora, convidando-o a adentrar (Figura 57).



Figura 57. Entrada principal com destaque para varanda composta por um módulo menor. 2012.

O pergolado, ligado diretamente ao espaço para atividades em grupo, torna este ambiente propício a conversas informais e trocas de experiências (Figura 58).



Figura 58. Vista frontal com destaque para pergolado. 2012.

Nessa unidade, o meio-módulo também foi utilizado para fornecer aos usuários uma área de descanso coberta, posicionada estrategicamente para permitir a visualização do bairro e dar maior permeabilidade à USF (Figura 59).



Figura 59. Área de descanso com vista para o bairro, um ambiente construído com módulo menor. 2012.

Dois aspectos citados anteriormente, a integração entre unidade e ambiente externo por intermédio de aberturas de vidro e a composição de um espaço para atividades em grupo que pudesse funcionar de modo autônomo, também foram contemplados de maneira adequada na USF do bairro Guanabara.

Em quatro pontos da unidade, foi possível inserir janelas de vidro de 1.50 X 3.00 m que permitem ao usuário uma interação com o exterior, o que não seria viável em um ambiente cercado apenas por paredes (Figura 60).



Figura 60. Janelas de vidro possibilitam integração entre exterior e interior da unidade.

Já o espaço para atividades em grupo possui acesso externo próprio e, em seu interior, portas de vidro de correr que, durante o funcionamento da unidade permanecerão abertas. No entanto, quando o local for utilizado de modo autônomo (fora do horário de atendimento da USF) para a realização de reuniões do conselho municipal, por exemplo, o acesso dos usuários às demais dependências da unidade serão restritas (Figura 61).



Figura 61. AS portas de vidro, embora forneçam conexão visual com o restante da unidade, permanecerão fechadas quando a sala de educação em saúde for utilizada fora do horário de atendimento da USF.

Dado que a unidade foi construída com base no padrão pequeno, o jardim interno terá caráter apenas contemplativo, além de favorecer a ventilação e iluminação do local. Assim, será composto por árvores de pequeno porte e forrações (Figura 62).



Figura 62. Imagem do jardim, composto por árvores de pequeno porte e forrações.

Por fim, com o objetivo de ilustrar as inúmeras possibilidades de adaptação da unidade aos anseios da população e do gestor público, sugerimos a implantação de um ponto para acesso à internet dentro da USF (Figura 63). Esta iniciativa mais uma vez reforça a ideia de transformar o local em um ambiente de saúde, de interação entre as pessoas.



Figura 63. Detalhe da planta baixa da unidade que mostra ponto de acesso à internet ao lado de consultório médico e área destinada a curativo.

Assim como nesse local há a inclusão de um ponto de acesso à internet, esse espaço já foi previsto no dimensionamento do módulo-base, de modo que ora pudesse ser um escovário, uma área de espera secundária, ou então de reflexão individual, a depender das demandas locais. Ele foi concebido de modo a ter uma interface com o ambiente exterior, quebrando a linearidade existente na área de atendimento clínico.

7.2 Unidade de médio porte

Para a construção de uma unidade de porte mediano, são requeridos ao menos nove módulos – dois para a área de convivência, quatro para atendimento clínico, dois para espaço de apoio e um para atividades em grupo – totalizando 437,4 m² de área construída. Com base em estudos efetuados, constatou-se que para a implantação seria necessário um terreno com dimensões mínimas de 792 m² (Figura 64).

