



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FERNANDO GARGANTINI GRATON

**A HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
SOB O OLHAR DO USUÁRIO:
O CASO DAS UBS EM LONDRINA-PR**

Londrina
2014

FERNANDO GARGANTINI GRATON

**A HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
SOB O OLHAR DO USUÁRIO:
O CASO DAS UBS EM LONDRINA-PR**

Pesquisa apresentada ao Programa Associado de Pós-Graduação em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Londrina e Universidade Estadual de Maringá como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo.

Orientador: Prof. Dr. César Imai

Londrina
2014

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

G772h Graton, Fernando Gargantini.

A humanização das Unidades Básicas de Saúde sob o olhar do usuário: o caso das UBS em Londrina-PR/ Fernando Gargantini Graton. – Londrina, 2014.

179 f.: il.

Orientador: César Imai.

Dissertação (Mestrado Associado em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual de Maringá, Centro de Tecnologia e Urbanismo, Programa Associado de Pós-Graduação em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo, 2014..

Inclui bibliografia

1. Arquitetura de hospitais – Estudo de caso – Teses. 2. Unidades Básicas de Saúde – Londrina (PR) – Teses. I. Imai, César. II. Universidade Estadual de Londrina. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Tecnologia e Urbanismo. Programa Associado de Pós-Graduação em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo. III. Título.

CDU 725.51

FERNANDO GARGANTINI GRATON

**A HUMANIZAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE SOB O
OLHAR DO USUÁRIO: O CASO DAS UBS EM LONDRINA-PR**

Pesquisa apresentada ao Programa Associado de Pós-Graduação em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Londrina e Universidade Estadual de Maringá como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. César Imai
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Ana Virgínia C. de Faria Sampaio
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof. Dr. Ricardo Dias Silva
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof. Dr. Sheila Walbe Ornstein
Universidade de São Paulo – USP

Londrina, 21 de março de 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família e amigos, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu orientador, Prof. Dr. César Imai, pela confiança, pelos conselhos e dedicação à pesquisa.

À professora Dra. Mariana Urbano, pelo auxílio e disponibilidade nos atendimentos de estatística e aos demais professores do Programa Associado de Pós-Graduação em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo pelas orientações e sugestões durante as disciplinas cursadas.

Aos colegas, arquiteto Carlos Eduardo Pereira Marchesi e arquiteto Paulo Trajano Menicucci Jr., pelos depoimentos concedidos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, pelo auxílio e disponibilização de material para o desenvolvimento da pesquisa.

À todos os colegas do Programa pelas experiências compartilhadas e pelas amizades conquistadas.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

GRATON, Fernando Gargantini. **A Humanização das Unidades Básicas de Saúde sob o olhar do usuário: o caso das UBS de Londrina-PR.** 2014. 179 f. Dissertação de mestrado (Metodologia de Projeto em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

RESUMO

O presente trabalho baseia-se no estudo dos ambientes físicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), consideradas como “porta de entrada do SUS” e de fundamental importância dentro do sistema de saúde brasileiro. O objetivo principal dessa pesquisa consiste em investigar os atributos ambientais prioritários, observados a partir do ponto de vista dos seus usuários, que podem favorecer na humanização dos ambientes físicos das UBSs, e assim, obter informações que auxiliem na criação de projetos arquitetônicos mais humanizados. Uma das hipóteses trabalhadas nessa pesquisa é que os resultados obtidos nas avaliações de satisfação e opinião dos usuários, identificados através da Avaliação Pós-Ocupação (APO), podem servir como um dos elementos geradores de critérios de humanização para os ambientes de saúde e arquitetura. Foram utilizados diversos métodos e técnicas de APO, tais como, *Walkthrough*, Entrevista, Mapa Comportamental, Mapa Mental, Poema dos Desejos, Seleção Visual e Questionários, através de um estudo comparativo de caso, em três Unidades Básicas de Saúde da Região Norte da cidade de Londrina – Pr. A aplicação dessas técnicas e instrumentos possui como foco a discussão sobre as características do projeto arquitetônico e busca contribuir para as questões da qualidade do ambiente centrando-se nos “desejos” e “valores humanos” de seus usuários. Com isso, identificamos uma forte relação entre a satisfação do serviço de saúde prestado e do seu respectivo ambiente físico, e vice-versa, ligados diretamente a forma de gerenciamento adotado em cada unidade estudada. Dessa forma, podemos observar um profundo caráter humanizador nos resultados obtidos através dessas avaliações, que serviram de subsídios para a elaboração de recomendações projetuais e que poderão ser pregados na criação de futuros projetos de UBS, para assim, proporcionar o bem-estar e satisfação dos usuários com relação ao ambiente construído. Pretende-se com isso contribuir de forma específica com a evolução e qualificação dos conceitos da Política Nacional de Humanização, relacionada aos ambientes de Atenção Básica à Saúde e para os estudos da relação ambiente-comportamento de maneira geral.

Palavras-chave: Arquitetura de saúde. Unidade básica de saúde. Avaliação pós-ocupação. Humanização. Relação ambiente-comportamento.

GRATON, Fernando Gargantini. **The Humanization of Basic Health Units under the eye of the user: the case of HBUs in Londrina-PR.** 2014. 179 p. Dissertation Master's Degree (Design Methodology in Architecture and Urbanism) - Londrina State University, Londrina, 2014.

ABSTRACT

The present work is based on the study of physical environment of Basic Health Units (BHU), considered as "SUS door access", and very important in Brazilian health system. The main objective of this research consists on investigate the priority environment attributes, observed from their user's point of view, which can favour on the humanization of BHUs physical environment, and so, obtain information that assist on the creation of more humanized architectural designs. One of the hypothesis crafted on this search is that the results obtained on the satisfaction evaluation and user's opinions, identified through Post-Occupancy Evaluation (POE), may serve as one of the generating elements of discretion humanization for health and architecture environment. Several methods and POE techniques were used, such as, Walkthrough, Interview, Behavioral Mapping, Mental Mapping, Wish Poems, Visual Preferences and Questionnaires, through a comparative case study, in three Basic Health Units from north Londrina, State of Paraná, Brazil. The enforcement of these techniques and tools focuses the discussion about the characteristics of the architectural design, and seeks to contribute to environment quality issues concentrating on "wishes" and "human values" of its users. Therewith, we identified a strong relation between the satisfaction of the health service provided and its respective physical environment, and vice versa, directly linked to the management form adopted in each studied unit. This way, we can observe a deep humanizing feature on the results obtained through these reviews, that served as a subsidy to elaborate projectual recommendations, and that may be placed on the creation of future BHUs projects, to provide wellness and the user's satisfaction with respect to the built environment. With this, it is intended to contribute specifically with the development and qualification of National Policy Humanization concepts, related to primary healthcare environments and to the studies of environment-behavior relation in a general way.

