UMA NOVA PROPOSTA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A CIDADE DE UBERLÂNDIA - MG

RENATA ALVES GARCIA
ORIENTADOR: ADALBERTO JOSÉ VILELA JÚNIOR

Trabalho de Conclusão de Curso 02 apresentado ao Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Uberlândia, como parte final do requisito necessário à obtenção do título de bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Renata Alves Garcia - 11911ARQ021
Orientador: Adalberto José Vilela Júnior
Universidade Federal de Uberlândia
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e Design - FAUeD
Curso de Arquitetura e Urbanismo
Trabalho de Conclusão de Curso 02
Uberlândia - MG | 2025.

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

MOTIVAÇÃO *12*

INTRODUÇÃO *16*

01 A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL *20*

02 A SAÚDE PRIMÁRIA E O PANORAMA DE UBERLÂNDIA *30*

03 ARQUITETURA HOSPITALAR: EXEMPLOS DE PRÁTICAS DE PROJETO *44*

04 INTENÇÕES PROJETUAIS *60*

REFERÊNCIAS *78*

AGRADECI-MENTOS

Agradeço à Deus por sempre guiar os meus caminhos e colocar nele as melhores pessoas. Aos meus pais, Gabriela e Renato, por todo apoio e por sempre acreditarem em mim nessa e em todas as etapas da minha vida.
A minha irmã Amanda, por ser um exemplo de profissional para mim, me incentivar e por todas as conversas que temos e que mudam algo na minha forma de ver as coisas.
Ao meu orientador Adalberto Vilela, pela indispensável contribuição não só ao trabalho, mas também à profissional que estou me tornando.
A todos os professores e profissionais que me ensinaram o que sei.
A todas as amizades que construí durante o curso, por tudo que vivemos e aprendemos juntas e por tornarem melhor e mais leve os anos de graduação, foi muito bom poder contar com vocês.
A todos vocês deixo meu muito obrigada.

RESUMO

Esse trabalho promove a discussão sobre a importância de uma estrutura física adequada para o ambiente hospitalar, considerando seu impacto direto no processo de tratamento dos pacientes. A questão central que norteou o embasamento teórico, bem como o exercício de projeto, é a humanização do ambiente hospitalar aliada a um tratamento que considera o bem-estar dos pacientes e busca despertar neles sensações que amenizam e favorecem o processo de cura (física e mental). Com isso, é fundamental que tais preceitos sejam implementados na rede pública, para que haja uma infraestrutura de assistência médico-hospitalar de qualidade, visto que, embora haja um esforço para tal, ainda há muitas falhas no sistema de saúde brasileiro. Em Uberlândia, também são percebidos problemas com relação à Atenção Primária à saúde, foco do trabalho, já identificadas necessidades de melhorias. Ao fim do trabalho, é apresentada uma nova proposta de Unidade Básica de Saúde para Uberlândia, levando em consideração os princípios e estratégias apontados durante a etapa de pesquisa, com objetivo de refletir sobre a situação atual e propor um ambiente hospitalar humanizador e garantidor de uma saúde pública de qualidade para todos.

Palavras-chave: *arquitetura hospitalar, atenção primária à saúde, humanização, saúde pública.*

ABSTRACT

This thesis promotes the discussion about the importance of an adequate physical structure for the hospital environment, considering its direct impact on the treatment process of patients. The central issue that guided the theoretical foundation, as well as the design exercise, is the humanization of the hospital environment combined with a treatment that considers the well-being of patients and seeks to awaken sensations in them that alleviate and favor the healing process (both physical and mental). Therefore, it is essential that such principles be implemented in the public health system, so that there is a quality medical-hospital assistance infrastructure, given that, despite efforts, there are still many flaws in the Brazilian healthcare system. In Uberlândia, problems are also perceived regarding Primary Health Care, the focus of this thesis, with identified needs for improvements. At the end of the thesis, a new proposal for a Basic Health Unit for Uberlândia is presented, taking into consideration the principles and strategies pointed out during the research stage, with the aim of reflecting on the current situation and proposing a humanized hospital environment and ensuring quality public health for everybody.

Key-words: *health architectural design, primary health care, humanization, public health.*

MOTIVAÇÃO

Meu interesse pelo tema da arquitetura hospitalar surge a partir da maneira como o arquiteto concebe tais locais em que o foco de trabalho são as pessoas. Todas as experiências que tive em espaços hospitalares me fizeram refletir sobre a organização dos espaços, aspectos negligenciados, e sobre como o profissional arquiteto pode contribuir para estruturação de um ambiente que amenize as sensações de desconforto que os tratamentos médicos podem suscitar. Em outras palavras: quais os desafios por trás da elaboração de um lugar que seja bom tanto para os profissionais quanto para as pessoas que estão passando por momentos de vulnerabilidade física e emocional.

Deste interesse surgiu uma visita guiada ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, realizada no dia 30 de outubro de 2023 e intermediada pela EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e pela UFU, que me levou a perceber o quanto as instalações carecem de estratégias que maximizem o conforto dos pacientes e dos funcionários. Também pude notar como, principalmente em obras públicas, há muitas adaptações feitas nas instalações hospitalares que não correspondem aos usos originais, resultando em improvisos que prejudicam o melhor atendimento aos usuários.

Além disso, existem normas que guiam as construções voltadas para o atendimento à saúde, já que nesses locais é necessário evitar ao máximo riscos físicos, biológicos, químicos, ergonômicos, entre outros. Assim, seria fundamental que tais normas fossem pensadas em conjunto com estratégias arquitetônicas com o intuito de criar espaços saudáveis, levando em conta também o conforto térmico, que na maior parte dos casos não é algo priorizado. Dessa maneira, acredito ser possível conceber ambientes que atendam às demandas normativas, mas que ao mesmo tempo não deixem de possuir um caráter humano, com parâmetros que otimizem a eficiência energética da edificação, aumentem o conforto dos usuários e sejam agradáveis, funcionais e higiênicos.

Em relação aos níveis de atendimento à saúde, o nível primário, que engloba postos e centros de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde[1], é responsável por resolver até 85% dos casos, sendo de extrema importância para a rede de saúde de uma cidade e para aliviar a demanda dos níveis secundário e terciário ao tratar os casos menos complexos. Logo, o objeto de trabalho escolhido – a Unidade Básica de Saúde – se configura como a porta de entrada para a rede pública de saúde, cuja rotatividade é muito alta e o atendimento se dá para toda a população. Uma UBS é um espaço público fundamental para a cidade e, em sua menor escala, precisa concentrar as melhores estratégias citadas anteriormente para atender com qualidade toda a demanda existente e direcionada.

Portanto, acredito que um olhar mais atencioso para essas edificações possa conduzir uma proposta de Trabalho de Conclusão de Curso que, além de atender às normativas técnicas - um programa pré-estabelecido com fatores técnicos, estruturais, ambientais, estéticos, funcionais e sensoriais - possa atender também às necessidades humanas.

1 Para maiores informações, ver: MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, 2008, p. 9.

INTRODUÇÃO

O trabalho apresenta uma contextualização histórica do desenvolvimento do ambiente hospitalar no ocidente a partir do século XVIII, e como a questão da humanização foi tratada em cada fase. Dessa maneira, o surgimento do hospital terapêutico, no século XVIII, é apontado como momento crucial na promoção de uma ruptura com a visão anterior do hospital, entendido como "depósito de doentes". O ambiente hospitalar passa, então, a ter o objetivo de tratar de fato as enfermidades do paciente, utilizando os preceitos de humanização, e a estrutura física também começa a ser pensada de modo a facilitar a cura, culminando no surgimento do sistema pavilhonar.

Entretanto, a partir do século XIX, os avanços da medicina provocam uma dissociação entre o curar e o cuidar, visto que os tratamentos começam a ser feitos unicamente por meio de procedimentos e de forma mecanicista, rompendo com os princípios humanizadores até então implementados no cuidado ao paciente. Desse modo, os hospitais se tornam "máquinas de curar", e a estrutura física hospitalar não é mais projetada priorizando transmitir boas sensações aos pacientes, mas para comportar os novos aparatos e práticas médicas, sendo o partido em monobloco mais difundido nesse momento.

Em meados do século XX, o hospital moderno retoma a humanização do ambiente hospitalar, e o projeto de hospitais passa a buscar um equilíbrio entre estratégias com foco no bem-estar do paciente e soluções espaciais que comportem as novas tecnologias empregadas no atendimento à saúde.

Ainda no Capítulo 01, a discussão se volta para o Brasil, quando a saúde se torna um direito e dever do Estado, garantidos pela Constituição Federal de 1988. Assim, o Sistema Único de Saúde é criado para oferecer saúde pública de qualidade no país, com diretrizes, uma rede integrada de assistência médica e organização em diferentes níveis de atendimento, de acordo com a complexidade do atendimento à saúde.

Embora o SUS apresente tal objetivo, a falta de investimentos prejudica a infraestrutura dos espaços de saúde, que impacta diretamente na qualidade dos serviços prestados, na aplicação de uma medicina humanizadora e no processo de cura da população, havendo uma disparidade entre a infraestrutura dos serviços de saúde ofertados na rede pública - e geralmente acessada por uma parcela mais pobre da população - , e aquela disponível na rede particular, financiada por aqueles que podem pagar por planos de saúde privados, que por sua vez sustentam empresas que remetem ao hospital tecnológico. Entretanto, para contornar os problemas de falta de investimentos e humanização, foram desenvolvidas estratégias por parte do governo para reforçar a importância da humanização no contexto hospitalar, como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), de 2004, e o HUMANIZA-SUS.

Em relação à estruturação do atendimento à saúde em níveis, a importância da Atenção Primária é destacada, pois é a porta de entrada para o sistema de saúde e possui um alto índice de resolução de casos, tratando casos menos complexos e evitando a sobrecarga de outros níveis de atendimento. É apresentado o projeto padrão oferecido pelo Governo Federal para Unidades Básicas de Saúde, e uma análise revela a existência de problemas projetuais. No cenário da rede de saúde de Uberlândia, o trabalho aborda sua organização e elabora uma análise da distribuição dos equipamentos de saúde por região, para, assim, construir uma visão sobre a situação da Atenção Primária na cidade. A partir disso, e observando as carências detectadas no nível primário de saúde do município, é apresentado o novo projeto padrão para as UBSF, desenvolvido pela Prefeitura e replicado na cidade, bem como suas falhas e escassez de aspectos humanizadores para o melhor tratamento dos pacientes, pontos em comum com o projeto padrão do Governo Federal.

O capítulo seguinte traz exemplos de práticas de projetos hospitalares em uma escala menor e em contextos específicos, não necessariamente como parte de uma rede estruturada: o Sarah Pombeba (2009), centro de reabilitação do Rio de Janeiro; a UBS Parque do Riacho (2021), em Brasília-DF; e a Unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia (2022), em Loures, Portugal. Com isso, são feitas considerações sobre os pontos positivos e negativos de cada projeto, além do destaque para quais estratégias de conforto e humanização cada um traz, o que irá servir de base e referência para o projeto de uma UBSF em Uberlândia, objeto de estudo deste trabalho.

Ao final, as intenções projetuais são apresentadas, apontando possíveis estratégias a serem adotadas no sentido de gerar uma maior humanização do ambiente e criar um espaço hospitalar de bem-estar e conforto para as pessoas, além de uma arquitetura de harmonia e diálogo com a cidade. Por fim, a proposta de uma nova UBSF para Uberlândia é lançada, buscando apresentar as soluções projetuais citadas, bem como as condições de uma arquitetura hospitalar de qualidade que promova um atendimento à saúde humanizador.

0 1

A QUESTÃO DA HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Antes de iniciarmos a jornada rumo a uma breve contextualização da humanização dos ambientes hospitalares e a saúde pública no Brasil, é preciso destacar que, embora a leitura da cronologia das técnicas de tratamento/cura apresentados nesse capítulo use como base os hospitais, entende-se que estas técnicas também se aplicam às estruturas de saúde de menor complexidade.

No século XVIII, o surgimento do hospital terapêutico marca a mudança de função do ambiente hospitalar, que passa a assumir o **papel de cura**, já que anteriormente ele era considerado apenas um "depósito de doentes".

> O hospital terapêutico sucedeu a uma instituição que, até então, não tinha por foco tratar seus pacientes, dedicando-se apenas a prestar assistência espiritual aos que aguardavam "pacientemente" a hora da morte, ou a funcionar como estrutura de exclusão para os loucos, as prostitutas, os portadores de doenças contagiosas, entre outros que poderiam constituir uma ameaça à sociedade. (TOLEDO, 2008, p.48).

Desse modo, a completa transformação de abordagem em relação ao paciente e o objetivo de tratar de fato as enfermidades resultam em importantes descobertas científicas, mudanças nas práticas médicas e, consequentemente, novas demandas que o espaço hospitalar deve atender. Assim, a estrutura física do hospital precisa se adaptar a essa nova dinâmica e passa a ser pensada de maneira a ser um ambiente mais humanizado e facilitador da cura.

A resposta arquitetônica para tais demandas – que incluíam maior higiene, salubridade e conforto no ambiente hospitalar - foi o partido pavilhonar, que acabou propiciando o combate ao contágio de doenças e infecções, já que, conforme aponta Carvalho (2014, p. 20), esses projetos "passam a fornecer melhores condições de ventilação, iluminação e separação de patologias, permitindo mais qualidade na assistência das equipes de saúde".