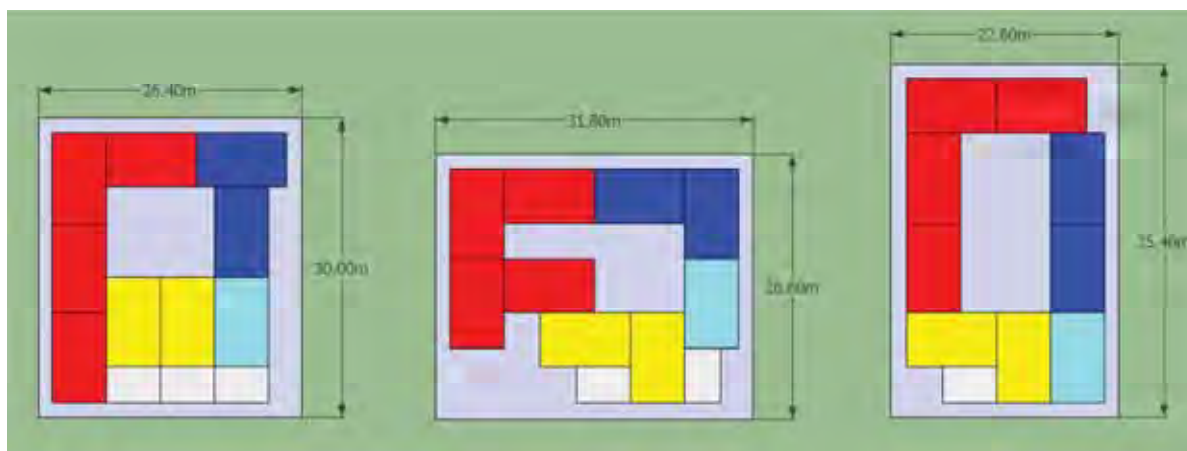


Figura 64. Estudo da unidade média com dimensões mínimas. 2012.

Para implementar uma unidade desse porte, optou-se por trabalhar com o bairro Parque Primavera, na região norte de Presidente Prudente (Figura 74). Nele atualmente há uma USF funcionando em uma casa alugada e não existe UBS próxima. Em função disso, esta área demanda uma estrutura maior que contemple, entre outros, espaços para farmácia, vacinação, inalação e esterilização, por exemplo. Assim, a opção pelo edifício mediano é a mais adequada.

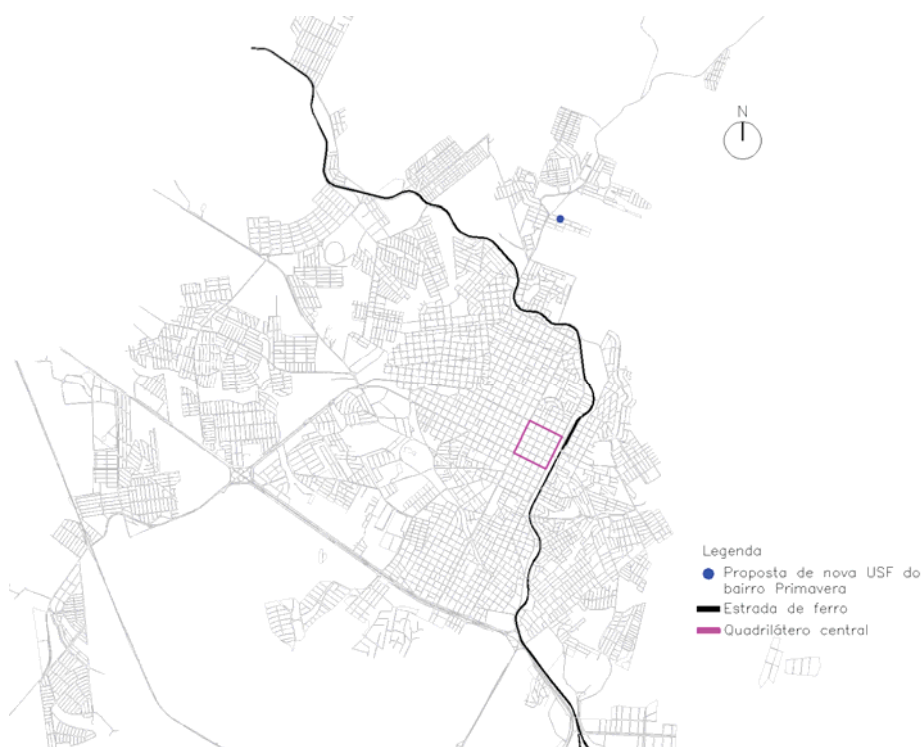


Figura 65. Localização da nova USF, proposta para ser implantada no bairro Parque Primavera. 2012.

Neste bairro há uma grande área institucional livre de aproximadamente 6900 m², de modo que foi possível projetar a edificação em um terreno público (Figura 66).