Key Words: Health architecture. Basic health unit. Post-occupancy evaluation. Humanization. Relation environment-behavior.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Formas de participação do usuário	27
Figura 2	– Unidade de internação do Albert Einstein	36
Figura 3	– UTI neurológica do Hospital Beneficência Portuguesa	36
Figura 4	– Perspectiva UBS Porte IV	41
Figura 5	– Planta baixa UBS Porte IV	42
Figura 6	– Perspectivas Sala de Atividades Coletivas e Recepção UBS Porte I	43
Figura 7	– Perspectivas UBS Minas – Tipo 3E e 3A	47
Figura 8	– Planta baixa UBS Minas – Tipo 3 – Expansível	48
Figura 9	– Freshney Green Primary Care Centre	49
Figura 10	– Jardins e bicicletário	50
Figura 11	– Implantação Freshney Green	50
Figura 12	– Lobby	51
Figura 13	– Variação de revestimentos de piso e comunicação visual	51
Figura 14	– Balcões de atendimento	52
Figura 15	– Salas de espera	52
Figura 16	– Consultórios	53
Figura 17	– Planta baixa pavimento térreo	53
Figura 18	– Vista aérea Sarah Rio de Janeiro	54
Figura 19	– Visão de áreas verdes no interior e exterior do edifício	55
Figura 20	– Áreas externas de convivência e presença de elementos naturais	55
Figura 21	– Painéis artísticos de Athos Bulcão	55
Figura 22	– Plasticidade arquitetônica	56
Figura 23	– Corte esquemático do sistema de ventilação e proteção solar	56
Figura 24	– Iluminação natural e amplas janelas	57
Figura 25	– Distribuição dos serviços de saúde de Londrina	66
Figura 26	– Planta Padrão UBS	70
Figura 27	– Localização do observador do Mapa Comportamental	74
Figura 28	– Imagens da Seleção Visual – Fachada	76
Figura 29	– Imagens da Seleção Visual – Salas de espera	78
Figura 30	– Vista UBS α	81
Figura 31	– Território de abrangência UBS α	82

Figura 32 – Entorno UBS α	83
Figura 33 – Implantação UBS α	83
Figura 34 – Acesso de ambulância	84
Figura 35 – Academia ao ar livre	84
Figura 36 – Vista balcão de atendimento	85
Figura 37 – Sala de espera	85
Figura 38 – Porta de entrada	85
Figura 39 – Sala de espera	86
Figura 40 – Placa de sinalização	86
Figura 41 – Características das salas de consulta	86
Figura 42 – Cartazes informativos	86
Figura 43 – Alteração de uso da espera interna e cadeiras no corredor	87
Figura 44 – SAME	88
Figura 45 – Sala de coordenação	88
Figura 46 – Porta com visor vedado	88
Figura 47 – Filas de espera	91
Figura 48 – Forma de ocupação da recepção	92
Figura 49 – Conflito de fluxo na recepção UBS α	93
Figura 50 – Resposta Mapa Mental	94
Figura 51 – Resposta do Poema dos Desejos	94
Figura 52 – Gráfico de Pareto UBS α	99
Figura 53 – Resultados IGI UBS α	100
Figura 54 – IGI de todas as categorias UBS α	101
Figura 55 – UBS β	102
Figura 56 – Território de abrangência UBS β	103
Figura 57 – Entorno UBS β	104
Figura 58 – Implantação UBS β	104
Figura 59 – Acesso pela viela e praça	105
Figura 60 – Vista frontal da UBS β	105
Figura 61 – Estacionamento	105
Figura 62 – Balcão de atendimento e recepção UBS β	106
Figura 63 – Persianas sem uso	106
Figura 64 – Corredor estrangulado e esterilização restrita ao uso	107
Figura 65 – Alteração de uso	108

Figura 66 – Fechamento dos ralos.....	108
Figura 67 – Espera da abertura da unidade.....	111
Figura 68 – Forma de ocupação	111
Figura 69 – Fluxo e concentração dos usuários UBS β	111
Figura 70 – Resposta Mapa Mental	112
Figura 71 – Resposta do Poema dos Desejos	113
Figura 72 – Gráfico de Pareto UBS β	118
Figura 73 – Resultados IGI UBS β	119
Figura 74 – IGI de todas as Categorias UBS β	120
Figura 75 – UBS γ	121
Figura 76 – Território de abrangência UBS γ	121
Figura 77 – Entorno UBS γ	122
Figura 78 – Implantação UBS γ	123
Figura 79 – Fechamento externo UBS γ	123
Figura 80 – Jardim Frontal	124
Figura 81 – Estacionamento UBS	124
Figura 82 – Toldo de proteção	124
Figura 83 – Pintura em mau estado	124
Figura 84 – Balcão de atendimento UBS γ	125
Figura 85 – Salas de espera	125
Figura 86 – Estado das persianas.....	125
Figura 87 – Alteração de uso	125
Figura 88 – Forma de ocupação da recepção	128
Figura 89 – Fluxos e concentração dos usuários UBS γ	129
Figura 90 – Recepção.....	130
Figura 91 – Ocupação de pessoas na região externa.....	130
Figura 92 – Caixa de material coletado.....	130
Figura 93 – Resposta Mapa Mental	131
Figura 94 – Resposta do Poema dos Desejos	132
Figura 95 – Gráfico de Pareto UBS γ	136
Figura 96 – Resultados IGI UBS γ	137
Figura 97 – IGI Todas as Categorias UBS γ	138
Figura 98 – Diferenças de orientação das UBSs	139

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modelo Planetree	34
Tabela 2 – Considerações projetuais.....	43
Tabela 3 – Análises do projeto.....	45
Tabela 4 – Equipes de Saúde da Família e cobertura populacional.....	61
Tabela 5 – Sugestão de estrutura de UBS de acordo com o número de ESF.....	62
Tabela 6 – Estrutura de UBSs do Programa de Requalificação de UBS 2013	64
Tabela 7 – Resultado Seleção Visual 01 – UBS α	96
Tabela 8 – Resultado Seleção Visual 02 – UBS α	97
Tabela 9 – Resultado Seleção Visual 1 – UBS β	115
Tabela 10 – Resultado Seleção Visual 2 – UBS β	116
Tabela 11 – Resultado Seleção Visual 1 – UBS γ	133
Tabela 12 – Resultado Seleção Visual 2 – UBS γ	134
Tabela 13 – Síntese dos principais resultados dos estudos de caso.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APO	Avaliação Pós-Ocupação
APP	Avaliação Pré-Projeto
CHD	<i>Center for Health Design</i>
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COHAB	Companhia de Habitação
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DAS	Diretoria de Ações em Saúde
DML	Depósito de Material de Limpeza
EBD	<i>Evidence-Based Design</i>
EDAC	<i>Evidence-Based Design Accreditation and Certification</i>
ESF	Equipe de Saúde da Família
HZN	Hospital Zona Norte
HZS	Hospital Zona Sul
HURNP	Hospital Universitário da Região Norte de Londrina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGI	Índice Geral de Importância
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PML	Prefeitura Municipal de Londrina
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização do Ambiente Hospitalar
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	HUMANIZAÇÃO DA ARQUITETURA	16
2.1	A BUSCA POR UM ENTENDIMENTO	16
2.2	O USUÁRIO COMO MEDIDA DA HUMANIZAÇÃO.....	22
2.3	A CONTRIBUIÇÃO DO USUÁRIO NA HUMANIZAÇÃO DOS AMBIENTES	27
3	ARQUITETURA NA ÁREA DA SAÚDE	30
3.1	OS CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO APLICADOS À SAÚDE.....	30
3.2	A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS	37
3.2.1	Cartilha Humaniza SUS: Ambiência	38
3.3	EXEMPLOS DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE.....	40
3.3.1	UBS Padrão.....	40
3.3.1.1	UBS padrão - ministério da saúde.....	40
3.3.1.2	UBS modelo - governo de Minas Gerais	45
3.3.2	Exemplo Internacional: Freshney Green Primary Care Centre.....	49
3.3.3	Exemplo Nacional: Rede Sarah.....	54
4	PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	59
4.1	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS).....	59
4.2	SERVIÇOS DE SAÚDE DE LONDRINA	64
4.3	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM LONDRINA: ESTUDO DE CASO	67
4.4	INSTRUMENTOS DE PESQUISA	71
4.4.1	Fase 1: Reconhecimento.....	71
4.4.2	Fase 2: Pesquisa com a Participação Direta do Usuário.....	73
4.4.3	Fase 3 – Questionários.....	78
5	ESTUDO DE CASO	81
5.1	UBS α	81
5.1.1	Contextualização	81
5.1.2	Resultados.....	82
5.2	UBS β	102