Nesse contexto, vale destacar a contribuição de três figuras relevantes para os avanços percebidos na organização (e mentalidade) dos hospitais: Jacques Tenon (1724-1816), cirurgião francês que a partir de pesquisas e análises em instituições de saúde existentes, criou diretrizes para boas práticas de projeto hospitalar; Florence Nigtingale (1820-1910), enfermeira inglesa que estabeleceu aspectos técnicos, espaciais e de conforto para o que será desenvolvido no hospital moderno; e Casimir Tollet (1828-1899), engenheiro francês que além de ter contribuído com estudos na área, projetou hospitais e criou uma nova solução para as abóbodas com o intuito de promover a exaustão do ar, desenho muito importante para a época, já que a ventilação artificial ainda não era comumente utilizada.

Apesar dos inúmeros avanços citados com o surgimento do hospital terapêutico e a criação de soluções arquitetônicas para tornar a experiência do usuário mais positiva, a partir do século XIX o avanço da medicina provoca uma ruptura entre o exercício médico – em que o tratamento priorizado passa a ser aquele por meio apenas de procedimentos - e a arquitetura hospitalar humanizadora.

Somado a isso, o rápido crescimento das cidades ocasionado desde a Revolução Industrial – que tornou os lotes urbanos mais caros e o partido pavilhonar e horizontalizado dos hospitais inviável –, e a transição do "Estado de Bem-estar Social" para a globalização pautada em princípios neoliberais, cujo lucro passou a ser o principal objetivo, foram fatores que também contribuíram para o enfraquecimento da visão terapêutica sobre o ambiente hospitalar. Sendo assim, a partir do século XX

> o paradigma curativo ou mecanicista (QUEIROZ, 1986), torna-se hegemônico com a expansão da medicina ocidental a partir da segunda guerra mundial, constituindo o principal agente de uma medicina excludente e comprometida com os interesses da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos. Uma medicina feita para poucos, baseada em tratamentos caríssimos e em uma profusão de exames e medicamentos, nem sempre necessários e, até mesmo, pouco recomendáveis. (TOLEDO 2008, p.89).

Essa ruptura impactou diretamente os pacientes, que passam a receber um tratamento pouco humanizado em que o objetivo de curar é desenvolvido unicamente por meio de procedimentos, deixando de lado, assim, um processo de tratamento que considera o paciente como um ser humano e leva em consideração que a melhora de doenças também é favorecida quando os fatores psicológicos e o bem-estar do enfermo é aliado às intervenções médicas. Dessa forma, o conforto ambiental nos edifícios hospitalares não é mais uma prioridade, tornando-se "máquinas de curar", e desconsiderando grande parte dos avanços em prol da humanização do ambiente hospitalar adquiridos até o momento.

Essa noção trazida pelo hospital tecnológico é traduzida arquitetonicamente pelo partido monobloco, caracterizado por uma menor área de implantação, circulações reduzidas e aspectos construtivos mais racionalizados, mas que, em contrapartida:

> [...] perde o seu papel no tratamento de saúde, idealizando-se edificações hermeticamente fechadas, sem ventilação ou luz natural direta. As janelas são altas e pequenas, não permitindo sua abertura frequente e a visão do exterior. Em unidades como centro cirúrgico e UTI, as aberturas passam a ser até desaconselhadas, para não permitirem a "perda de concentração" dos trabalhadores em suas atividades. Esses tipos de hospitais, que buscam a eficiência funcional e a economia de manutenção, acabam por conduzir exatamente ao contrário. Não são eficientes, pois impedem a confecção de reformas e ampliações, tornando-se em pouco tempo desgastados e obsoletos. Possuem manutenção difícil e custosa, pois o sistema artificial de circulação de ar é dispendioso em todos os aspectos, além da verticalidade dificultar até uma simples pintura. (CARVALHO, p. 21).

A partir de meados do século XX, há

uma retomada dos princípios humanizadores, e o projeto do hospital moderno, que também assume a função de cuidar, parte da busca por um **equilíbrio entre soluções projetuais com foco no paciente**, mas sem negar as mudanças espaciais demandadas pelas novas tecnologias no atendimento à saúde. Apesar desses ideais, nem sempre a produção de tais espaços alcançou todos os objetivos propostos de maneira a reverter o processo de desumanização introduzido pelo hospital tecnológico. Nesse sentido, é relevante destacar a questão levantada por Toledo (2008, p. 116) quando ele defende que:

> a humanização da atenção à saúde poderá reverter esse processo, desde que a medicina e a arquitetura hospitalar se unam em torno de um novo paradigma, voltado para a promoção da saúde e para o conforto físico e psicológico do paciente, elevado à condição de sujeito do processo terapêutico. Somente desta forma se abrirá, para os arquitetos, um novo espaço terapêutico de atuação, indispensável ao pleno desenvolvimento do edifício hospitalar na sua missão de curar e cuidar. Para que a hipótese defendida possa se concretizar, é imprescindível que o esforço de humanização seja ampliado para os demais Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS) em todos os seus níveis, sejam eles postos de saúde, policlínicas, centros de diagnóstico ou unidades pré-hospitalares. (TOLEDO, 2008, p.116).

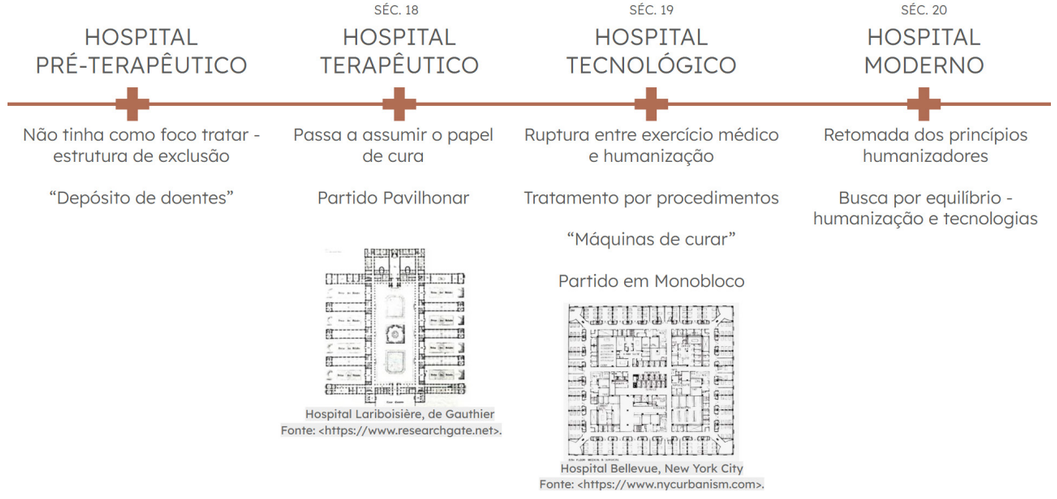


Figura 01: Linha do tempo visual dos diferentes contextos hospitalares. Fonte: Elaborado pela autora.

Fazendo um recorte da saúde no cenário brasileiro, a reivindicação por reforma sanitária remonta os anos 1970/1980, quando, em um contexto de Ditadura Militar, a sociedade começa a demandar por cidadania e direitos, dentre eles a saúde. Assim, a saúde como um direito e dever do Estado é garantida por meio da Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) torna o atendimento à saúde acessível a toda população brasileira, de maneira gratuita. Entretanto, cabe destacar que

> [...] mesmo diante da criação de uma política pública de acesso universal aos serviços de saúde, o espaço para outras modalidades de organização dos serviços foi preservado. Dessa maneira, o sistema de saúde brasileiro, pelo critério da origem dos recursos, constitui-se por dois subsistemas: o privado e o público. Nota-se, no entanto, a prevalência deste sobre aquele, uma vez que mais de 70% da população tem seu acesso a serviços médico-hospitalares assegurado exclusivamente pelo sistema público. Observa-se também que, mesmo que parte significativa da população seja coberta pelo sistema privado através dos planos de saúde, ela ainda utiliza a rede pública em caráter complementar, principalmente para realização de procedimentos mais complexos e onerosos, como também em situações de urgência ou emergência, conforme apontam Marques e Piola (2016). (GARCIA, 2019, p.27).

É notória a importância do SUS para toda a população brasileira e seu papel transformador. De acordo com Garcia (2019),

os seguintes princípios doutrinários: Integralidade, ao considerar todas as demandas de saúde do paciente; Igualdade, em que todos devem ter acesso à saúde sem distinção; e Equidade, ao oferecer universalidade de tratamento levando em conta as diferenças dos pacientes, configuram o tripé que sustenta a atuação do SUS. Já os princípios organizativos consistem em: Participação Popular, que promove uma cogestão do governo e da sociedade; Descentralização, que distribui atribuições entre os entes federados; Regionalização, a qual estabelece população e área definida para as ações de saúde; e, por fim, a Hierarquização, que organiza o atendimento em níveis de complexidade.

Em relação aos níveis de atendimento, eles são divididos em três: Nível Primário, Nível Secundário e Nível Terciário, e são classificados de acordo com a complexidade de atendimento que oferecem, conforme apontado por Goés (2011). O nível primário são atividades de saúde, saneamento e diagnóstico simplificado; voltadas a proteger, promover e recuperar em nível ambulatorial. São destinados a uma população de 500 a 10000 habitantes, cuja estrutura física são os postos e centros de saúde. No nível secundário, além de apoio ao nível primário, são desenvolvidas atividades de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológica e obstétrica e clínica pediátrica. Podem atender de 10000 a 100000 habitantes, dependendo se a estrutura física são ambulatórios gerais, unidades de pronto atendimento – UPA, unidades mistas, ou hospitais locais ou regionais. Já o nível terciário abrange os tratamentos mais complexos dos sistemas, de maneira a oferecer atenção do nível ambulatorial, urgência e internação. São representados pelos ambulatórios, hospitais regionais e especializados e devem ser planejados para um atendimento em rede que cobre 100% da população do país.

A partir disso, é visível na organização do SUS uma rede integrada de atendimento que possa amparar todas as fases de assistência médica, de modo que um EAS não sobrecarregue os outros. Entretanto, apesar de um grande esforço para o funcionamento otimizado da rede, muitas vezes, a falta de recursos destinados ao setor da saúde prejudica a estrutura física, o trabalho dos profissionais, o atendimento, entre outros. Dessa maneira, o que era para ser um direito de todos: a saúde de qualidade, fica restrita em muitos casos apenas a uma parcela da população que tem acesso aos planos privados, os quais, como já citado, tem como objetivo principal o lucro. Fazendo um paralelo com o exposto anteriormente, apesar dos princípios do SUS se assemelharem a uma medicina que se preocupa com a totalidade do paciente, remontando aos preceitos do hospital terapêutico, a carência de investimentos faz com que os aspectos construtivos dos ambientes hospitalares não correspondam aos



Figura 02: EAS distribuídos segundo os níveis de atenção do SUS. Fonte: GARCIA, 2019, p.35.

princípios curativos e humanizadores, e os planos privados, com o intuito central de lucrar, remontam o atendimento e os valores dos hospitais tecnológicos. Este embate fica evidente na fala de Lelé:

> A chamada medicina curativa, com todo seu aparato tecnológico, mais do que nunca, passou a oferecer um mercado atraente para os interesses privados nacionais e internacionais. Estabeleceu-se, a partir daí, um deliberado desmantelamento dos hospitais públicos, com o objetivo de abrir espaços para a implantação dos mais variados tipos de planos de saúde privados. O caráter estritamente comercial desses planos é notório. (LIMA, 2012, p.36).

Assim, embora o cenário de escassez de recursos enviados à saúde pública seja recorrente e o sistema apresente problemas, existe a tentativa de humanização nessa área, como ocorreu por meio da criação de uma política pública denominada Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), em 2004. O desenvolvimento da PNH se deu em um contexto de crise, no qual se estabeleceu que o Sistema Único de Saúde deveria, de acordo com Toledo (2008), se tornar mais humanizado, o que resultou no "HUMANIZA-SUS", com o intuito de garantir os princípios previstos na Constituição Brasileira de 1988 de universalidade, equidade e integralidade.

0 2

A SAÚDE PRIMÁRIA E O PANORAMA DE UBERLÂNDIA

Dentre os níveis de atenção à saúde citados anteriormente, o nível primário[1], cuja estrutura física corresponde aos postos e centros de saúde, é estruturado para ser o primeiro contato da população com a rede de saúde. Segundo Rodrigues:

> A Atenção Primária à Saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia, odontologia, psicologia, serviço social e ações de enfermagem. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção primária bem estruturada, pois esta, bem organizada, garante resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município (MS, 2010). (RODRIGUES, 2013, p. 53).

Conforme o exposto, esse nível é destinado para o tratamento de doenças de menor complexidade, de modo a oferecer um atendimento mais próximo à comunidade e com o objetivo de não sobrecarregar os estabelecimentos voltados aos tratamentos de maior comple-

1 De acordo com o Ministério da Saúde, os fundamentos da Atenção Básica são: I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 12).

xidade, garantindo a melhor distribuição da demanda de assistência médica nas estruturas de atendimento à saúde e o bom funcionamento do sistema.

> Assim, para Mendes (2007), um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde estará baseado nos princípios de Alma-Ata de equidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersetorial, e deverá centrar-se nas questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo e reforçando as funções da saúde pública, criando as condições necessárias para assegurar a oferta de serviços aos pobres e excluídos. Para que isso ocorra, é importante uma atenção integrada e sem falhas, vinculando a prevenção, a atenção aos doentes agudos e a atenção aos doentes crônicos em todos os serviços de saúde. (RODRIGUES, 2013, p.50).