Figura 66. Localização da casa alugada em que funciona a USF do bairro Parque Primavera atualmente e a parte da área institucional em que se propõe a implantação da nova unidade.

Fonte: Google Earth, editado pela autora. 2012.

Outro aspecto que influenciou a escolha dessa área diz respeito à declividade acentuada do terreno existente (Figura 67), o que, embora dificulte a construção, é um exercício interessante para verificar a possibilidade de implantar unidades planas em espaços acidentados.



Figura 67. Curvas de nível apontam declividade acentuada na área. Fonte: Google Earth, editado pela autora. 2012.

Embora o levantamento planialtimétrico indicasse uma declividade bastante elevada para o terreno, após uma visita ao local, constatou-se que parte da área encontrava-se plana (Figura 68), o que foi levado em consideração para a elaboração do projeto.



Figura 68. Imagem da área de implantação, com parte do lote plano. 2012.

Dados o tamanho do terreno disponível e o fato de que o número de blocos mínimos não é um fator limitante, mas indica apenas a estrutura básica necessária, propôs-se que a USF a ser implantada no Parque Primavera fosse constituída por dez módulos-base e oito menores, totalizando uma área construída de 641.52 m² entre edificação principal (486 m²) e secundária (155.52 m²), ocupando um terreno de 1066m² (Figura 69).

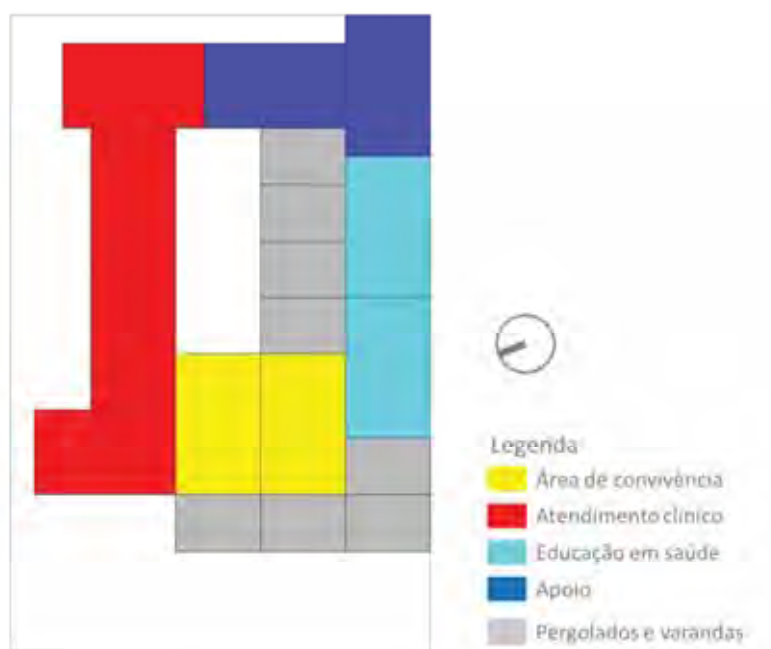


Figura 69. Disposição dos módulos para construção da USF do bairro Parque Primavera. 2012.

Estes blocos foram ordenados dessa forma para respeitar a melhor distribuição no que tange a aspectos referentes ao terreno e seu entorno. Por questões de acessibilidade, a entrada principal ficará na parte do terreno plana e voltada para a única via existente (Figura 70). Foi proposta também a extensão da Rua 1 (lateral esquerda) até a unidade para facilitar o acesso ao local, uma vez que isso deverá acontecer no futuro (Figura 71). Além disso, foram levados em consideração, assim como na unidade menor, características ligadas à insolação, à circulação e à funcionalidade para a escolha da disposição mais adequada (Figura 72).



Figura 70. Implantação do acesso principal na parte plana do terreno. 2012.



Figura 71. Vista da continuação da Rua 1 na lateral esquerda. 2012.