5.2.1	Contextualização	102
5.2.2	Resultados.....	103
5.3	UBS γ	120
5.3.1	Contextualização	120
5.3.2	Resultados.....	122
5.4	ANÁLISE COMPARATIVA: ESTUDOS DE CASO	138
6	RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS	148
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
7.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA.....	157
	REFERÊNCIAS.....	161
	ANEXOS	168
	ANEXO 1 – Modelo da ficha de avaliação da Walkthrough aplicada	169
	ANEXO 2 – Modelo de roteiro das entrevistas aplicadas.....	170
	ANEXO 3 – Modelo de planilha do Poema dos desejos aplicada	172
	ANEXO 4 – Modelo de planilha da Seleção Visual 1 aplicada.....	173
	ANEXO 5 – Modelo de planilha da Seleção Visual 2 aplicada.....	174
	ANEXO 6 – Modelo do Questionário final aplicado.....	175
	ANEXO 7 – Cartas de pesquisa do IGI	177
	ANEXO 8 – Autorização de pesquisa 01	178
	ANEXO 9 – Autorização de pesquisa 02	179

1 INTRODUÇÃO

A inserção e o desenvolvimento dos conceitos de humanização na área da saúde brasileira se intensificou, principalmente em 2001, após a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e, em seguida, reforçado com a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, ambos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Tais medidas podem ser encontradas em aplicação e funcionamento em diversos estabelecimentos de saúde brasileiros, focadas no atendimento e acolhimento dos pacientes, tanto em estabelecimentos particulares quanto em públicos. Porém a preocupação com a qualidade ambiental e sua inter-relação com o usuário ainda possui um longo caminho a ser percorrido, principalmente nos ambientes de atendimento à Atenção Primária, consideradas a “Porta de entrada do SUS”, mais precisamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As UBSs são edifícios de saúde de grande importância para os usuários do SUS e têm o objetivo de oferecer assistência integral e gratuita às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. São oferecidos serviços em clínica geral, pediatria, ginecologia, enfermagem e, em alguns casos, odontologia, entre outros. Sua função é de extrema importância para a prevenção de doenças e acompanhamento da saúde de uma determinada população, além de possibilitar a diminuição da superlotação na rede hospitalar pública. Isso justifica a atual expansão e qualificação dessas unidades de saúde, também em razão da recente criação do Programa Mais Médicos, em 2013, que incentivou a convocação de médicos para atuar na Atenção Básica dos municípios e garantiu investimentos em infraestrutura destinado à reforma, ampliação e construção de aproximadamente 16 mil UBSs, para assim promover melhorias no acesso e na qualidade do atendimento de saúde brasileiro.

Embora exista uma consciência geral sobre a importância da humanização dos ambientes de saúde, principalmente após a criação da PNH, observou-se que os estudos referentes a esse tema estão muito focados nos ambientes mais complexos, como os hospitais, ou abordam setores específicos, como UTIs, clínicas radiológicas e maternidades. São escassas as pesquisas voltadas à aplicação desses valores e conceitos em ambientes físicos de menor complexidade como as UBSs, mesmo sendo consideradas como um importante

elemento de assistência primária. As UBSs se diferem dos demais estabelecimentos de saúde em razão do seu caráter primário de atendimento, não necessitando de setores de internações, atenção emergencial e de procedimentos complexos. Sendo assim, a reflexão sobre suas configurações ambientais e o modo de humanização do seu território é de extrema relevância para a qualificação de toda a rede do SUS e em todos os seus níveis de atendimento. Para Toledo (2002), com o crescimento do setor de atenção primária, o programa e a arquitetura desses estabelecimentos, como as UBSs, exigirão do arquiteto o mesmo nível de cuidado e conhecimento utilizados para os projetos de hospitais.

Esse interesse por ambientes de saúde humanizados parece ser um tema redundante e óbvio quando observado pelo olhar da arquitetura, já que o homem sempre é o foco principal de toda obra arquitetônica (CAVALCANTI, 2011), assim como também descreve Irineu Breitman¹:

Falar arquitetura humanizada é cometer no mínimo um pleonasmo, já que uma arquitetura de qualidade tem como objetivo fundamental atender às necessidades do homem, sejam elas do plano material como do psicológico, entre as primeiras, colocamos a orientação da edificação, a facilidade e clareza dos acessos, o dimensionamento adequado dos ambientes, a relação entre as diferentes áreas funcionais, a correta utilização dos materiais, a facilidade da manutenção através da previsão de visitas a todas as instalações, o conforto ambiental, entre outros aspectos a serem cuidados. No plano psicológico destacamos o respeito à privacidade dos usuários, a criação de espaços de convívio, o acesso à paisagem do entorno e a jardins, a presença de obras de arte e de outras manifestações culturais, a música e o silêncio dependendo da escolha do paciente e, finalmente, o caráter simbólico e o sentido de lugar que toda boa arquitetura deve proporcionar (TOLEDO, 2008: 133).

Atualmente, os projetos de arquitetura das UBS são regidos pelas diretrizes da RDC n. 50/2002 e de acordo com os padrões mínimos estipulados pelo Ministério da Saúde, porém, essas unidades não devem ser pensadas apenas respeitando as normas existentes, mas também questionando os valores sobre as necessidades tipicamente humanas dos indivíduos (MACHADO, AZEVEDO e ABDALLA, 2012). A falta de participação do usuário no processo de projeto, em especial o paciente e o acompanhante, distancia ainda mais o alcance de se

¹ Irineu Breitman é um arquiteto gaúcho, considerado por Toledo (2008) como um dos grandes nomes da arquitetura hospitalar brasileira, principalmente devido ao grande caráter humanizador observado em suas obras.

humanizar os ambientes de saúde, fazendo com que a repetição dos velhos padrões preexistentes seja uma realidade em todo o território brasileiro (TOLEDO, 2002).

O atual modelo difundido de humanização dos ambientes físicos de saúde é frequentemente banalizado e tratado como um modismo pelo exigente mercado capitalista da saúde privada e se torna incompatível sua replicação nos edifícios públicos brasileiros.

O objetivo principal dessa pesquisa consiste em investigar quais os atributos ambientais prioritários que podem favorecer a humanização dos ambientes físicos das UBS, a partir do ponto de vista dos usuários, sejam eles pacientes, acompanhantes ou funcionários, para assim obter informações que auxiliem na criação de projetos arquitetônicos que estejam mais próximos dos seus “valores” (o que as pessoas acham que é bom) e “desejos humanos” (o que as pessoas desejam) (SOMMER, 1979). Para isso, foi realizado um estudo comparativo de caso, focado em três UBSs da região norte da cidade de Londrina, Paraná, onde foram aplicados diversos métodos e técnicas de Avaliação Pós-Ocupação (APO).

Uma das hipóteses trabalhadas nessa pesquisa é que os resultados obtidos nas avaliações de satisfação e opinião dos usuários, identificados através da APO, podem servir como um dos elementos geradores de critérios de humanização para os ambientes de saúde e arquitetura. Com essas evidências, as recomendações sugeridas poderão servir para a criação de ambientes de saúde com aspectos humanizadores. Com isso, pretende-se contribuir no desenvolvimento técnico e conceitual da Política Nacional de Humanização, relacionada à arquitetura dos ambientes da Atenção Básica à Saúde, e para a elaboração de recomendações para um melhor planejamento projetual de futuras UBSs do Brasil.