A partir do entendimento da grande importância da atenção primária, o governo federal criou, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em que foram concebidos princípios e diretrizes para a consolidação da atenção básica, tendo como estratégia principal a Estratégia da Saúde da Família. Segundo Garcia (2019), a PNAB foi responsável por promover a Atenção Básica como **eixo estruturador da política de saúde do Brasil.**

Nesse contexto, de acordo com o Ministério da Saúde (2007), para a execução da Estratégia da Saúde da Família, se faz necessária a atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF), as quais podem atuar sobre uma comunidade máxima de 4000 pessoas e devem apresentar: médico, de preferência com especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, especialista em saúde da família; técnico de enfermagem e/ou auxiliar e agente comunitário de saúde (ACS). Além disso, também podem compor a equipe: agente de combate às endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar em saúde bucal. Além disso,

> As ESF devem estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população adstrita por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença que os acometem ou poderão os acometer; do acolhimento; e, do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.10).

Assim, é possível perceber o esforço para que as atividades relacionadas à Atenção Básica aconteçam por meio de um contato direto com a comunidade, podendo haver inclusive atendimento domiciliar. A intenção de tais ações é criar um vínculo com as pessoas que são atendidas, o que proporciona um serviço mais efetivo e aumenta as chances de continuidade nos tratamentos.

> Além da multidisciplinaridade dos profissionais, outro grande diferencial do ESF frente ao sistema convencional de saúde é a orientação da sua atuação na ênfase na formação de vínculo com a população e o envolvimento das equipes no cotidiano da comunidade, procurando garantir a integralidade da atenção prestada e a melhoraria das condições de vida em determinada população (BRASIL, 2007). (GARCIA, 2019, p.42).

Ademais, além da equipe básica já citada, outros profissionais de saúde podem ser agregados e terapia, serviços de apoio ao diagnóstico e pronto atendimento 24 horas podem ser associados às unidades de saúde primária. Tal apoio complementar é conhecido como Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), criado em 2008 e que apresenta uma equipe interdisciplinar e multiprofissional constituída por diferentes profissionais da saúde, os quais complementam e se integram às equipes que atuam na Atenção Básica, dando suporte sanitário, clínico e pedagógico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No que se refere a estrutura física das edificações destinadas à saúde, existe uma normativa para os projetos de todos os equipamentos de saúde denominada

RDC nº50 (BRASIL, 2002), a qual regulamenta características e diretrizes que devem ser seguidas por tais estabelecimentos. Especificamente em relação à estrutura física que serve de apoio à atenção básica de saúde, há o Manual de estrutura física das UBSF (BRASIL, 2009), segundo o qual o programa de uma UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) deve ser dividido em 4 setores: **administrativo**, o qual engloba recepção, espera, sala de prontuário, administração e gerência, sala de reuniões e educação em saúde, almoxarifado, farmácia (sala de armazenamento de medicamentos) e sala de ACS (Agente Comunitário de Saúde); **atendimento clínico**, composto por consultório, consultório ginecológico, sala de procedimentos, sala de vacinas, sala para coleta, sala de nebulização e sala de curativo; **atendimento odontológico**, constituído por consultório odontológico, escovário e área para compressor e bomba; e, por fim, o setor de **apoio**, que apresenta sanitário, vestiário para funcionários, copa/cozinha, área de serviço e depósito de materiais de limpeza, central de material e esterilização, sala de utilidades, depósito de lixo e abrigo de resíduos sólidos (expurgo).

> Destaca-se nesse ponto, a existência de uma estrutura física de suporte adequada em termos quantitativos e qualitativos como fator essencial ao oferecimento de serviços de saúde de qualidade. Assim, no contexto da AB, a concretização de todos os serviços assistenciais deve ser feita através de um conjunto de unidades de AB, postos e centros de saúde, denominados de UBS ou UBSF, sendo esta última designada à hipótese da unidade abrigar EqSF na sua estrutura de funcionamento. (GARCIA, 2019, p.45).

Embora esse documento detalhe características mínimas para o pleno funcionamento de uma UBSF de qualidade, de acordo com o próprio manual, muitas unidades apresentam uma infraestrutura falha e insuficiente, o que interfere no bom desenvolvimento das atividades atribuídas a elas. Assim, a formação de vínculo com a população pode ser prejudicada, impactando na

efetividade, qualidade e continuidade do tratamento que uma edificação cujo projeto foi baseado em preceitos humanizadores poderia promover e potencializar.

> A estratégia Saúde da Família tem demonstrado melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na Atenção Básica dos diferentes municípios nos quais foi implantada, apesar da constatação de um número significativo de unidades apresentarem estrutura física inadequada, não raro, improvisada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.10).

Em contrapartida às estruturas improvisadas, o Governo Federal disponibiliza um projeto padrão, de fácil acesso no site do Ministério da Saúde, com o intuito de que

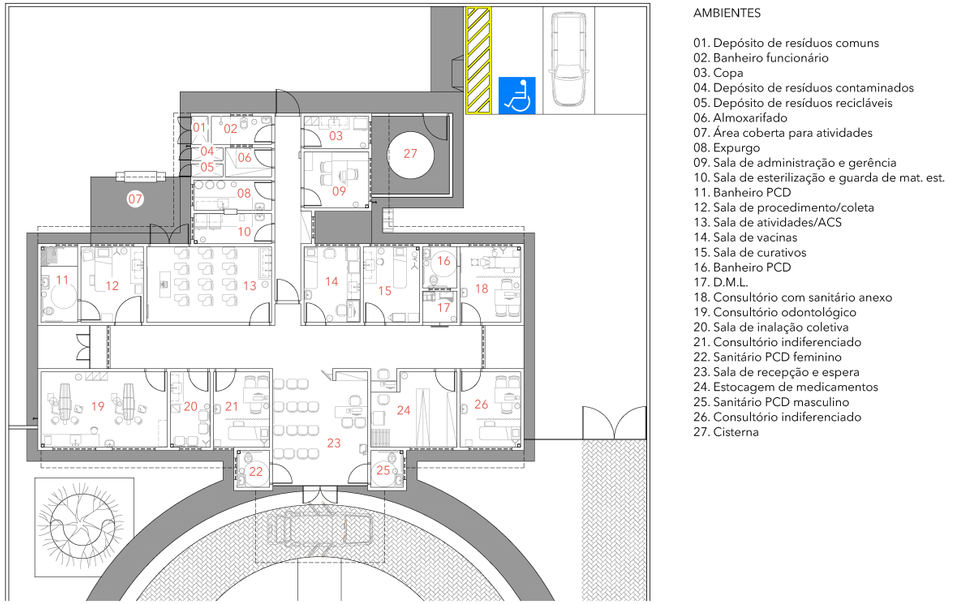


Figura 03: Planta esquemática do Projeto Padronizado de UBS do Governo Federal. Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/requalifica-ubs/projetos-padronizados-ubs/projeto-padronizado-ubs-i> (Adaptado pela autora).

ele seja adotado pelos municípios. Porém, uma rápida análise demonstra que as Unidades Básicas carecem de melhor planejamento desde a fase de concepção, já que o projeto que deveria ser seguido ou usado como base em todo o Brasil apresenta falhas em diferentes aspectos.

Dentre os pontos notados, cabe destacar a pouca atenção às esquadrias, que compõe fachadas que não conversam com o exterior, como é possível notar na figura 04. Nota-se também a escassez de elementos de proteção solar e a ausência de locais de espera para os familiares ou acompanhantes dos pacientes na área externa. Além disso, é possível perceber que a sala de recepção e espera acaba por estrangular a circulação da entrada principal, um acesso muito importante devido à ausência de uma clara separação entre acessos público e de serviços. Todas esses aspectos, somados à falta de estratégias espaciais e de elementos com o objetivo de proporcionar o conforto do paciente corrobora com um ambiente ineficiente e pouco acolhedor.

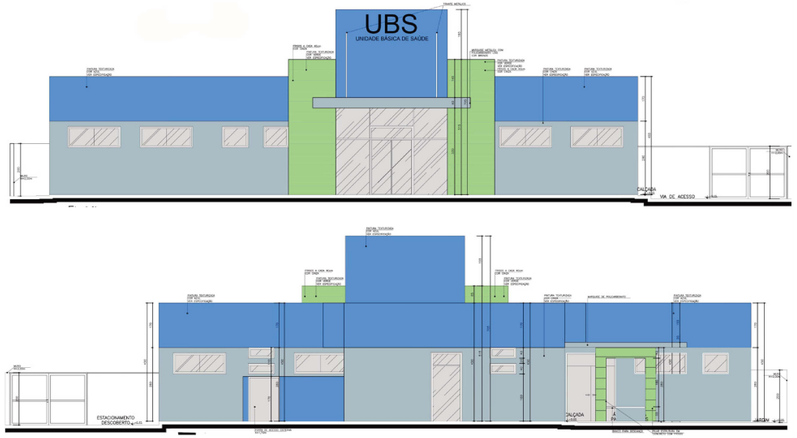


Figura 04: Elevações frontal e posterior do Projeto Padronizado de UBS do Governo Federal (sem escala). Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/requalifica-ubs/projetos-padronizados-ubs/projeto-padronizado-ubs-i>

De acordo com Rodrigues (2013), no caso do município de Uberlândia, localizado em Minas Gerais, a rede de saúde promove atendimento nos três níveis de atenção e, para a melhor distribuição dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), a cidade adotou a regionalização, na qual o território é dividido em cinco setores sanitários, que compõe duas regiões de saúde intramunicipais. Assim, os distritos Cruzeiro dos Peixotos, Miraporanga e Martinésia fazem parte da região I, enquanto o distrito Tapuirama é considerado pertencente da região II.

> As ações do Sistema Único de Saúde no Município são predominantemente realizadas pelas unidades municipais de saúde, incluindo assim o Hospital Municipal e pelo complexo Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU/UFU), da Universidade Federal de Uberlândia. A Secretaria Municipal de Saúde possui uma rede de atenção à saúde na qual a população é atendida por meio da divisão de áreas de abrangência com responsabilidade definida por unidade de saúde. (RODRIGUES, 2013, p.155).

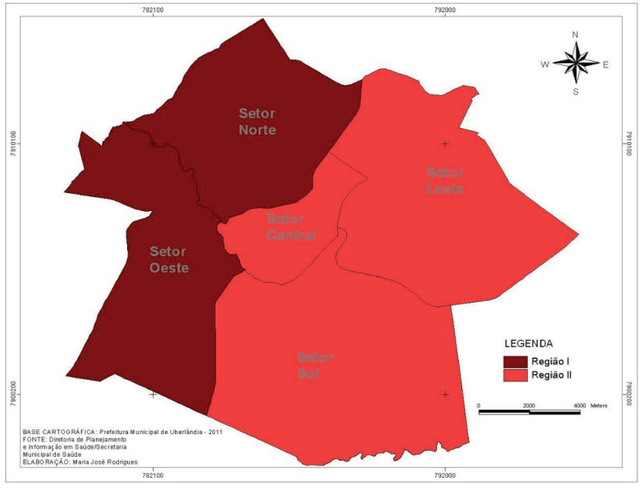


Figura 05: Cidade de Uberlândia: regiões intramunicipais de saúde, 2010. Fonte: RODRIGUES, 2013, p.155.



Figura 06: Distribuição das EAS em Uberlândia. Fonte: PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2016, p. 10. (GARCIA, 2019, p.56).

A partir da figura 06 é possível notar a distribuição dos equipamentos de saúde na região. De acordo com Garcia (2019), em relação ao nível primário, foi implantado em 2003 a Estratégia de Saúde da Família, em um contexto de escassez de equipamentos desse nível de atenção. Posteriormente, o programa Requalifica UBS[2] foi responsável pelo incentivo à atenção básica na cidade, em que foram

2 Instituído em 2011, o programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

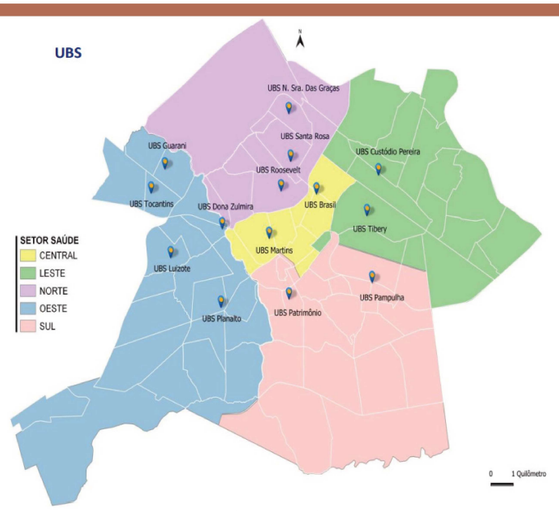


Figura 06.1: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde em Uberlândia-MG. Fonte: PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2021, p. 68.