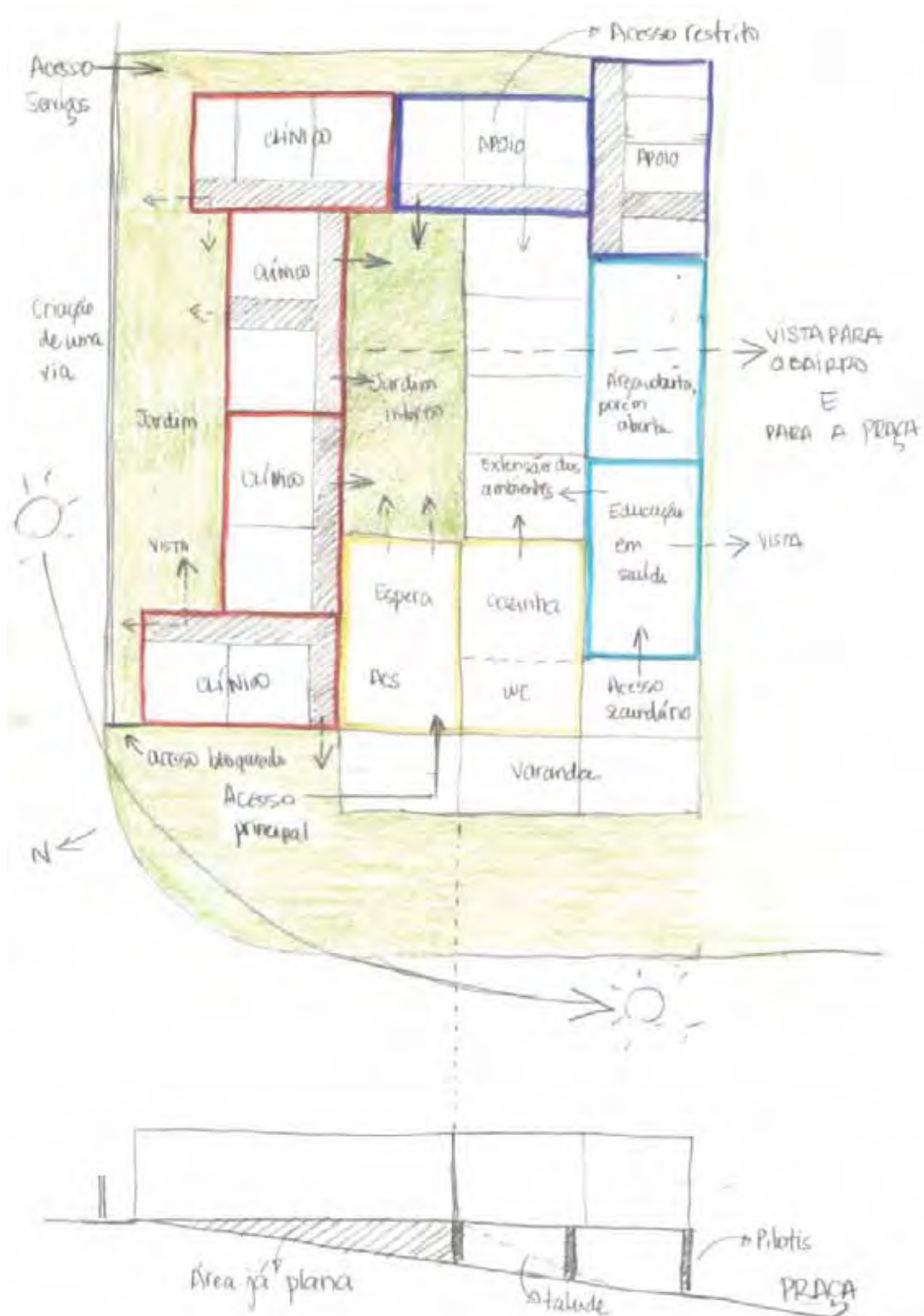


Figura 72. Disposição da unidade com base na declividade do terreno, insolação, circulação e funcionalidade. 2012.

Como citado anteriormente, as USFs deverão ser implantadas sempre num único pavimento. Assim, nos casos em que a declividade é muito alta e a movimentação de terras acaba sendo bastante onerosa, a estrutura ideal para vencer esses desníveis são os pilotis. Nesse projeto foi possível elaborar uma unidade com parte apoiada sobre o solo e parte suspensa por essas estruturas (Figura 73).