2 HUMANIZAÇÃO DA ARQUITETURA

A origem dessa pesquisa se baseou na tarefa de entender como o projeto arquitetônico e seus elementos de composição são capazes de proporcionar a humanização pretendida aos ambientes físicos de saúde. Essa busca, de certa forma, resultou no desdobramento de outras dúvidas e questionamentos, o que demonstrou a dificuldade de se buscar um sentido único e objetivo para um conceito tão abstrato quanto a humanização.

Essa pesquisa, dessa forma, foi conduzida à luz da humanização², sem necessariamente estabelecermos verdades absolutas, até hoje obscuras. Atualmente, a própria teoria da arquitetura parece evitar a utilização da palavra humanização e suas derivadas, porém, muitas das atitudes e princípios arquitetônicos utilizados, estudados e disseminados, têm como foco exatamente a humanização da arquitetura, mesmo que utilizem outras palavras ou conceitos para se alcançar o mesmo objetivo (FONTES, 2007).

2.1 A BUSCA POR UM ENTENDIMENTO

Esse clamor (pela humanização) quer despertar a preocupação com os componentes e as formas do ambiente físico e com seus usuários, suas necessidades e seus desejos (KOWALTOWSKI, 1989: 132).

A retomada recente do termo humanização e sua aplicação na arquitetura teve como cenário principal o período pós-moderno, que fomentou o resgate dos princípios humanistas do passado clássico. A definição geral dos seus objetivos na arquitetura é exposta como a satisfação do usuário em sua relação com o ambiente físico (KOWALTOWSKI, 1989; BARROS E KOWALTOWSKI, 2013), porém trata-se de um tema muito mais amplo e conceitual, com inúmeras possibilidades de interpretação de acordo com o período e a ênfase proposta.

De um modo geral, a palavra humanização e suas derivações correspondem ao ato ou efeito de humanizar; tornar humano; tornar tratável; civilizar

² O termo humanização tem origem no humanitarismo (humanismo cristão) e no humanismo clássico, onde o primeiro acrescenta conceitos de amor e ternura, prevenção da crueldade e felicidade, e o segundo se preocupa com a natureza, estética, emoção e a melhoria do homem através da educação. De uma maneira geral, “a humanização da arquitetura pode ser ligada às ideias de melhoria e felicidade dos homens e a sua relação com o ambiente físico” (KOWALTOWSKI, 1989: 129).

(BUENO, 1992). Esse simples verbete, porém, não demonstra toda a complexidade e potencialidade por detrás desse conceito, considerado como elemento primordial para proporcionar qualidade ao ambiente construído. De acordo com Tschumi (2006a: 174), as complexas expressões arquitetônicas, mesmo não possuindo exemplares físicos construídos, “nos informam com muito mais exatidão sobre a situação da arquitetura, suas preocupações e suas polêmicas, que os próprios edifícios de seu tempo”. Trata-se da demonstração da realidade em que essa arquitetura está sendo discutida em busca de um resultado que muitas vezes pode se tornar utópico, porém de grande importância conceitual.

A trilogia vitruviana de *venustas*, *firmitas* e *utilitas* – “aparência atraente”, “estabilidade estrutural”, “acomodação espacial adequada”, é por assim dizer uma das primeiras e mais persistentes equações estabelecida para a arquitetura (TSCHUMI, 2006b), onde a união desses três elementos proporcionariam a máxima qualidade à uma construção. Essa tríade, considerada por Porphyrios (2006) como humanista, foi revivida por Alberti no século XV e, segundo o autor, continuará a viver de forma germinal, sendo ‘emprestada’ e adaptada para a atualidade, assim como fez Alberti. Para Tschumi (2006b), a tríade vitruviana, junto com outros elementos (escala, proporção, simetria, composição, forma/função, tipos ideais), podem ser essenciais na arquitetura, porém, também podem ser possíveis de serem ultrapassados. O século XX rompeu com essas três grandezas de Vitruvius, onde “a beleza desapareceu, a estrutura já não se limita a arquitetura e as atitudes relativas à comodidade do corpo no espaço mudaram” (NESBITT, 2006: 178), pois, segundo a autora, a arquitetura moderna se caracterizava pela valorização do coletivo em detrimento às questões do corpo e do lugar, consideradas individuais. Essa mudança conceitual demonstra uma nítida preocupação da relação do ser humano e suas ações com o ambiente construído e sua natureza multidisciplinar presente no período pós moderno.

[...] a noção de humanização é central nas discussões da arquitetura contemporânea, principalmente no que se refere à constatação da necessidade de maior atenção aos valores humanos e sociais e também ao processo de reavaliação do próprio papel da arquitetura frente a questões como o desenvolvimento global e o futuro do planeta (FONTES, 2007: 12).

Pode-se considerar que os princípios atuais de humanização do qual temos consciência, originaram-se com maior ênfase após a Segunda Guerra Mundial, com a crise dos preceitos do período modernista e a ascensão do movimento pós-moderno, caracterizado “pelo pluralismo de pontos de vista e pelo desejo de transpor os limites propostos pela teoria modernista” (FONTES, 2007: 12). Porém, consideramos que foi no próprio movimento modernista que a arquitetura foi utilizada para reestabelecer parâmetros básicos de necessidade, onde buscava-se uma melhoria de vida para a sociedade como um todo, em um pensamento coletivo e generalista.

Essas diretrizes modernistas são evidenciadas através das reuniões do CIAM (Congresso Internacional de Arquitetura Moderna) e principalmente através dos conceitos estabelecidos e difundidos, como por exemplo na Carta de Atenas de 1933. Em seu texto, Le Corbusier estabelece parâmetros básicos para preparar as cidades para o futuro, onde acreditava que os conceitos de habitação, lazer, trabalho e circulação poderiam proporcionar uma organização funcionalista para a qualidade de vida da população.

Tratava-se de propor uma cidade que funcionasse adequadamente para o conjunto de sua população, distribuindo entre todos, as possibilidades de bem-estar decorrentes dos avanços técnicos; semelhante objetivo propunha, evidentemente, alternativas políticas muito precisas, ainda que utópicas para a etapa histórica então em curso(SCHERER, 1993).

Porém, a contribuição dos preceitos modernistas tinha a tendência de solucionar problemas estruturais e funcionais presentes na época e tratava a arquitetura como uma “máquina de morar”, sem muitas preocupações com as necessidades e expectativas psicológicas de seus usuários (FONTES, 2007). A separação entre a arquitetura e o usuário é chamada por Okamoto (2002) de paradigma mecanicista-cartesiano da vida, onde os elementos são pensados separadamente, sem a interação entre ambos, e é considerado por Fontes (2007) como um dos responsáveis pelo questionamento dos dogmas modernistas.

Rasmussen (1998) considera a arquitetura como uma arte funcional criada para o uso do homem, ligada intimamente durante toda a sua vida, sendo o arquiteto o criador dos cenários para essa ação. Segundo o autor, o arquiteto encontra êxito em seus projetos quando proporciona todo o conforto aos seus

usuários, transformando uma arte fria e abstrata em uma vivência de grata experiência e prazer.

Essa vivência do usuário com a arquitetura também é explorada pela visão filosófica de Botton (2007) ao demonstrar a associação entre a arquitetura e a possibilidade de geração de felicidade e bem-estar dos usuários. O autor explora diversas épocas e estilos arquitetônicos expondo como os ambientes físicos influenciam e transformam seus usuários, da mesma forma que os usuários transformam os ambientes em busca de sua identidade e de aproximação com seus ideais. Para Botton (2007: 100) “dizer que uma obra de arquitetura ou design é bela é reconhecê-la como uma interpretação de valores fundamentais para o nosso desenvolvimento, uma transubstanciação de nossos ideais individuais num meio material”.

O meio material, entendido por Okamoto (2002) como o espaço interno físico, é definido como os edifícios e construções que possuem a função de atender as necessidades humanas, sendo estes elementos básicos do trabalho do arquiteto.