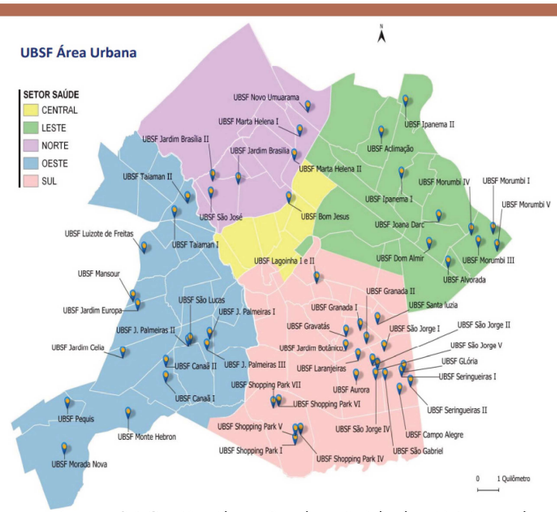
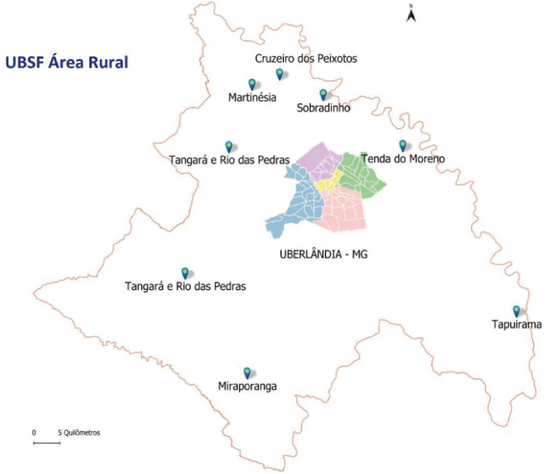


Figura 06.2: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família em Uberlândia-MG. Fonte: PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2021, p. 67.

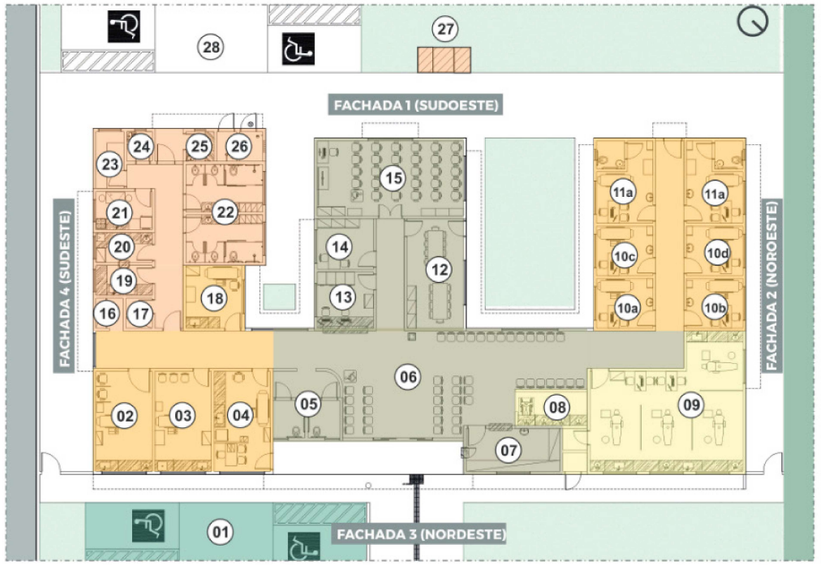
Figura 06.3: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família na área rural em Uberlândia-MG. Fonte: PREFEITURA DE UBERLÂNDIA, 2021, p. 68.

construídas novas unidades seguindo um projeto próprio, em contraponto à antiga política de implantação de UBSF em imóveis adaptados. Fruto de um projeto específico, a primeira a ser inaugurada foi a UBSF Canaã II, em 2015. Mais tarde, houve a construção da UBSF Dom Almir, UBSF Joana D'arc, UBSF Luizote de Freitas, e da UBSF Jardim Brasília, enquanto as 39 UBSF restantes funcionam em imóveis adaptados. Ainda segundo a autora:



Com isso, inaugurou-se uma nova fase de qualificação da AB pelo oferecimento de estruturas físicas mais adequadas às necessidades dos serviços de saúde prestados. Assim, de autoria da secretaria de planejamento urbano em parceria com a secretaria de saúde, foi desenvolvido um projeto padrão de UBSF do tipo 3 (que abriga 3 EqSF), a ser replicado em todo o município visando a otimização dos custos e tempo com as etapas projetuais, visto que o programa de todas as unidades é idêntico. (GARCIA, 2019, p. 58).

Embora esse novo projeto visasse maior qualidade para a atenção básica, tal objetivo não foi completamente atingido.



AMBIENTES

01. estacionamento público (desativado)
02. sala de procedimentos (novo uso)
03. sala de curativos (novo uso)
04. sala de vacinação
05. sanitários públicos
06. espera
07. farmácia
08. escovário
09. consultório odontológico
10a. consultório indiferenciado 1
10b. consultório indiferenciado 2
10c. consultório indiferenciado 3
10d. consultório indiferenciado 4
11a. consultório ginecológico 1
11b. consultório ginecológico 2
12. sala de ACS
13. registro de pacientes (recepção)
14. sala do gerente
15. sala de reuniões
16. rouparia (desativado)
17. almoxarifado (novo uso)
18. consultório indiferenciado 5 - NASF (novo uso)
19. sala de lavagem e descontaminação
20. sala de esterilização
21. copa funcionários
22. vestiários funcionários
23. almoxarifado
24. área de serviço e dml
25. sala de utilidades (novo uso)
26. área de serviço e dml (novo uso)
27. lixo (novo uso)
28. estacionamento funcionários

Figura 07: Planta esquemática da UBSF Canaã II. Fonte: GARCIA, 2019, p.168.



Figura 08: Fachada da UBSF Canaã II. Fonte: Google Street View, 2023.

A partir do trabalho de análise de pós ocupação da UBSF Canaã II de Gabriela Silva Garcia (2019), concluiu-se que o projeto específico e padrão de UBSF replicado na cidade não é satisfatório em muitos aspectos, como: humanização, segurança, orientação espacial, conforto térmico e acústico, e, em suas considerações finais, ela aponta:

> Destaca-se neste caso a falta de consideração pelas questões de conforto ambiental e de sustentabilidade do edifício, conforme indicaram as avaliações destes parâmetros, não só no edifício analisado, como também nas próprias unidades replicadas deste projeto na cidade. (GARCIA, 2019, p. 229).

Do ponto de vista do conjunto das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em Uberlândia, objeto de estudo deste Trabalho de Conclusão de Curso, nota-se, de imediato, uma falta de cuidado com a área de espera, local onde as cadeiras

são normalmente dispostas em torno da circulação, criando dificuldades de acomodação e acesso aos guichês de atendimento; a não previsão de elementos de controle da incidência solar dentro dos espaços; assim como a escassez de elementos com o intuito de tornar o ambiente mais confortável e humanizado. Uma rápida análise da fachada (Fig. 08) indica a falta de manutenção do edifício e da vegetação, além da ausência de um elemento de maior proteção contra a incidência solar na entrada do edifício e no acesso de pedestres, onde se encontra uma tenda provisória para solucionar o problema.

Assim, é possível perceber que o projeto padrão municipal revela falhas semelhantes ao projeto padrão do Governo Federal, apresentado anteriormente. Ambos, apesar de apresentarem diferente disposição dos ambientes, compartilham aspectos falhos em comum, como a sala de espera pouco funcional, a ausência de cuidados com o conforto ambiental dentro do edifício, a falta de um espaço de permanência externo para os acompanhantes dos pacientes e o baixo cuidado com o desenho das fachadas, o que torna a edificação pouco convidativa, que se fecha para a cidade e também para as necessidades subjetivas e sensoriais dos pacientes e da comunidade em geral.

Desse modo, nota-se que as UBSF de Uberlândia carecem de características projetuais que tornem as estruturas de saúde locais humanizadas e ambientalmente mais sustentáveis. O intuito, ao longo do trabalho, foi tentar compreender a situação da rede de saúde primária na cidade, identificar possíveis falhas na estrutura física, e entender como elas impactam negativamente nos tratamentos realizados. Sendo assim, a função de cuidar e curar que os espaços de saúde devem ter, que passa pela formação de vínculo entre equipe e paciente, e no desenvolvimento do trabalho dos funcionários, é prejudicada no cenário atual.

0 3

ARQUITETURA HOSPITALAR: EXEMPLOS DE PRÁTICAS DE PROJETO

03.1. SARAH POMBEBA – CENTRO DE REABILITAÇÃO INFANTIL DO RIO DE JANEIRO

Dentre os diversos projetos hospitalares desenvolvidos por João Filgueiras Lima, o Lelé, para a Rede Sarah, o Centro de Reabilitação Infantil no Rio de Janeiro se configura – por sua escala, localização e organização –, como uma atraente opção para análise de projeto. Implantando na Ilha Pombeba, na Lagoa de Jacarepaguá, Zona Oeste do Rio de Janeiro, o centro possui uma área construída de 5500m² e foi realizado em 2009, onde antes havia uma usina de produção de asfalto. Dessa maneira, os princípios que nortearam o partido da edificação foram: usar a área



Figura 09: Centro de Reabilitação Infantil, Ilha Pombeba. Fonte: LIMA, 2012, p. 271.

degradada da antiga ocupação para implantar o conjunto das edificações, de modo a preservar a vegetação em volta da lagoa; não fazer uso de galerias de tubulações, muito utilizadas nos hospitais da Rede Sarah, em razão do lençol freático pouco profundo na ilha; e utilizar sistemas de iluminação e ventilação naturais em conjunto com a opção do uso do ar-condicionado em partes de diagnóstico, tratamento e administração. (LIMA, 2012).

Assim como outros edifícios hospitalares da Rede, o sistema construtivo do Centro consiste em estrutura metálica e divisórias em argamassa armada. Em contrapartida, houve um redesenho dos sheds, que, para comportar os dutos do ar-condicionado, passou a contar com nichos em seu arcabouço. Para auxiliar na alternância entre as fontes de ventilação – natural e artificial – o acionamento do ar-condicionado de cada espaço é sincronizado com

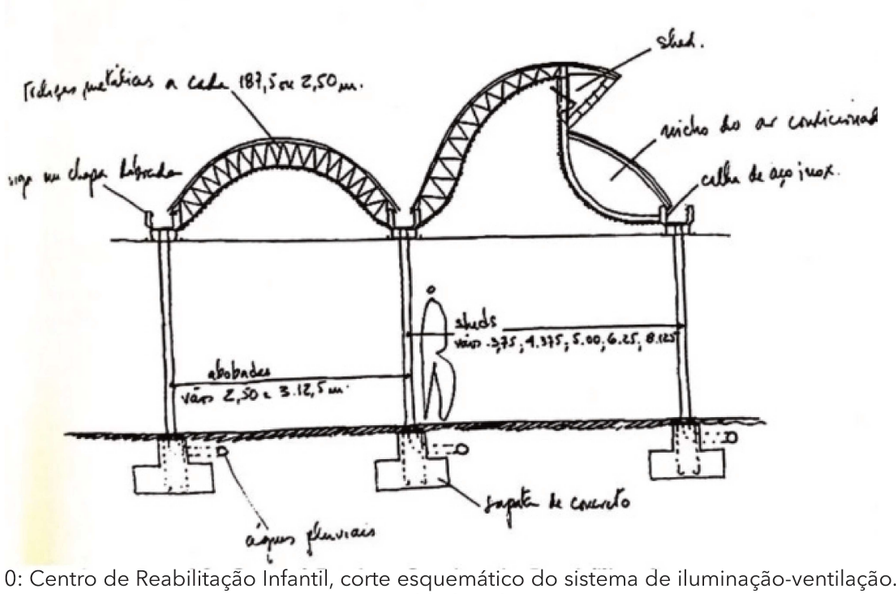


Figura 10: Centro de Reabilitação Infantil, corte esquemático do sistema de iluminação-ventilação. Fonte: LIMA, 2012, p. 277.

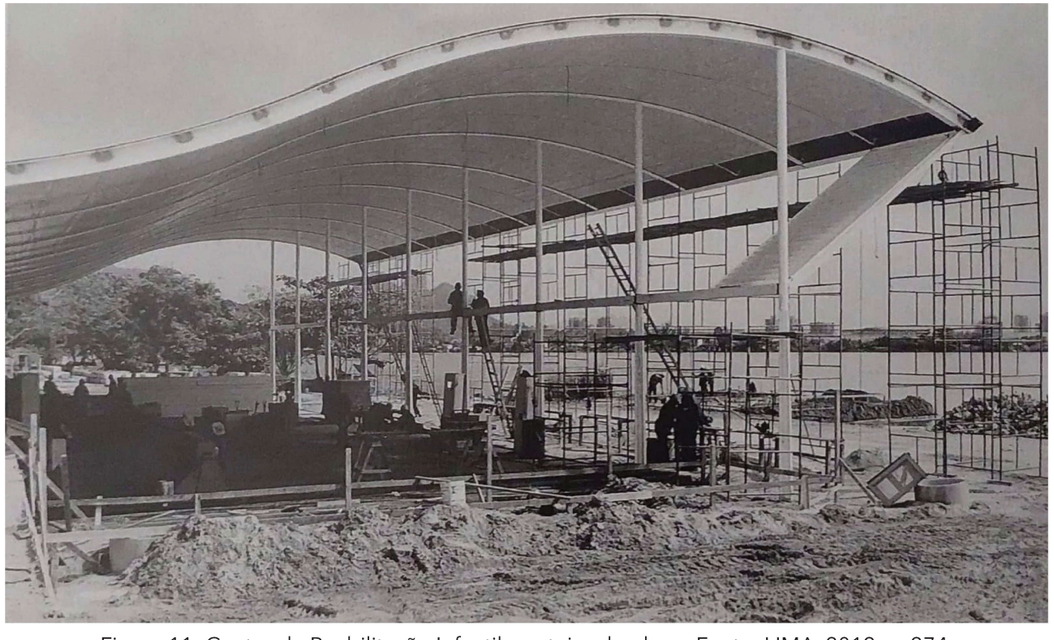


Figura 11: Centro de Reabilitação Infantil, canteiro de obras. Fonte: LIMA, 2012, p. 274.

o movimento da esquadria do shed correspondente. Além disso, para facilitar a retirada de ar quente, houve um aumento no pé-direito e nas aberturas dos sheds.