Figura 73. O uso de pilotis possibilitou a criação de unidades planas mesmo em ambientes com declividade significativa. 2012.

No local abaixo da área da unidade suspensa por pilotis tem início a construção de uma praça pública em patamares, com playground, academia para a terceira idade e pista de caminhada. Essa integração de espaços permite uma interação dos usuários da USF com um ambiente de promoção à saúde e recreação, servindo como um estímulo a mais para que aqueles saiam da situação de enfermidade em que se encontram (Figura 74).



Figura 74. A praça pública que tem início no espaço abaixo da unidade suspenso por pilotis reforça a ideia da USF como local para a promoção de saúde. 2012.

Aspectos como a possibilidade de usar o espaço para atividades em grupo de modo autônomo, aproveitamento de módulos menores como complementares à estrutura principal, constituição de aberturas de vidro para integração com o ambiente externo, criação de uma área de descanso com vista para o bairro e implantação de jardim interno, existentes na unidade pequena, foram mantidos nesta USF.

A seguir, apresento algumas vistas do equipamento e da praça (Figura 75 a 82).



Figura 75. Vista Geral da USF Primavera e a praça. 2012.



Figura 76. Vista da praça para o equipamento. 2012.

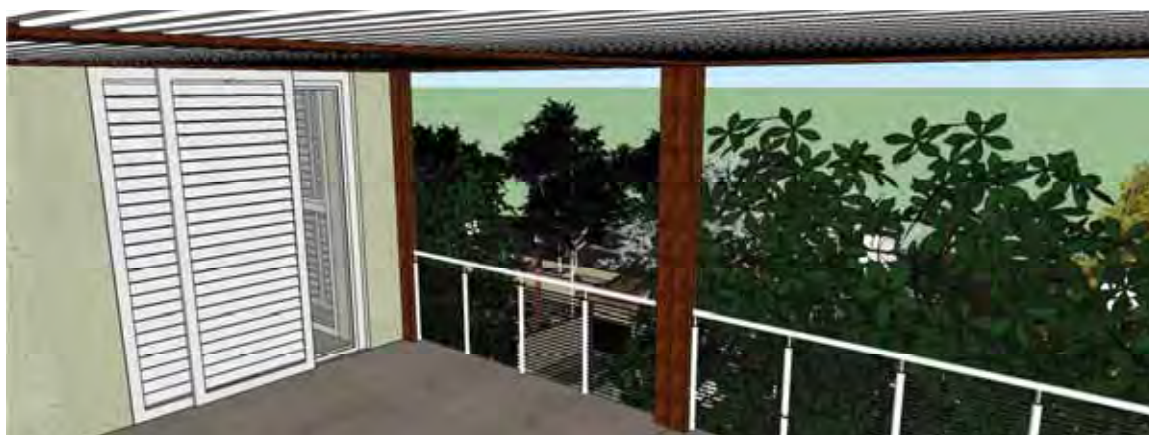


Figura 77. Vista do acesso secundário para a sala de atividades em grupo, mantendo contato visual com a praça. 2012.



Figura 78. Vista da unidade para o bairro. 2012.