Para Fontes (2007:12), não encontramos na arquitetura uma ligação de humanização junto a “um processo mais amplo de revisão paradigmática”, como o ocorrido na área da saúde. Segundo a autora, essa nova visão tem origem no fracasso do modelo modernista do século XX, que valorizava as questões racionais e tecnológicas em detrimento de uma abordagem mais humanista sobre o assunto. Ainda, aponta que as discussões sobre a humanização na arquitetura contemporânea estão atreladas às questões das necessidades humanas e sociais e sobre o papel da arquitetura diante dos dilemas atuais, através de uma visão multidisciplinar característica do movimento pós-moderno.

Fontes (2007: 29) descreve os temas de discussão pós-modernos mediante as novas abordagens adotadas, que acredita auxiliar na construção do conceito de humanização na arquitetura:

- **A revalorização da história e da tradição:** critica a visão anti-histórica do modernismo pela sua incapacidade de criar um novo sentido à arquitetura; e utiliza-se da história, tradição e memórias para subsidiar a produção de significados na arquitetura.

- **A comunicação de sentidos:** preocupa-se com o sentido ou significado na arquitetura em elementos consagrados no imaginário e na memória da sociedade.
- **A construção do lugar:** desenvolvimento das “teorias do lugar” e a preocupação com a relação entre o homem e a natureza; a produção do sentido do lugar; e a diferenciação entre espaço e lugar.
- **As relações ambiente-comportamento:** os motivos que resultaram na crise do modelo modernista e a abordagem multidisciplinar pós-moderna influenciaram o interesse pelo estudo das relações do homem com o seu ambiente, principalmente a psicologia ambiental e a avaliação de desempenho do ambiente. O entendimento dessa inter-relação é primordial para a busca da humanização da arquitetura.
- **O enfrentamento das questões éticas, políticas e sociais:** discute o papel da arquitetura como arte e como serviço. Enfatiza as características éticas, políticas e sociais pertencentes à arquitetura: “o cuidado em relação ao impacto social e ambiental das intervenções; a preservação da herança cultural e ambiental; a busca da melhoria do meio ambiente e da qualidade de vida; a defesa dos direitos humanos, entre outros”.

O período pós-guerra foi responsável por fomentar a disseminação e o debate dos conceitos de humanização da arquitetura. Nesse sentido, Alvar Aalto (1982) inicia as suas discussões sobre as questões de satisfação sobre o ponto de vista do usuário e sua preocupação com a humanização da arquitetura. Aalto (1982) utiliza-se do caos implantado na Europa para difundir suas ideias na reconstrução das cidades atingidas pela destruição da Primeira Guerra, com a utilização dos conceitos de humanização para a melhoria das moradias afetadas. Na sequência, o autor escreve um artigo para o “The Technology Review” intitulado “A humanização da Arquitetura”, que critica o estilo racionalista técnico do primeiro período moderno por não se importar com os aspectos humanos e psicológicos dos usuários, exaltando apenas a técnica e a razão. Suas críticas englobam desde os materiais utilizados nos mobiliários, até as configurações de quartos de hospitais e sanatórios da época.

Porphyrios (2006) caracteriza as ações de Alvar Aalto como ecléticas, nas décadas de 1950 e 1960, por demonstrar um rompimento com o objetivismo moderno latente. Por essa razão, o autor o considera como o primeiro arquiteto pós-modernista. Segundo Toledo (2008), o Sanatório *Paimio* (1929-33), de Aalto, é uma das obras primas da arquitetura moderna e uma das primeiras referências para projetos mais humanizados.

De uma maneira geral, a humanização da arquitetura pode ser entendida como o ato de projetar para as pessoas ao considerar todos os aspectos necessários que proporcionem qualidade de vida, assim como demonstra Kowaltowski (2011: 01):

A humanização é justamente isso: deveríamos projetar para as pessoas e não para a forma. E isso não significa funcionalidade. Funcionalidade é projetar para as necessidades básicas das pessoas. A humanização vai além: é projetar para as percepções e diversidades das pessoas e para que o ambiente seja apreciado e, por que não, amado. Se não levarmos isso em conta, é melhor não projetar.

Para Rheingantz (2001), a qualidade de vida³ proporcionada por um ambiente construído não está relacionada apenas ao ambiente físico e muito menos ao sujeito que o habita, mas sim na relação e interação entre essas duas grandezas, onde é recomendado que sua análise não seja realizada isoladamente. A falta de uma atenção coesa entre esses fatores (pessoa e ambiente) ou a valorização de um em detrimento do outro, pode resultar em um total fracasso e insucesso (CAVALCANTE e ELALI, 2011), ou seja, a criação de ambientes desumanos.

Segundo Okamoto (2002), para todo o processo de criação, deve se considerar o ser humano em sua totalidade objetiva e subjetiva, com foco na interação social e comportamental do usuário com o ambiente construído.

Nesse sentido, as contribuições de Alexander *et al* (2013), tanto na área de metodologia de projeto, como de ambiente-comportamento, foram pioneiras e ajudaram a formar o arcabouço da relação homem-ambiente. Em seus 253 *patterns*, subdivididos em grupos gerais (cidade, arquitetura e construção), esses autores descrevem as suas teorias, baseadas em observações não científicas e a partir de seus conceitos, propondo uma sistematização de um método de projetar

³ Qualidade de vida é definida por Rheingantz (2001: 14) como “a experiência produzida no processo de interação” entre o ambiente construído e seus ocupantes.

através da união de padrões ou parâmetros⁴ de projeto, para proporcionar às construções e cidades uma forma de se construir mais viva e humana.

Exposto o caráter de humanização da arquitetura da obra de Alexander *et al* (2013), Barros e Kowaltowski (2013) conseguem filtrar e interpretar com grande síntese, nos diversos *patterns* presentes no livro, o conteúdo humanista dessa obra no que se refere às necessidades humanas esperadas do ambiente, e ainda, complementam com outros aspectos considerados importantes para as discussões contemporâneas sobre humanização. São eles:

- Necessidades sensoriais (calor, luz, som e cheiro);
- Territorialidade e privacidade;
- Segurança;
- Orientação espacial e constância;
- Estímulo visual estético e beleza;
- Variedade de estímulos sensoriais;
- Sustentabilidade⁵;
- Desenho universal.

Portanto, ao se falar de humanização da arquitetura, todos os olhares são voltados ao binômio homem-ambiente, em uma busca constante de que a arquitetura forneça o bem-estar físico e emocional para seus usuários, contribuindo na satisfação de seus desejos e suprimindo todas as suas necessidades.

2.2 O USUÁRIO COMO MEDIDA DA HUMANIZAÇÃO

Colocávamo-nos na posição de clientes e projetávamos para pessoas que não estavam presentes ou que talvez nem existissem num sentido sociológico significativo (SOMMER, 1979:31).

Considerada como uma arte funcional (RASMUSSEM, 1998), a arquitetura desempenha seu papel de importância ao ser vivenciada pelos seus usuários, proporcionando segurança, conforto e bem-estar. A arquitetura só se torna útil quando projetada para o homem, concretizando seus desejos e necessidades de

⁴ A palavra inglesa *patterns* é traduzida como parâmetro para descaracterizar a forma impositiva da palavra padrão (tradução na íntegra). O motivo é utilizar os *patterns* de forma propositiva e não sistemática ou determinista. (BARROS E PINA, 2009; BARROS E KOWALTOWSKI, 2013)

⁵ Embora a sustentabilidade seja pertinente à humanização da arquitetura, esse tema não será abordado nesse trabalho.

vida. Ao considerar o homem como o ator central de todo projeto arquitetônico, o arquiteto busca criar formas para que nelas sejam desenvolvidas as experiências humanas e com isso proporcionar a humanização. Porém, para que isso aconteça, cria-se a necessidade de identificar ou caracterizar o homem-usuário, o sujeito das ações arquitetônicas.