Em um contexto de industrialização, todos os hospitais da Rede Sarah projetados por Lelé fazem uso de estrutura metálica e componentes pré-fabricados, como já citado. Esse sistema construtivo e a adoção de tais materiais promove a racionalização e maior economia na construção, além de possibilitar a flexibilidade e extensibilidade, a partir da padronização dos componentes. É notável a intenção de que todas as camadas das edificações

funcionassem em sintonia para a criação de ambientes de qualidade, e a compatibilização entre diferentes projetos já era prevista na concepção arquitetônica, como é possível observar por exemplo as instalações de água, esgoto e drenagem, e os quadros de distribuição, que foram concebidas em conjunto com a estrutura, de maneira que eles se localizam entre os pilares duplos e as vigas duplas.

Desse modo, apesar de usar soluções semelhantes e lógica construtiva padronizada, cada edifício hospitalar foi pensado de forma individual, levando em conta as particularidades de cada cidade e as respectivas condicionantes físicas, ambientais, de recursos, entre outros. Isso é visível no Centro de Reabilitação Infantil do Rio de janeiro, no qual, em sua menor escala, o arquiteto tira partido do formato longitudinal da ilha para otimizar a implantação, o acesso e os fluxos dentro do edifício. Além disso, a paisagem natural externa é agregada ao projeto, criando ambientes humanizados que valorizam o conforto e o equilíbrio psicológico dos pacientes, assim como um edifício muito bem integrado ao seu entorno. Essa maneira de conceber arquitetura integrada ao ambiente fazendo uso de suas condicionantes são típicas da abordagem de Lelé

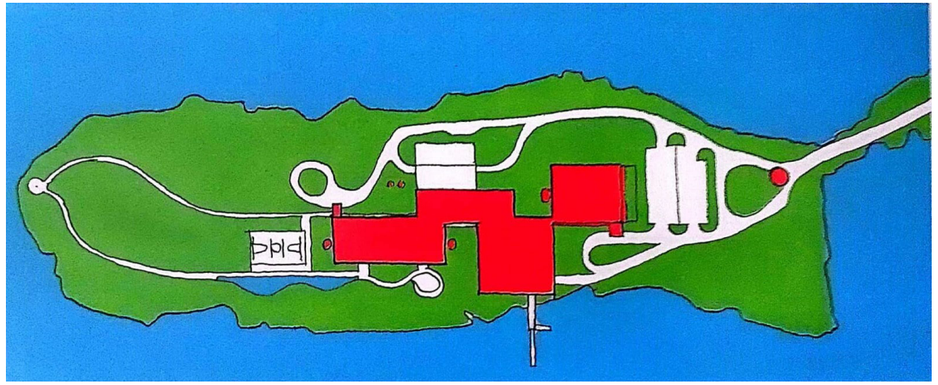


Figura 12: Centro de Reabilitação Infantil, planta esquemática de implantação. Fonte: LIMA, 2012, p. 272.

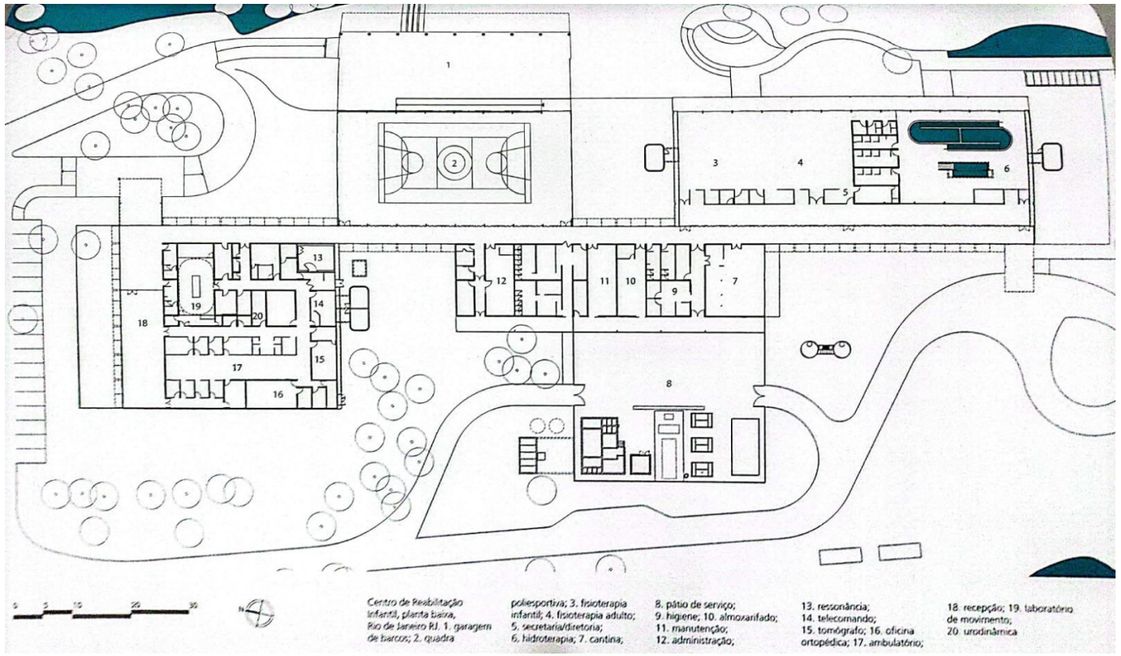


Figura 13: Centro de Reabilitação Infantil, planta baixa. Fonte: LIMA, 2012, p. 283.

no âmbito de sua produção hospitalar:

> O modo como o arquiteto manipula as formas compondo volumes, a articulação de materiais e componentes pré-moldados ou pré-fabricados, a organização das plantas de modo a favorecer o conforto térmico e a continuidade visual dos espaços, constituem padrões que denotam o estilo de Lelé. (WESTPHAL, 2017, p.17).

Ao analisar a planta é possível notar a modulação dos espaços e a estrutura-

ção do projeto a partir de um eixo ordenador, o qual é responsável por ligar as unidades funcionais do edifício. Essas unidades podem ser agrupadas em setores funcionais (WESTPHAL, 2017), que relacionam os ambientes por suas respectivas atribuições. Ademais, esses setores também possuem acesso externo.



Figura 14: Esquema dos Setores Funcionais - Sarah Pombeba. Fonte: WESTPHAL, 2007, p.60.

A partir da escolha de Lelé em organizar os setores do conjunto ao longo de um eixo horizontal estruturador, o arquiteto consegue uma maior integração do sistema (construtivo, funcional e estético) obtida por um padrão de proporção das dimensões entre as unidades funcionais. Essas dimensões, reduzidas, e a clara separação entre os setores, mas que se articulam por meio do eixo, facilitam a leitura do ambiente, sua escala e seus limites pelos usuários, além de promover maior aproximação entre o paciente e o espaço. Na figura 14, o setor 2 corresponde aos ambientes destinados a pronto-atendimento, cirurgias e exames; o setor 4 voltado ao tratamento de pacientes; e o setor 5 reservado para a infraestrutura e serviços. (WESTPHAL, 2017).

Ademais, vale destacar que apesar da configuração horizontal de hospitais, que demanda áreas maiores, nem sempre disponíveis, favorecer a prática de boas soluções de conforto, a opção pela verticalização se justifica em área mais densas e com grande demanda. Desse modo, o partido misto, como utilizado pelo arquiteto no Sarah Brasília é um bom exemplo de conciliação entre os aspectos positivos de cada um.

Por fim, é notória a consideração de Lelé por todos os níveis do Centro ao conceber seu projeto, e que ele, apesar das

restrições técnicas hospitalares, foi capaz de projetar um espaço funcional, agradável e que se adequasse às limitantes locais. Isso sem deixar de lado o aspecto subjetivo da arquitetura, de fazer as pessoas se sentirem bem dentro do espaço, já que, para ele, na arquitetura hospitalar "é indispensável a preocupação com todos os fatores que caracterizam uma boa obra de arquitetura, inclusive o da beleza, que deve estar presente em qualquer atividade humana". (LIMA, 2012, p. 319).

03.2. UBS PARQUE DO RIACHO

O primeiro lugar do Concurso Público Nacional de Projetos de Arquitetura e Complementares para a Unidade Básica

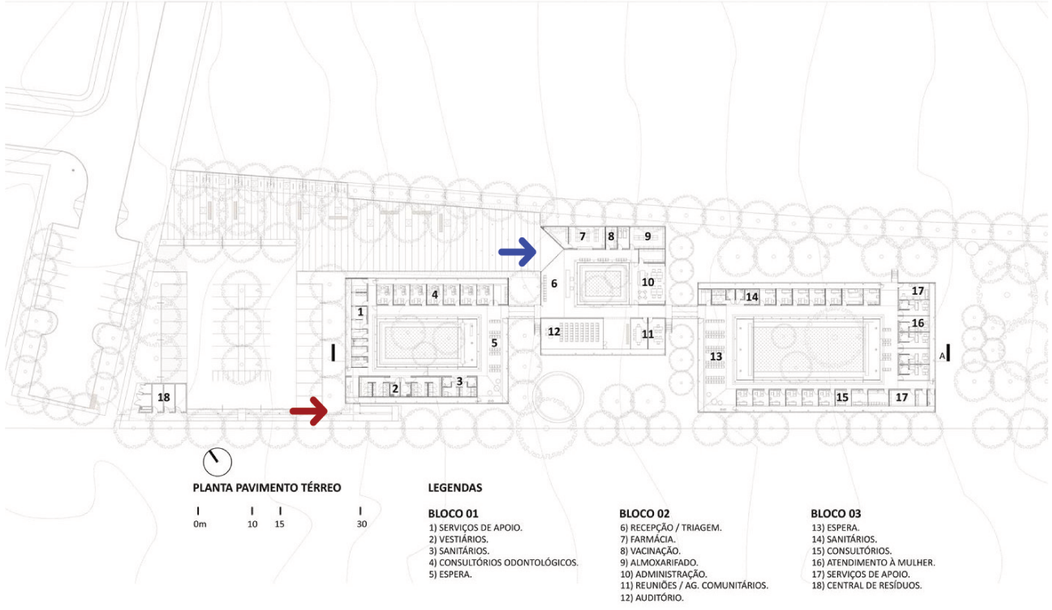
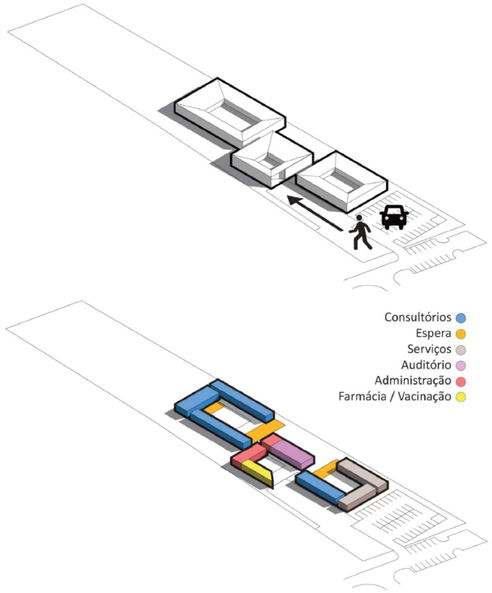


Figura 15: Planta baixa do pavimento térreo – UBS Parque do Riacho. Fonte: <https://www.archdaily.com.br/br/967604/unidade-basica-de-saude-ubs-parque-do-riacho-saboia-plus-ruiz-arquitetos>.

de Saúde (UBS) no Residencial Parque do Riacho, em Brasília – DF, foi atribuído ao projeto de autoria do escritório Saboia+Ruiz Arquitetos, realizado em 2016. A edificação, finalizada em 2021, possui uma área construída de 2150m² e se localiza em um terreno de 9780m², onde se desenvolve a partir da adoção de 3 blocos com pátios internos, possuindo uma área livre para possível futura ampliação.

O bloco 01, em frente ao estacionamento, é onde se tem o acesso de serviço, representado na planta pela seta vermelha. Ele concentra os consultórios odontológicos e setores de serviço. O bloco 02, central, é onde se localiza o acesso principal (seta azul), provindo de uma grande praça de acesso, pensada com a intenção de se tornar um espaço público e lugar de encontro. Nesse bloco, os usuários são distribuídos para os demais e os setores principais são: farmácia, vacinação, administração e auditório. No bloco 03 se encontra a maior parte do atendimento clínico, sendo ele também o que recebe o maior volume de pessoas.