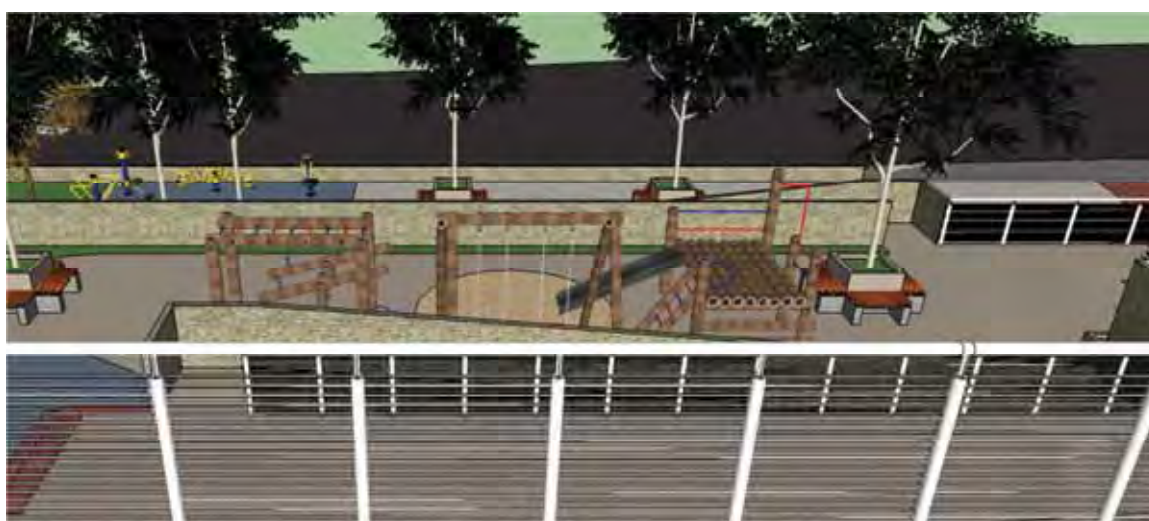


Figura 79. Vista de dentro da USF para a praça. 2012.



Figura 80. Imagem interna da área de convivência, com destaque para a permeabilidade visual para o jardim interno e demais dependências da unidade. 2012.



Figura 81. Vista do usuário que percorre o corredor de atendimento clínico, podendo visualizar o jardim interno. 2012.



Figura 82. Vista do jardim interno, ao fundo as demais dependências da unidade. 2012.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho deu mais um passo para o desenvolvimento de uma rede de USFs para Presidente Prudente ao propor o uso de estruturas modulares na construção desses espaços. Esta iniciativa proporcionaria ganhos ao município no sentido de possibilitar a criação de unidades com qualidade e que pudessem ser levantadas com rapidez, aos usuários, que teriam acesso a um ambiente mais acolhedor, e aos funcionários, que trabalhariam em um local mais funcional. Isso tudo feito sem deixar de lado o conceito de rede, que permeia todo o projeto.

A escolha de dois terrenos de características bastante distintas em bairros prudentinos mostrou que a implantação do projeto é exequível mesmo sob condições desfavoráveis. Características conceituais importantes foram mantidas com o uso de soluções simples, de modo a validar a possibilidade de introdução. Dado que muitas das características existentes neste município não são privativas da realidade local, as propostas aqui apresentadas podem ser válidas inclusive em outras cidades brasileiras.

Apesar dos resultados satisfatórios do ponto de vista arquitetônico, o oferecimento de um serviço de atenção básica à saúde adequado depende do empenho de profissionais de diversas áreas. Neste sentido, para que a transformação de uma USF em um ambiente de promoção à saúde efetivamente se processe, além das questões ambientais, faz-se necessária a mudança de atitude de todos os envolvidos direta e indiretamente neste campo.

REFERÊNCIAS

ARCHDAILY. Fornece informações sobre arquitetos de todo o mundo. Disponível em: <<http://www.archdaily.com/>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

ARCOWEB. São Paulo: 2011. Apresenta informações sobre arquitetura, design e decoração. Disponível em: <<http://www.arcoweb.com.br/>>. Acesso em: 5 nov. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**: NBR 9050. Rio de Janeiro, mai. 2004.

BARBOSA *et al.* Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas. Estudo amostral 2008/avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil – Monitoramento da Implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal. In: CONGRESSO MINEIRO DE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA, 5., Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Face/UFGM; MS/DAB, 2009.

BIANCOVILLI, P. Projeto Pró-Saúde: melhorias na atenção básica da saúde. **Olhar virtual**, Rio de Janeiro, 13 mar. 2008. Disponível em: <http://www.olharvital.ufrj.br/2006/index.php?id_edicao=117&codigo=3>. Acesso em: 15 jun. 2012.

BOCCANERA, N.B., BOCCANERA, S.F.B., BARBOSA, M.A. As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 343-349, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a04.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto por Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde**: princípios e conquistas. Brasília, Ministério da Saúde, 2000. 44p

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC Nº 50, de 2002**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/arq/normas.htm>>. Acesso em: 19 ago. 2011.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

_____. **Lei nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 23 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. (Série A)

CAMPOS, J.Q. et. al. **Estudos dos Projetos Arquitetônicos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. São Paulo: Jotacê, 2002.