Dentro da história da arquitetura, segundo os tratados de Vitruvius (século I A.C), o corpo do homem (masculino, atlético e proporcional) era considerado como a base de todas as medidas, onde os edifícios deveriam se basear na simetria e proporções matemáticas e geométricas da forma humana. Porém, foi apenas na Renascença que a imagem do “Homem Padrão” se materializou com o clássico desenho de Da Vinci do homem perfil: O Homem Vitruviano (SILVA *et al*, 2007).

Com base nos ensinamentos vitruvianos, Palladio concretiza os ideais humanistas do Renascimento com a publicação de *The Four Books of Architecture* (1570), ao recriar os conceitos da antiguidade, onde mais uma vez a beleza deveria se basear na forma humana e todos os elementos eram estabelecidos através das proporções dessa medida (BOTTON, 2007). A mesma analogia sobre o corpo humano na arquitetura foi abordada por Alberti, porém de uma forma bem menos evidente (AGREST, 2006).

Essa mesma *standartização* foi retomada por Le Corbusier, no período modernista ao criar o “Modulor” através das proporções áureas e dos números de Fibonacci (DUARTE e COHEN, 2003), na qual poderia proporcionar a essência da harmonia desejada para as composições arquitetônicas. Para Le Corbusier, O Modulor “é um instrumento universal, fácil de empregar e que pode ser usado no mundo inteiro para obter beleza e racionalidade nas proporções de tudo o que é produzido pelo homem”(RASMUSSEN, 1998: 120).

Nessa rápida abordagem, o homem é considerado na arquitetura como uma unidade métrica, resultante de beleza e harmonia. Apenas considerando o corpo como uma questão antropométrica, um modelo padrão. O rompimento com o pensamento cartesiano que separa corpo e mente, considerada por Rheingantz *et al* (2004) como indivisível, gera uma nova abordagem para o modelo humano.

Segundo Arzabe e Graciano (1998), modelos não existem no mundo real e essa forma de se nivelar as pessoas resulta em uma arquitetura desumanizada e segregadora, principalmente quando considerados os indivíduos que não se

encaixam nesses padrões, como os obesos, portadores de deficiências, idosos, etc. (DUARTE E COHEN, 2003). Essa forma de se pensar a arquitetura não satisfaz as necessidades das pessoas reais (RHEINGANTZ *et al*, 2004) e não leva em consideração os elementos subjetivos e psicológicos de cada indivíduo.

Cabe ressaltar ainda que o padrão de satisfação das necessidades humanas possui um nível hierárquico de classificação (Pirâmide de Maslow), onde uma necessidade só é almejada, se a necessidade anterior tiver sido contentada e assim por diante (GRASSELLI, 2007; ELALI, 2009), ou seja, quando as necessidades mais básicas de um usuário não estão satisfeitas, ele não tem tempo ou interesse para buscar as outras necessidades mais elevadas (SOMMER, 1979). Sobre as questões de “necessidades humanas”, Sommer (1979) utiliza, em seu lugar, as expressões “valores humanos” (o que as pessoas acham que é bom) e “desejos humanos” (o que as pessoas desejam).

Através de uma proposta de grande caráter humanizador, Sattler (2007) utiliza-se dos princípios holísticos⁶ para alcançar a total satisfação dos usuários e demonstra que essa satisfação só é alcançada quando o projeto contemplar todas as necessidades humanas referentes ao ambiente construído em todas as suas dimensões: físicas, cognitivas, sensoriais, emocionais e, quando possível, espirituais.

Ao buscar contemplar o homem como fim último de nossas ações, buscamos também identificá-lo no todo de suas necessidades: do coração e da mente, do corpo e dos sentidos, ousando, também, interpretar e buscar uma resposta às suas necessidades espirituais(SATTLER, 2007:11).

Para Charles Jencks (1977 apud FONTES, 2007: 14), um dos motivos da falência do modelo modernista se deu pela maciça arquitetura racional destinada a uma coletividade idealizada de usuários. Segundo o autor, essa idealização se deu pelo “crescente afastamento do arquiteto em relação aos verdadeiros usuários dos espaços por ele projetados, ou seja, o arquiteto não conhecia mais, ou não tinha contato direto com o seu cliente.” Fontes (2007: 18) credita ao período pós-moderno a valorização e o reconhecimento da real dimensão humana e social, não de forma idealizada e prescritiva como no modernismo, que

⁶ Abordagem que objetiva contemplar as necessidades humanas em todos os seus graus, resultando em “uma ‘sensação de completo bem-estar físico, emocional’ e espiritual” (SATTLER,2007).

buscava moldar o ser humano à um novo modo de vida, mas sim em “sintonia com a diversidade das condições físicas, psíquicas e sociais encontradas nas populações de usuários [...]”.

Com as constantes mudanças da sociedade atual, o ambiente construído além de prover proteção ao homem que o habita, se tornou um elemento provedor de funções muito mais complexas, se adaptando às atuais necessidades e inovações do “homem-usuário contemporâneo” (ORNSTEIN, 1995: 27). Portanto, as necessidades idealizadas ou padronizadas, ou ainda, a criação de um homem ideal se tornou obsoleta diante da efemeridade dos fatos e da rápida substituição de padrões da sociedade (DUARTE E COHEN, 2003).

Sommer (1979) chama atenção sobre a equivocada criação de um “ideal hipotético” de usuários e sobre a transformação das necessidades das pessoas em valores absolutos. O autor recomenda que além de se realizar pesquisas com os potenciais futuros usuários, deve-se também observar e pesquisar as obras semelhantes existentes e utilizá-las como base de informações.

É nesse sentido que destacamos a importância de se entender o usuário real para o qual se está projetando, onde a presença humana se torne um dos principais e mais importantes eixos presentes em todos os momentos do processo projetual (ELALI, 2009). De acordo com a autora, quanto mais fiel for a caracterização da população-alvo, melhor a arquitetura irá se aproximar das necessidades e expectativas dos usuários.

A não compreensão das necessidades do usuário real e a pouca abertura a sua participação no planejamento do ambiente construído, propiciam o surgimento de um produto não condizente com suas aspirações, relacionados a, entre outras: configuração dos espaços (forma e dimensionamento), capacidade de carga (quantidade mínima e máxima de usuários), legibilidade, layout e condições de habitabilidade (térmica, acústica, lumínica) e sinomorfias percebidas.” (ELALI, 2009:91).

Com uma visão contraditória, Pallasmaa (2006) afirma que os defensores da humanização estão equivocados quando tentam projetar para as necessidades do homem real. Segundo o autor, a criação de um cliente ideal é a primeira atitude para a garantia de bons resultados na arquitetura. Essa afirmação tem lógica quando tentamos imaginar (e idealizar) os possíveis usuários que irão habitar nossos projetos, muitas vezes desconhecidos, porém a caracterização da

população-alvo (ELALI, 2009) sempre será baseada em dados e levantamentos realizados com pessoas reais, com o objetivo de uma aproximação mais intensa às necessidades e expectativas de um grupo de usuários que irão se beneficiar dessas melhorias.

Um dos marcos da pesquisa homem-ambiente é a constatação de que os projetistas e os usuários são muito diferentes em suas reações aos ambientes, suas preferências, etc., em parte porque seus esquemas variam. Portanto, os significados dos usuários que são importantes, e não os significados dos arquitetos ou críticos; são os significados dos ambientes cotidianos, não famosos edifícios – históricos ou modernos” (RAPOPORT, 1990:15-16) tradução nossa.