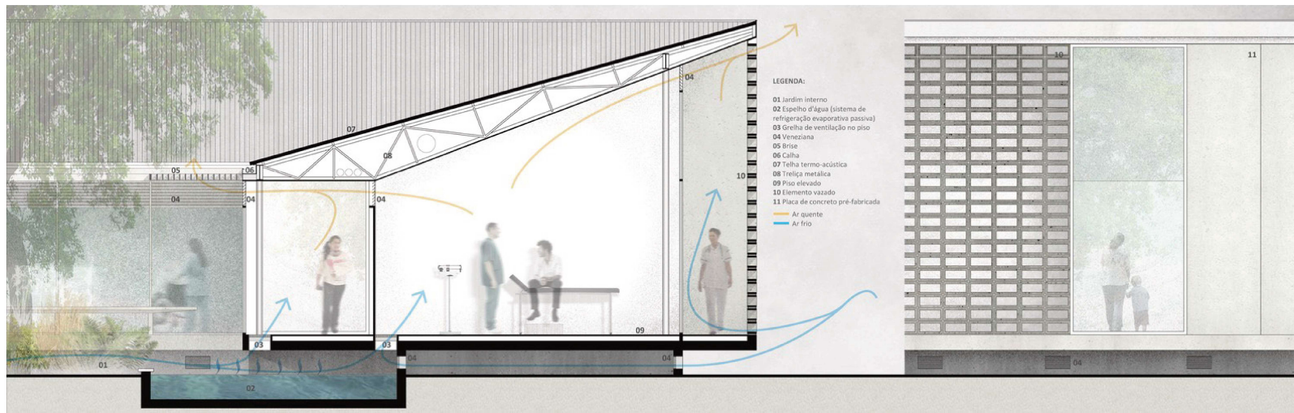
Figuras 16.1 e 16.2: Esquema de acessos e Setorização – UBS Parque do Riacho. Fonte: <https://saboiaruiz.com/projetos/arquitetura/2016-ubs-parque-do-riacho/>.

Os blocos se conectam entre si por meio de rampas, formando um eixo central, e a circulação interna se dá principalmente ao redor dos pátios internos presentes em todos eles, compostos por vegetação e piscinas de água pluvial tratada. Desse modo, tais pátios são responsáveis por um sistema de refrigeração evaporativa passiva, dispensando o uso de ar-condicionado, já que o ar resfriado pelos espelhos d'água penetram nos ambientes internos por meio de grelhas de ventilação no piso, e o ar quente é liberado por venezianas localizadas na parte superior das esquadrias, como se pode observar na figura 17.

> Por outro lado, na relação interna, os pátios induzem a uma atmosfera introspectiva, humanizando o ambiente físico hospitalar pela criação de um microcosmo de proteção e tranquilidade. Com sua escala humana os pátios se tornam espaços exteriores domesticados, sua função é trazer luz natural aos ambientes internos através de um paisagismo controlado. São espaços protegidos das intensas correntes de ar, sombreados, isolados dos ruídos exteriores e conectados com a natureza, além de conferirem ao projeto limites claros e facilitarem a setorização. (SABOIA+RUIZ ARQUITETOS, 2021).

Ainda na figura 17, é possível identificar o fechamento duplo exterior do edifício, formado por cobogós horizontais e, internamente, um pano de vidro. Essa solução foi pensada para a disseminação da luz natural de forma indireta e, ao mesmo tempo, bloqueio dos barulhos externos e manutenção da umidade interna. Sen-

Figura 17: Corte – UBS Parque do Riacho. Fonte: <https://saboiaruiz.com/projetos/arquitetura/2016-ubs-parque-do-riacho/>.



do assim, o espaço existente entre essas duas camadas funciona como "galeria de controle térmico" e, em alguns trechos, também permite a circulação. As lajes do piso foram propostas em balanço, para possibilitar o sistema de resfriamento já mencionado, e também servirem de base para um piso elevado, o qual apresenta espaço para instalações. Além disso,

> [...] os pilares são metálicos, e o sistema de cobertura estruturado por treliças metálicas. O fechamento externo dá-se por placas pré-moldadas de concreto, elementos vazados pré-fabricados e esquadrias de estrutura metálica. As vedações garantem uma homogeneidade de fachada e privacidade às alas de serviços. [...] Os fechamentos internos são de dry-wall e conferem flexibilidade aos arranjos funcionais. A cobertura é em telha termoacústica. (SABOIA+RUIZ ARQUITETOS, 2021).

Entretanto, apesar de o projeto ter sido desenvolvido em uma área cujo entorno ainda não está consolidado (fig. 18), – aspecto que motivou a adoção de um mesmo padrão paras as fachadas bem como a solução de implantação – o projeto se desenvolveu em uma relação de completo isolamento, sem conexões com o meio circundante, algo típico de muitas construções em Brasília, sobretudo dos primeiros anos. Além da ruptura da relação projeto arquitetônico/cidade, cada bloco também se fecha em si mesmo, de modo que uma possível conexão visual entre as partes não é favorecida em função de uma organização do conjunto em pátios isolados.

Ademais, a praça de acesso, de grandes dimensões, foi pensada para ser um lugar de encontro, mas acaba se tornando um amplo espaço sem muitos atrativos, visto que não há a adoção de alternativas para que ela remeta às estratégias de humanização tão valorizada nos pátios internos. A ausência de vegetação e de sombreamento para o acesso de pedestres, os quais precisam percorrer um caminho considerável até o bloco intermediário para conseguir adentrar no ambiente, pode se tornar uma expe-



Figura 18: Imagem aérea – UBS Parque do Riacho. Fonte: <https://saboiaruiz.com/projetos/arquitetura/2016-ubs-parque-do-riacho/>.

riência desagradável devido a falta de proteção de marquises ou vegetação.

Por fim, é visível a preocupação dos arquitetos com a incorporação de diversos elementos que garantissem a humanização do ambiente hospitalar, prezando pelo conforto térmico e visual dos usuários. Apesar disso, cabe a discussão já mencionada sobre o papel do edifício hospitalar na malha urbana, e a maneira como ele é implantado e se relaciona com o contexto no qual está inserido, sendo um edifício público que deve promover integração.

03.3. UNIDADE DE SAÚDE DE SANTA IRIA DA AZÓIA

Em Portugal, o Concurso Público de Concepção para a Elaboração do Projeto da Unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia, em Loures, teve, como primeiro lugar, o projeto do escritório LXM Studio (Lisboa & Miroto), em 2018. O edifício, inaugurado em 2022, foi considerado bem integrado ao entorno, promovendo uma "requalificação visual e paisagística" do contexto urbano no qual foi inserido.

A implantação foi realizada de modo que a edificação se encontre no mesmo nível da cota mais alta do terreno, onde acontece o acesso principal, direcionado por uma parede diagonal. Em relação aos outros níveis do terreno, o edifício é elevado, o que possibilita a existência de um estacionamento no nível abaixo, sem estar completamente enterrado. No centro do estacionamento existe um pátio interno com vegetação, ao redor do qual a Unidade de Saúde se organiza.

A construção é de alvenaria, com esquadrias de vidro e pilares de concreto de seção circular. Diferente dos exemplos anteriores, não possui estruturas pensadas unicamente como estratégicas bioclimáticas, sendo que a parte interna recebe ventilação e luz natural apenas por meio de aberturas voltadas para o pátio interno e janelas verticais, do tamanho do pé direito, nas salas voltadas para o pátio e para o exterior, instaladas de maneira diagonal de modo a garan-



Figura 19: Planta Baixa – Unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia. Fonte: <https://encomenda.oasrs.org/media/2018/03/1lugar-paineis.pdf >.



Figura 20: Corte – Unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia. Fonte: <https://encomenda.oasrs.org/media/2018/03/1lugar-paineis.pdf >.

tir a privacidade. Em relação à setorização, o ambiente pode ser dividido, de modo simplificado, em 5 setores: recepção, apoio administrativo, apoio geral, URAP (Unidade de Referência em Atenção Primária) e US (Unidade de Saúde).

Assim como a UBS Parque do Riacho, não há proteção de marquises ou outros elementos que geram sombra no acesso dos

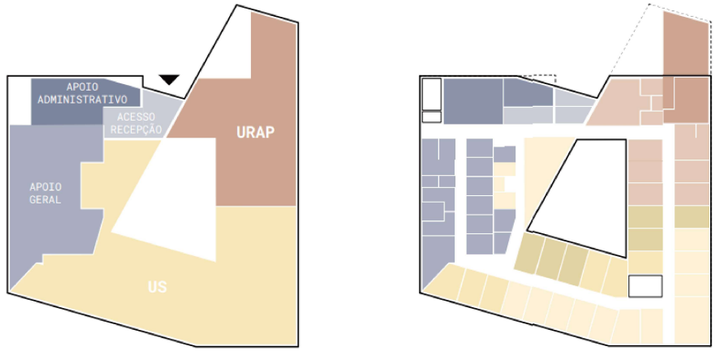


Figura 21.1 e 21.2: Setorização – Unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia. Fonte: <https://encomenda.oasrs.org/media/2018/03/1lugar-paineis.pdf >.

pedestres. A árvore mais próxima da entrada se localiza atrás do muro diagonal do acesso principal, sombreando apenas a sala de movimento e o pátio que é formado ali. Além disso, apesar dos espaços se desenvolverem ao redor do pátio central, a circulação interna se distancia desse pátio e é feita entre as salas, criando um longo corredor enclausurado e sem atrativos. Dessa maneira, a vista e o contato com a natureza promovidas pelo pátio interno ficam restritas à área das salas de espera e às salas adjacentes a ele, a partir de suas longas janelas individuais. Dessa maneira, o corredor, único meio de circulação interna, transmite a sensação de um espaço hermético e pouco acolhedor, em contramão dos preceitos de um ambiente humanizador.



Figura 22: Imagem do corredor interno – Unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia. Fonte: <https://abrir.link/TIljz>.

0 4

INTENÇÕES PROJETUAIS

A partir do exposto ao longo do trabalho, é notório a importância do nível primário de atendimento para o bom funcionamento de todo o sistema público de saúde. Além disso, o SUS é um serviço para todas as camadas sociais da população, incluindo aqueles que têm acesso a planos de saúde privados, que acabam por utilizá-lo de maneira complementar. Assim, os maiores beneficiários são as camadas mais pobres, que, apesar de enfrentar inúmeros problemas da saúde pública e da falta de recursos, devem ter acesso a uma saúde de qualidade e que conte com as melhores ferramentas para o tratamento médico, incluindo espaços que se preocupem com o conforto, sustentabilidade e que potencializem um atendimento à saúde humanizador.

Além dos aspectos já citados, o Ministério da Saúde também preconiza "que a concepção arquitetônica das UBS se integre ao entorno, de acordo com os valores da comunidade local, que o acesso seja facilitado e que a identificação das unidades seja clara." Outro conceito fundamental é o de Ambiência, presente na Política Nacional de Humanização:

> Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada pelas tecnologias ali presentes e por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. A luminosidade, a temperatura e os ruídos do ambiente são exemplos disso. Para um ambiente confortável, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, para que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros adaptados, barras de apoio, corrimão, rampas, larguras das portas, sinalizações, piso antiderrapante, telefone público, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, entre outros; tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio

como copa, cozinha e banheiros; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.27).

De acordo com Toledo (2008), um bom projeto de arquitetura hospitalar se baseia em cinco pontos fundamentais: a adequação do projeto aos procedimentos e atos médicos; a valorização dos diferentes públicos que irão fazer uso da edificação; o bom desenvolvimento das questões de infraestrutura, que impacta no funcionamento e na manutenção do edifício; como a unidade se insere na cidade; e o tratamento da estética do local, muitas vezes ignorada frente aos outros fatores técnicos mais levados em consideração.

Ademais, seguindo a mesma linha de pensamento, segundo Rocha (2011), as principais estratégias para criar um ambiente humanizador são: **possibilidade de controle do ambiente pelo usuário,** o que traz uma sensação de autonomia para o paciente; **suporte social**, já que a criação de ambientes que promovam a integração entre as pessoas reduzem o nível de estresse; **distrações positivas**, que, usadas de forma moderada, estimulam positivamente o usuário, contornando o tédio causado por ambientes monótonos; **luz**, sendo que a iluminação deve ser trabalhada adequadamente em sua qualidade e quantidade; **cor**, ao se explorar os efeitos psicológicos que ela pode causar; **textura**, a partir de uma boa composição de materiais e superfícies que irão compor o espaço; **aroma**, contornando o cheiro de produtos farmacêuticos; **som**, ao evitar proliferação de ruídos; e, por fim, a **forma**, que pode ser trabalhada de modo a causar estimulação sensorial, em diferentes dimensões e escalas; além disso, os corredores devem receber um tratamento especial, já que esse ambiente desperta sensações negativas nos pacientes. Para a autora, a humanização

> [...] nada mais é que a mudança de atitudes e comportamentos por parte de gestores e profissionais, contribuindo com novas ideias e iniciativas a fim de garantir uma melhoria no atendimento dos usuários, além da melhoria no espaço arquitetônico, visto que este influencia diretamente na qualidade de vida e na satisfação de trabalhadores e usuários. (ROCHA, 2011, p.20).

Dessa forma, a proposta para uma nova Unidade de Saúde Básica para Uberlândia seguirá os preceitos citados acima, buscando atender as necessidades e as demandas da população, em contraposição à prática de inserção de UBSF em imóveis adaptados (como acontece atualmente na cidade) bem como à replicação (sem as devidas adaptações) do projeto padrão existente (comentado no trabalho). De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (2024), o principal desafio da rede de saúde municipal, considerando o nível primário de atendimento, é "aumentar a cobertura oferecendo atenção em saúde de qualidade".