CARVALHO, A.P.A.; TAVARES, I. “Modulação no Projeto Arquitetônico de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: o caso dos Hospitais Sarah”. In: III Fórum de Tecnologia Aplicada à Saúde, 2002, Salvador. III Fórum de Tecnologia Aplicada à Saúde, **Anais...** Salvador: Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia, Multgraf, 2002.

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Secretaria de atenção à saúde, 2011. Apresenta informações sobre os estabelecimentos assistências de saúde no Brasil. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso em: 10 de out. 2011.

CORRÊA, P.C. O programa de necessidades: importante etapa metodológica de aproximação e desenvolvimento do projeto arquitetônico. **Aedificandi**, São Paulo, v.1, n.1, p. 2-14, jun. 2006. Disponível em: <http://www.aedificandi.com.br/aedificandi/aedificandi_abertura.htm>. Acesso em: 10 out. 2011.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 13, n. 3, p. 30-35, set.-dez. 2004.

GUIMARÃES, R.B. **Saúde pública e política urbana: memória e imaginário social**. 2000. 224 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GÓES, R. **Manual prático de arquitetura para clínicas e laboratórios**. 2. ed. São Paulo: Edgard Blucher, 2010. 265p.

IPEA. Estado de uma nação. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Edição especial. Brasília: Ipea, 2007. 371p.

MAHFUZ, E.C. Nada provém do nada: a produção da arquitetura vista como transformação de conhecimento. **Ensaio & Pesquisa**, [S.l.], p. 89-95, [1984?].

MELAZZO, E. S. **Padrões de desigualdades em cidades paulistas de porte médio**. A Agenda das políticas públicas em disputa. 2006. 230 p. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-ata. URSS, 1978. In: BRASIL. Ministérios da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 33-34.

ORNSTEIN, S. **Avaliação pós-ocupação do ambiente construído**. São Paulo: Studio Nobel, 1992. 223p.

PRESIDENTE PRUDENTE, Prefeitura. Apresenta informações sobre o município de Presidente Prudente. Disponível em: <<http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/index.xhtml>>. Acesso em: 3 de jun. 2012.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura. Apresenta informações sobre o município de Presidente Prudente. Disponível: < <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=2734300>>. Acesso em: 5 de jul. 2012.

SÃO PAULO. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 2006.

_____. Instituto Geográfico e Cartográfico. **Mapa da região administrativa de Presidente Prudente**. São Paulo: IGC, 2007. Sem escala.

_____. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. **Mapa dos Departamentos regionais de saúde do Estado de São Paulo**. São Paulo: Governo do Estado, 2012. Sem escala.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface- Comunic, Saúde, Educ, Botucatu**, v. 9, n. 16, p.53-66, fev. 2005.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista do PSF. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p.25-30, dez. 2000.

ANEXO I – Pré-dimensionamento das Unidades de Saúde da Família

	Ambientes	Área Mínima (m²)	Pequeno Porte	Médio Porte
Recepção	ACS/Recepção	20.00	1	1
	Espera	12.00	15 pessoas	15 pessoas
	Sanitário para usuário	2.55	1	1
	Copa/cozinha	4.50	1	1
Educação em saúde	Sala de reuniões/ educação em saúde	25.00	1	1
Atendimento Clínico	Consultório Ginecológico	12.00	1	1
	Consultório	9.00	1	1
	Sala de Curativo	9.00	1	1
	Sala de Procedimentos	9.00	1	1
	Sala de nebulização	6.50	-	1
	Farmácia	10.00	-	1
	Consultório Odontológico	9.00	-	1
	Sala de Vacina	9.00	-	1
Apoio	Almoxarifado	3.00	1	1
	Banheiro para funcionários	6.40	1	1
	Depósito de Material de limpeza	3.00	1	1
	Depósito de lixo	4.00	1	1
	Sala de recepção lavagem e descontaminação	4.00	-	1
	Sala de esterilização	7.50	-	1

* Programa de necessidades e pré-dimensionamento elaborado de acordo com as unidades de Presidente Prudente e com o Manual de Estrutura Física do Ministério da Saúde (2008).