Cabe ressaltar que os movimentos inseridos no período pós-moderno geraram mudanças significativas nos modelos da arquitetura e sua visão do sujeito como usuário. Um exemplo foi o movimento feminista, que rompeu com a repressão do gênero neutralizado da mulher e do antropocentrismo masculino na arquitetura (AGREST, 2006). Segundo Alexander *et al* (2013) a extrema distinção sexual gera uma visão distorcida da realidade e a solução está na utilização de “instintos” masculinos e femininos em cada parte do meio ambiente.

Essas mudanças de visão da sociedade também abordam outras questões como o aumento da expectativa de vida da população mundial, em geral, e a necessidade de se pensar a arquitetura adaptada para todas as faixas etárias. Alexander *et al* (2013: 142) propõe a ideia da criação de ambientes focados para dar suporte a cada etapa de vida (faixa etária) e para a interação entre essas etapas, da criança lactante até o idoso, para proporcionar equilíbrio para suas ações: “o que talvez não seja tão bem entendido é a ideia de que cada fase é uma realidade distinta, com suas próprias compensações e dificuldades especiais; que cada fase tem certas experiências características que lhe são inerentes”

Essa fase de pensamentos plurais originadas no pós-modernismo desencadeou o crescimento de visões para assuntos contemporâneos, antes adormecidos, e que, com o tempo, foi tomando corpo e gerando pensamentos multifocais para auxiliar em uma melhor caracterização dos diversos tipos e modelos de pessoas, usuários ou clientes para a arquitetura. Grande parte desse êxito é creditado aos estudos multidisciplinares nas áreas de avaliação de desempenho do

ambiente construído, ambiente-comportamento e psicologia ambiental. Todos com um objetivo em comum: auxiliar na inter-relação entre o homem e o ambiente.

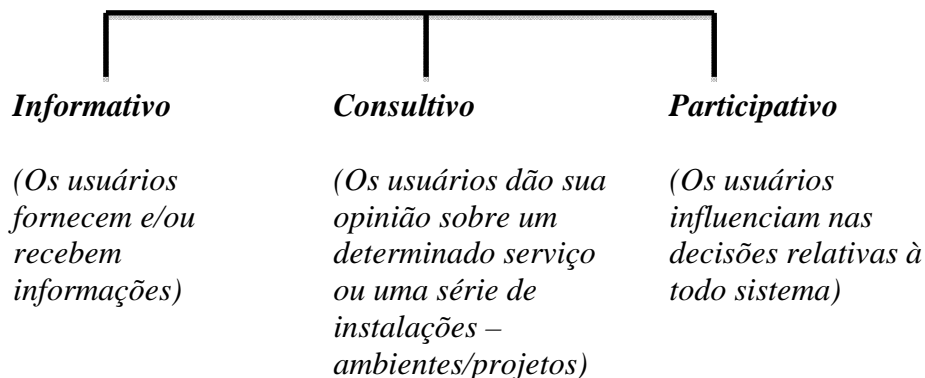
2.3 A CONTRIBUIÇÃO DO USUÁRIO NA HUMANIZAÇÃO DOS AMBIENTES

Como exposto acima, a arquitetura é uma arte centrada nos seus usuários e feita para a sua vivência em harmonia, porém é um equívoco pensar ainda hoje que o arquiteto seja o único responsável e detentor de todas as verdades absolutas e infalíveis, capaz de proporcionar aos indivíduos que experimentam sua arquitetura, ambientes agradáveis e humanos (RHEINGANTZ *et al*, 2004; BECHTEL, 1997). Na década de 1970, Sommer (1979) criticava a forma como os valores referentes à satisfação dos usuários eram utilizados no processo de design: de forma arbitrária, não sistemática e irracional. Hoje, essa tarefa arquitetônica possui um caráter muito mais democrático e interativo, onde o usuário é um dos atores atuantes e de grande importância no processo projetual.

Sanoff (2000) considera que, quando pesquisados, os usuários de um ambiente podem se tornar os especialistas (*experts*) capazes de fornecer opiniões mais confiáveis e corretas pela razão de serem as pessoas que mais sabem sobre o seu uso, suas necessidades, carências e qualidades.

Esses usuários, considerados como especialistas, podem auxiliar no processo projetual através de três modalidades de participação, conforme citadas por Damodaran (1996):

Figura 1 - Formas de participação do usuário



Fonte: Damodaran (1996: 365)

Pode-se considerar a forma participativa como uma pesquisa de opinião sobre um determinado assunto ou programa; consultiva como uma pesquisa de avaliação sobre um objeto, como por exemplo a APO e a APP; e a forma participativa como a atuação direta do usuário em todas as decisões do projeto, por exemplo o projeto participativo, muito utilizado por Sanoff (2000).

Outra definição da contribuição dos usuários é abordada por Levy-Leboyer (1985, apud ELALI, 2009), dividido em quatro formatos de atuação:

- Forçada - quando se impõe um modo de comportamento aos usuários;
- Passiva - no processo de tomada de decisões, os projetistas utilizam o resultado de pesquisas feitas com os usuários, procurando atender às opiniões majoritárias;
- Ativa - projetistas e usuários dialogam em todas as fases do projeto;
- Espontânea - os usuários tomam a iniciativa de se fazerem ouvir e/ou impor sua vontade.

As duas abordagens descritas acima possuem características semelhantes de definição, onde o usuário tem um poder maior ou menor de influência e interação com o pesquisador, fornecendo informações mais específicas ou subjetivas. Nosso objetivo não está focado no estudo do processo de projeto, mas sim como a opinião do usuário e seu ponto de vista podem auxiliar o arquiteto no desenvolvimento de projetos mais humanos e mais próximos das necessidades reais dos seus usuários, assim como defende Toledo (2002).

Independente dos formatos de participação no processo projetual, a contribuição do usuário sempre deve ser considerada como um importante elemento em todas as ações idealizadas pelo projetista, para que as suas soluções arquitetônicas possam estar direcionadas e focadas nas reais necessidades dos usuários (ELALI, 2009). Essa abordagem metodológica que busca o entendimento e a compreensão das necessidades e aspirações do usuário real pode ser considerada como uma das formas de se aproximar cada vez mais das condições ideais de humanização do ambiente construído.

O conceito de humanização se tornou recentemente um tema amplamente discutido nas mais diversas disciplinas, principalmente na área de atenção à saúde, onde se tornou um eixo norteador para a transformação e

qualificação, tanto das formas de trabalho e atendimento aos pacientes, quanto dos ambientes físicos que dão suporte para essas ações. A união multidisciplinar entre a arquitetura e a medicina é um processo que busca garantir a saúde e bem-estar físico dos pacientes, acompanhantes e funcionários que se utilizam desses estabelecimentos, fazendo com que os elementos da arquitetura possam servir de suporte para a criação de ambientes de saúde mais humanos e agradáveis.

No capítulo à seguir, iremos demonstrar algumas propostas e teorias que abordam esse binômio na qualificação dos ambientes de saúde, onde, em muitos dos casos, o foco no usuário é uma das principais abordagens utilizadas na elaboração de soluções arquitetônicas que buscam a humanização da atenção à saúde dos pacientes.

3 ARQUITETURA NA ÁREA DA SAÚDE

A arquitetura deve ser, de alguma forma, direcionada às necessidades humanas, sua dinâmica, seu movimento. O projeto do lugar deve refletir a hierarquia e os hábitos de seus usuários, para que seja também ele um projeto incluyente e cheio de vida. A boa arquitetura hospitalar, assim como a boa Arquitetura, deve constituir cenário para a ação humana, favorecendo sua apropriação (CAVALCANTI, 2011:71).