Para isso, foi realizado, inicialmente, um levantamento da demanda de equipamentos destinados à Atenção Primária à Saúde nos bairros de Uberlândia. Segundo

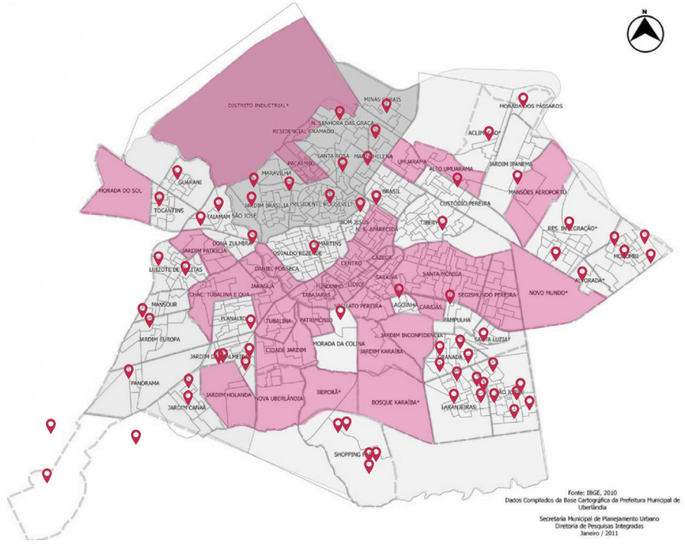


Figura 23: Localização das UBS e UBSF na cidade, com destaque em rosa para os bairros que não possuem.
Fonte: Elaborado pela autora.

dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, o critério para analisar se há demanda em determinada área é "[...] populacional, visto que uma equipe de Estratégia de Saúde da Família é responsável por aproximadamente 4.000 pessoas". Dessa forma, o bairro Santa Mônica, que conta com 37.737 habitantes (IBGE, 2010), foi identificado com a maior carência, já que em sua área não há nenhuma UBSF.

A partir dessas informações, foi escolhido um terreno que se encontra na parte sul do bairro, delimitado pelas ruas Izaú Rangel de Mendonça (ao norte), Professora Nilda de São José (a oeste) e Arlindo Soares Monteiro (a leste). A escolha partiu do seu fácil acesso a partir das três vias, visto que sua topografia não apresenta grandes desníveis; da sua dimensão, já que um dos objetivos é explorar a área livre do projeto; e por ser uma área predominantemente residencial, com comércios de apoio nas proximidades. Localizado em uma área classificada como Zona Mista, o terreno comportaria a construção de uma Unidade Básica de Saúde da Família.

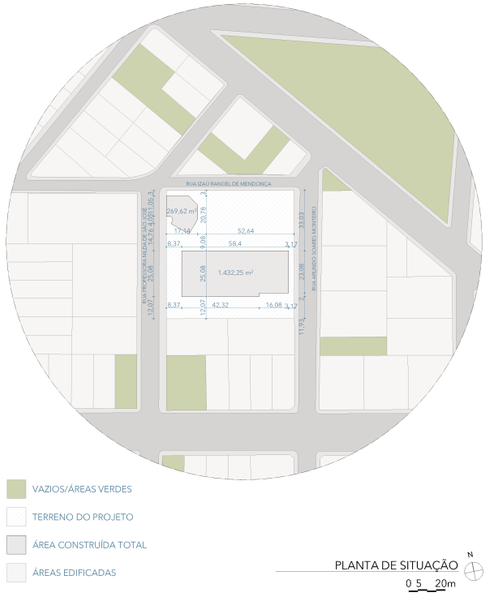


Figura 24: Planta de Situação. Fonte: Elaborado pela autora.

Para a disposição do layout, decisões acerca do programa, dimensionamento dos ambientes e setorização, foi usado como base o Manual de estrutura física das UBSF (BRASIL, 2009), apresentado no Capítulo 02. O manual apresenta diretrizes mínimas para ambientes de qualidade, dessa maneira priorizou-se



Figura 25: Planta do Térreo esquemática. Fonte: Elaborado pela autora.

a concepção de ambientes que extrapolassem os parâmetros mínimos em prol de uma maior qualidade espacial.

A implantação foi concebida de maneira a criar um bom ambiente interno, sem que o edifício se fechasse para a cidade. Assim, a construção se organiza a partir de um pátio interno, que apresenta um rasgo no telhado e é integrado com a área de espera e visualmente aberto para toda a edificação, que possui dois pavimentos. O térreo concentra todo o programa voltado para o público, com salas de atendimento e apoio que são facilmente acessadas pelos usuários. A parte Leste da edificação, junto à entrada principal, possui as salas de espera, recepção, sala de prontuários, sala de vacina, sala de curativos, sala de lavagem e descontaminação, sala de esterilização e estocagem e banheiros, que podem ser abertas de maneira autônoma em relação ao restante da UBSF em dias de campanha de vacinação, sem a necessidade do funcionamento dos demais espaços.

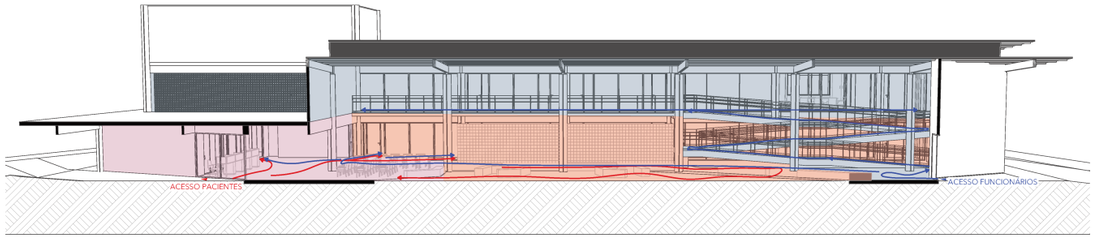


Figura 26: Diagrama de fluxos e acessos. Fonte: Elaborado pela autora.





Figura 27: Perspectiva rampa. / Figura 28: Mezanino. Fonte: Elaborado pela autora.

O corredor da parte Sudoeste leva para os demais ambientes, e se expande dentro de dois módulos de estrutura para acomodar outra área de atendimento e de espera para os pacientes. Esse aumento do corredor cria uma parede que é solta da laje superior, formando um volume que contém um painel de azulejos na área exterior. Essa parede é o único ponto de fechamento visual do corredor, o qual nos demais módulos possui fechamento em vidro, para possibilitar permeabilidade visual para o pátio e também para o paisagismo presente na parte inferior da rampa. O acesso para o pavimento superior se dá por meio da grande rampa, localizada do lado Oeste e propositalmente próxima ao acesso principal de funcionários, já que o pavimento superior concentra apenas espaços voltados para os profissionais. Outra entrada possível para esse pavimento é o elevador existente dentro do corredor, dessa forma o acesso é facilitado tanto aos funcionários que estão chegando de fora, e não precisam transitar em espaços voltados para o público para por exemplo acessar o vestiário, quanto para aqueles que estão na área de atendimento e precisam rapidamente ir para o andar de cima.

Esse pavimento conta com um mezani-

no que permite a livre visualização do pátio, das grandes paredes de cobogó da fachada e também é bem iluminado e ventilado pela veneziana colocada juntamente com a treliça que trava a união entre os dois telhados de telha termoacústica. Essa treliça, assim como a estrutura desses telhados, é aparente e em madeira, visando o uso de cores e texturas que tornam o ambiente mais acolhedor.

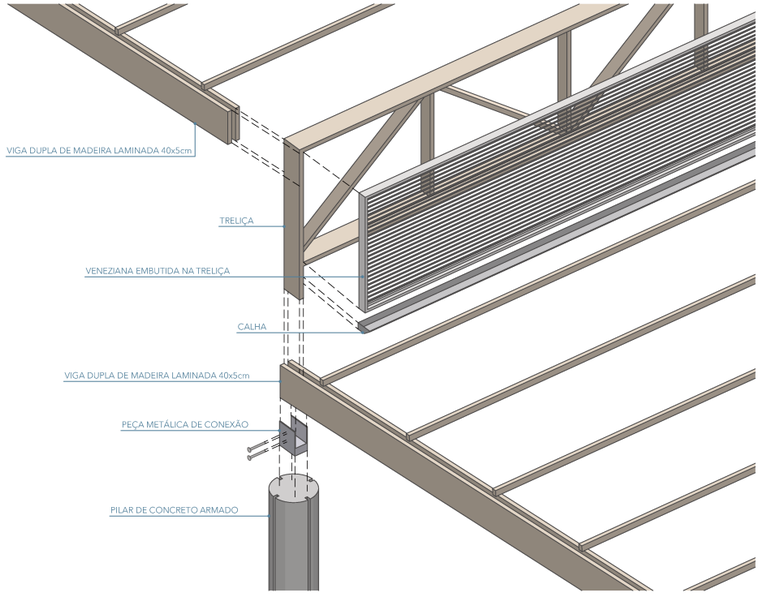


Figura 29: Esquema de encontro dos telhados. Fonte: Elaborado pela autora.

Ao sair do mezanino, há um corredor também com fechamento em vidro que dá acesso aos demais ambientes para os funcionários, e o lado Leste termina no fim do corredor, contando com outra grande parede de cobogó que compõe a fachada no exterior do edifício, já que o restante desse lado não possui acesso e promove o fechamento do nível térreo com uma laje impermeabilizada pré-moldada nervurada com fechamento em EPS. Esse volume Leste cresce horizontalmente em relação ao restante do edifício e abriga a caixa d'água e um telhado embutido voltado para Norte, onde

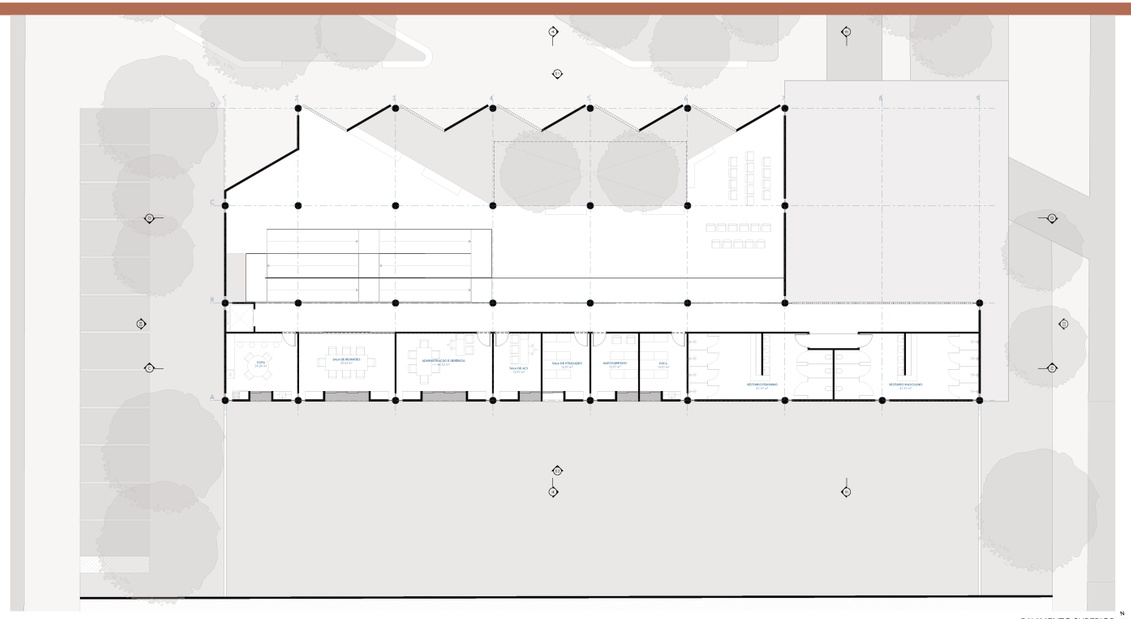


Figura 30: Planta do Pavimento Superior esquemática. Fonte: Elaborado pela autora.

foram posicionadas placas fotovoltaicas.

Do lado sudeste, no térreo, se encontra o depósito de lixo, abrigo de resíduos e fluxos de acesso e abastecimento de gases e fluidos essenciais, com uma abertura para a parte externa. Dessa forma, os acessos foram pensados em função dos diferentes fluxos de circulação e usos: abastecimento, pedestre, funcionários e serviços.

A estrutura foi criada de maneira modular, sendo que os pilares foram lançados de 7 em 7 metros, apenas o último módulo do lado Oeste apresenta 5,25m, um módulo de 7 diminuído seguindo a proporção. Os pilares são aparentes, de seção circular e de concreto armado, e apresentam 4 ranhuras feitas desde a forma, para possibilitar o encaixe de um perfil metálico que faz uma melhor união entre parede e pilar

circular. Na maioria desses perfis há venezianas, o que promove um aumento na possibilidade de ventilação dos ambientes. Além disso, as esquadrias chegam até a viga, e no acesso para as salas que não há viga, a altura é preenchida também por venezianas, possibilitando ventilação na parte superior das portas. Para garantir um bom conforto térmico e evitar a insolação direta dentro das salas, as janelas (com exceção das janelas altas) são recuadas, o que garante um movimento de fachada e deixa espaço para o encaixe de armários, criando uma boa composição do layout e design interior dos ambientes.

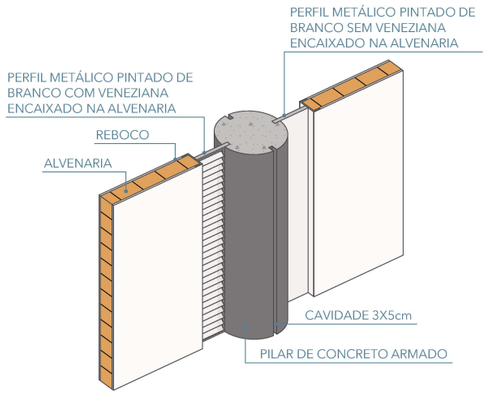


Figura 31: Detalhe encontro parede e pilar. Fonte: Elaborado pela autora.



Figura 32: Interior consultório. Fonte: Elaborado pela autora.

A edificação foi concebida externamente em uma estrutura mais rígida, convencional de alvenaria (tijolo cerâmico ou solo-cimento), sendo que as paredes internas são de drywall, uma material mais leve e que permite posteriores alterações no layout interno de maneira mais facilitada. Além disso, a parte Sul do terreno possui uma grande área ainda não utilizada, mas pensada para acomodar uma futura ampliação, caso haja um aumento de demanda, sem que haja necessidade de fazer alterações que desconfigurem o edifício ou mudanças improvisadas. Foi realizado também um projeto de sugestão para essa ampliação, que praticamente duplica a capacidade da UBSF.

A parte externa da Unidade Básica conta com uma grande praça arborizada para o uso da comunidade, e também para servir de apoio para familiares ou acompanhantes dos pacientes que estão recebendo atendimento. Ademais, é comum a concentração de vendedores ambulantes próximos aos equipamentos de saúde, atraídos pelo fluxo de pessoas trazido por tais edificações. Assim, foram incluídos módulos destinados ao comércio informal, de modo a criar um espaço público que não exclua a atividade comercial existente, mas que organize essas pequenas conveniências em áreas

Figura 33: Módulos de comércio informal. Fonte: Elaborado pela autora.





Figura 34: Entrada principal. Fonte: Elaborado pela autora.

mais aprazíveis. Para apoiar esses módulos, há também um banheiro público e tudo isso é abraçado por uma cobertura treliçada solta, também com estrutura de madeira e telha termoacústica, mas dessa vez os pilares também são de madeira, configurando maior leveza para esse elemento que possui um movimento triangular que busca remeter ao da fachada.

Por meio de um estudo urbano do entorno, percebeu-se a presença de comércios e restaurantes na avenida Lázara Alves Ferreira, que converge para a rua Arlindo Souza Monteiro, se configurando em um eixo de interesse e, consequentemente, de maior fluxo de pessoas. Assim, a esquina voltada para a avenida foi pensada como ponto de acesso principal de veículos ao edifício, sobretudo os de emergência (ambulância), que possam entrar e desembarcar o paciente, por sua vez acolhido pela marquise frontal, com o automóvel fazendo uma curva suave para sair. Com o intuito de possibilitar essa passagem, foi suprimido 1 pilar e essa entrada principal possui um vão de 14m. Para não aumentar a altura da viga e evitar prejudicar a passagem da ambulância, a viga em questão é especial de transição, que necessita de uma atenção estrutural maior e sugere-se que seja protendida, possibilitando assim o vão necessário para essa entrada. Ao lado dessa passagem de veículos há a entrada destinada para pedestres, com um piso que corta praticamente todo o terreno e é protegido pela cobertura que avança formando um beiral na frente da edificação.

A fachada angulada possui paredes maciças voltadas para Noroeste e cobogós somente das paredes voltadas para Leste, o que gera maior relação com o exterior e com a praça e promove a ventilação interna, com a entrada dos ventos predominantes, além de garantir uma insolação confortável dentro da Unidade.

Em resumo, o edifício faz uso de soluções bioclimáticas passivas, algumas já destacadas, como: resfriamento evaporativo, por meio do pátio incorporado no projeto; ventilação natural, promovida por meio dos cobogós, venezianas, janelas e fachada com aberturas para a direção dos ventos predominantes; orientação solar, ao utilizar estratégias para reduzir a insolação direta no interior do edifício, mas ao mesmo tempo fazer bom uso da iluminação natural, com intuito de reduzir os gastos com energia elétrica.

De modo complementar, a edificação também possui placas fotovoltaicas instaladas no telhado e voltadas para o norte; sistema de reuso de águas pluviais, que conta com cisterna para armazenamento

e reservatório superior destinado a esse uso; sistema de reuso de águas cinza, para usos não potáveis, como lavagem de piso e irrigação; e fossa séptica para o tratamento das águas negras, de modo a não sobrecarregar o sistema de tratamento de água da cidade. Além disso, outra solução usada para as águas superficiais é a extensa área verde presente no projeto e o material de pavimento da praça ser concreto permeável, que garante a permeabilidade e a infiltração da água da chuva no solo.

Dessa maneira, o intuito do projeto é servir a população e oferecer um espaço que contribua para as práticas médicas e para o processo de cura do paciente, seguindo os pontos citados no texto, principalmente: a possibilidade de controle do ambiente pelo usuário, por meio das janelas e venezianas; o contato com a natureza, a partir do pátio interno integrado ao ambiente e à praça externa; o uso da luz, com o aproveitamento da iluminação natural e dos elementos vazados que geram diferentes desenhos da luz ao longo do dia; a exploração de diferentes texturas, com o uso de materiais como: concreto, aço e madeira, sendo que todos eles são aparentes e conversam entre si; e as diferentes formas, com destaque para a movimentação das fachadas, seja a principal com o desenho triangular, ou as que contém as esquadrias recuadas.

Levando em consideração as críticas feitas ao longo do texto, o projeto buscou também contemplar soluções para os problemas apontados tanto no projeto padrão do Governo Federal quanto no projeto padrão municipal. Portanto, a sala de espera recebeu um tratamento especial, sendo ampla e integrada com o grande pátio interno, o conforto ambiental foi um dos pontos centrais das decisões de projeto, e a questão do espaço de permanência externo para os acompanhantes foi trabalhada na praça com a intenção de servir de espaço livre para toda a comunidade. Por último, em contrapartida ao baixo cuidado com o desenho das fachadas dos projetos padrões, que torna a edificação pouco convidativa, o projeto se preocupa com o dese-



Figura 35: Fachada. Fonte: Elaborado pela autora.

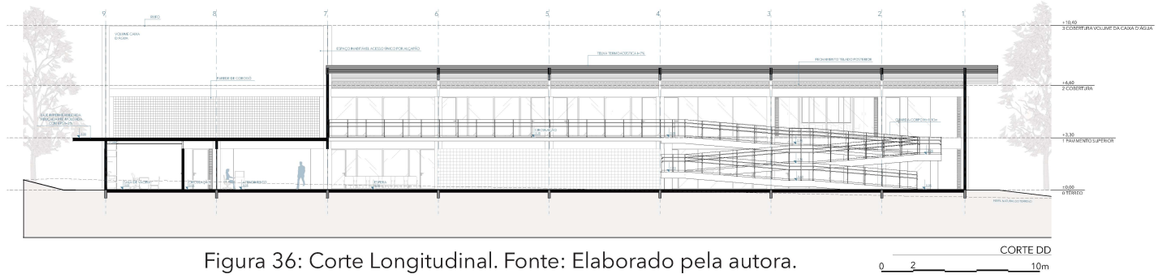


Figura 36: Corte Longitudinal. Fonte: Elaborado pela autora.

nho da fachada e busca apresentar uma boa composição de materiais e texturas e comunicação com o exterior, para que o edifício não se feche para a cidade e tenha qualidade espacial mas também estética, considerando seu impacto no entorno e para a comunidade em geral.

Por fim, foi desenvolvido um espaço que valoriza o direito de todas as pessoas ao acesso a uma saúde gratuita de qualidade, assim como um bom local de trabalho para os profissionais e uma área livre para que a população em geral possa usufruir, mesmo aqueles que não irão utilizar a UBSF. O que guiou o processo projetual foi, além da resolução de problemas de ordem técnica ou da disposição do programa, também aspectos humanos, emocionais, e o constante questionamento de como as pessoas iriam se sentir ao vivenciar o espaço. Tudo isso partiu da reflexão sobre o papel que o ambiente construído pode exercer em um momento delicado, como ele pode auxiliar e trazer conforto para situações de sofrimento, e comunicar, de maneira estática, que as pessoas são importantes e o conforto, saúde e segurança delas deve ser levado em consideração, independente da classe social.









REFERÊNCIAS

1º LUGAR no Concurso para a Unidade Básica de Saúde em Parque do Riacho - CODHAB-DF. Archdaily, 2017. Acesso em: 23 Mar 2024. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/967604/unidade-basica-de-saude-ubs-parque-do-riacho-saboia-plus-ruiz-arquitetos> ISSN 0719-8906.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. **Introdução à Arquitetura Hospitalar**. 2014. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura. Grupo de Estudos em Arquitetura e Engenharia Hospitalar, Salvador, 2014.

GARCIA, Gabriela Silva. **Qualidade ambiental em unidades básicas de saúde: estudo de caso da UBSF Canaã II em Uberlândia-MG**. 2019. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

GÓES, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. São Paulo: Blucher, 2011.

HUMANIZAÇÃO da arquitetura hospitalar: entre ensaios de definições e materializações híbridas. Vitruvius, 2010. Acesso em: 23 Mar 2024. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.118/3372>.

LIMA, João Filgueiras. **Arquitetura: uma experiência na área de saúde**. São Paulo, Romano Guerra, 2012.

Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2008.

Ministério da Saúde. **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Aten-**

ção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. – 4. Ed. – 274 Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

NEUFERT, Ernest. **Arte de projetar em arquitetura**. São Paulo: Gustavo Gili do Brasil, 1965.

NOVA unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia. Acesso em: 24 Mar 2024. Disponível em: <https://www.facebook.com/MunicipiodeLoures/videos/nova-unidade-de-sa%C3%BAde-de-santa-iria-de-az%C3%B3ia/777118966632400/ >.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Humaniza SUS**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PROGRAMA de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 18 Mar 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/requalifica-ubs >.

RESULTADOS do concurso da Unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia, 2018. Acesso em: 24 Mar 2024. Disponível em: <https://encomenda.oasrs.org/noticias/detalhe/detalhe/resultados-do-concurso-da-unidade-de-saude-de-santa-iria-da-azoia>.

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

RODRIGUES, Maria José. **Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia: avaliação segundo a visão de diferentes atores.** 2013. 346 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SARAMAGO, Rita Pereira de Cássia. **Arquitetura sustentável?: quando o discurso não mais sustenta um futuro para a prática arquitetônica**. São Paulo, Annablume, 2023.

SILVA, E. et al. **As políticas públicas de saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca/SP**. Serviço Social e Realidade, Franca, v.16, n.1, p.87-110, 2007.

STª Iria de Azoia Healthcare Unit. Acesso em: 24 Mar 2024. Disponível em: <https://lisboamiroto.com/pt/sta-iria-de-azoia-healthcare-unit-2/>.

TAMASHIRO, Heverson Akira. **Entendimento técnico-construtivo e desenho arquitetônico: uma possibilidade de inovação didática**. 2010. Tese de Doutorado. Escola de engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. 2008. Tese de Doutorado. PROARQ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

UBERLÂNDIA, Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. 2021. Acesso em 17 Mar 2024. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/planejamentourbano/banco-de-dados-integrados/>.

UBS - Parque do Riacho. Galeria da Arquitetura, 2021. Acesso em: 23 Mar 2024. Disponível em: <https://m.galeriadaarquitetura.com.br/projeto/saboiaruiz-arquitetos_/ubs-parque-do-riacho/6713 >.

UBS Parque do Riacho. Saboia + Ruiz Arquitetos, 2021. Acesso em: 23 Mar 2024. Disponível em: <https://saboiaruiz.com/projetos/arquitetura/2016-ubs-parque-do-riacho/>.

Ugo Breyton Silva. TENSÕES entre teoria e prática: movimentações de Mayumi de Souza Lima no período da redemo-

cratização. 23 Mai 2021. Acesso em 14 Mar 2024. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/961042/tensoes-entre-teoria-e-pratica-movimentacoes-de-mayumi-de-souza-lima-no-periodo-da-redemocratizacao> ISSN 0719-8906.

UNIDADE Básica de Saúde - UBS - Parque do Riacho / Saboia+Ruiz Arquitetos. Archdaily, 2022. Acesso em: 23 Mar 2024. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/967604/unidade-basica-de-saude-ubs-parque-do-riacho-saboia-plus-ruiz-arquitetos> ISSN 0719-8906.

VENCEDORES do concurso para Unidade de Saúde de Santa Iria da Azóia, em Portugal, 2018. Acesso em: 24 Mar 2024. Disponível em: <https://www.archdaily.com.br/br/891468/vencedores-do-concurso-para-unidade-de-saude-de-santa-iria-da-azoia-em-portugal?ad_source=search&ad_medium=projects_tab&ad_source=search&ad_medium=search_result_all>. ISSN 0719-8906.

WESTPHAL, Eduardo. **A linguagem da arquitetura hospitalar de João Filgueiras Lima**. 2007. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Arquitetura. Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura, Porto Alegre, 2007.