3.1 OS CONCEITOS DE HUMANIZAÇÃO APLICADOS À SAÚDE

Após dez anos de sua criação e implantação, a Política Nacional de Humanização (PNH) é considerada um marco na evolução do sistema público de saúde brasileira, em busca da qualidade na atenção ao usuário e de melhores condições de trabalho aos profissionais. Muitos obstáculos, porém, ainda devem ser superados para a concretização dos objetivos inicialmente propostos, oferecendo à população um atendimento de saúde realmente humano, digno e eficaz.

O desenvolvimento e difusão dos princípios da PNH devem ser encarados como uma tarefa contínua e ininterrupta através de atitudes inovadoras e criativas, que proporcionem a concretização dos preceitos e valores que a caracterizam. Benevides e Passos (2005) criticam o processo de modismo instituído nas condições humanizadoras na saúde, que padroniza as ações e repete modos de funcionamento de forma sintomática, criando assim um aspecto de “conceito-sintoma”⁷, dando origem a um enfraquecimento da força original do movimento que objetiva a busca de mudança das práticas de saúde.

Quando tratamos da humanização do ambiente físico⁸ encontramos frequentemente a mesma problematização do modismo descrito acima, porém, caracterizado como banalização ou esvaziamento de conteúdo (LOPES e

⁷ É assim que a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços”(BENEVIDES E PASSOS, 2005 p 390).

⁸ Segundo Teixeira (2005), nas últimas décadas, a medicina passa a incorporar as tecnologias médicas nos seus processos de trabalho e demanda ambientes condizentes, porém, a filosofia da atenção à saúde volta-se para a autonomia e qualidade de vida do paciente, tornando a humanização dos ambientes uma exigência.

MEDEIROS, 2004). A humanização do ambiente ou da própria arquitetura, em sua grande maioria, é tratada superficialmente como um arranjo de mobiliário, presença de elementos decorativos ou simplesmente, um estilo de decoração. Em outras palavras, utiliza-se de elementos “decorativos” ou de “abordagem cosmética” como efeito placebo (LINDHEIM, 1975) para resolver problemas estruturais que deveriam ser contemplados e solucionados na concepção do projeto arquitetônico.

Assim como na arquitetura em geral, um ambiente de saúde humano deve ser confortável (conforto térmico, acústico lumínico e visual), transmitir bem-estar e proporcionar um padrão satisfatório de qualidade para todos os seus usuários (SAMPAIO e CHAGAS, 2010). As autoras citam que a inserção de elementos da natureza, como vegetação, pedra, madeira e água, podem proporcionar uma sensação psicológica de aconchego e interferir positivamente no bem-estar dos usuários, juntamente com a música, quadros e gravuras com motivos naturais.

De acordo com Lopes e Medeiros (2004: 02) o termo humanização é encontrado com bastante frequência, nos diversos veículos de informação científicos, vinculado a temas diretamente relacionados à área de atenção à saúde. Sua pesquisa associa a humanização a três elementos presentes na prestação de serviços de saúde: **a assistência, o ambiente físico e a instituição**. Segundo as autoras, o processo de humanização, em tese, só seria completo se os elementos da tríade citada acima fossem pensados em conjunto, porém isso nem sempre acontece em razão da falta de uma discussão interdisciplinar sobre o assunto. Ainda, complementam que “na arquitetura ainda não se registra um desenvolvimento teórico-conceitual capaz de fornecer a base necessária para uma aplicação mais consequente do termo”.

O grande desafio que devemos assumir está no rompimento dos atuais modelos estabelecidos que tratam a humanização como um produto ou uma forma de propaganda de bom serviço e qualidade, assim como defendem Lopes e Medeiros (2004). Essa humanização mercantilizada, fruto da exigência de um mercado capitalista e competitivo da saúde privada (CIACO, 2010; CAVALCANTI, 2011), é o atual modelo difundido e sua aplicação se torna incompatível nos edifícios de saúde pública do Brasil, ainda mais quando os gestores não consideram esses conceitos como essenciais ao projeto, principalmente pelo seu alto custo de implantação (SINCLAIR, 2003). A humanização do espaço de saúde público deve ser

pensada de outra forma. Não devemos pensar a humanização como sinônimo de luxo e sofisticação dos ambientes físicos, mas sim como um processo que consiga estabelecer uma relação de bem-estar e convívio entre usuário e ambiente, através de abordagens multidisciplinares de diversas áreas do saber.

Quando levantadas as bibliografias referentes ao tema “Humanização dos ambientes da Saúde”, observamos quase que sua totalidade está baseada nos estudos e aplicações desses conceitos para os edifícios de natureza mais complexas, como os hospitais, ou abordando os setores específicos, tais como UTIs, clínicas radiológicas e maternidades. Claro que a complexidade desses temas gera a necessidade de estudos mais intensos e minuciosos, porém, o mesmo empenho deve ser despendido para os edifícios considerados mais simples como as UBSs, em razão de sua importância quando tratada como “Porta de entrada do SUS”.

Toledo (2008, 116) defende que esse debate da humanização da saúde não cabe apenas aos hospitais, mas deve ser “ampliado para todos os demais estabelecimentos, sejam eles postos de saúde, policlínicas, centros de diagnósticos ou unidades pré-hospitalares” O autor ainda afirma que, apesar das mudanças recentes ocorridas na medicina, a arquitetura é uma das ferramentas mais importantes para possibilitar a humanização da atenção à saúde e defende que a união entre medicina e a arquitetura hospitalar se torne um novo paradigma capaz de promover a saúde e o bem-estar físico e psicológico do paciente.

Esse conceito também é abordado por Howard (1975), onde propõe oito condições para a humanização da assistência à saúde: Valor inerente; Impossibilidade de substituição; Visão holística; Liberdade de ação; Igualdade de condições (*status*); Decisão e responsabilidade compartilhada; Empatia; e Envolvimento emocional. A autora considera esses elementos os “ingredientes” necessários e suficientes para a humanização da atenção à saúde e os separa em dimensão ideológica, estrutural e afetiva ou emocional. Segundo Dalmaso (2005: 33), os conceitos de Howard (1975) expostos no *National Symposium Humanizing Health Care*⁹, fazem parte do Movimento¹⁰ americano de humanização dos espaços de assistência à saúde, iniciado na década de 1950, movimento esse responsável

⁹ Esse Simpósio foi realizado na cidade de São Francisco – Califórnia, em 1972, e deu origem ao livro *Humanizing Health Care*, de Jan Howard e Anselm Strauss, de 1975.

¹⁰ O Movimento de Humanização defende a necessidade de se focar nos processos de tratamento e cura do paciente, dando poder a esse. (DALMASSO, 2005).

pela criação, em 1978, do *Planetree*¹¹. Atualmente, o modelo *Planetree* é reconhecido internacionalmente principalmente pelo seu “Programa de Designação”, que certifica os estabelecimentos de saúde que buscam os aspectos de humanização do atendimento focado no paciente, como os apresentados a seguir na Tabela 1 (pág. 34).











Para o *Planetree*, todos esses elementos, quando trabalhados em conjunto através de uma abordagem holística de satisfação das necessidades do corpo, da mente e do espírito, são responsáveis por proporcionar uma experiência mais agradável ao paciente e facilitar a recuperação. No Brasil, o Hospital Albert Einstein foi o primeiro na América Latina a receber esse certificado e se preocupa, principalmente, em transformar o cuidado no atendimento em elemento fundamental para o processo de cura.

Também na área hospitalar, a preocupação com o bem-estar dos pacientes e a redução do estresse proporcionado pelos ambientes físicos, fazem parte da teoria elaborada por Ulrich (1991; 2001), onde, através de estudos científicos que comprovam os efeitos positivos dos ambientes terapêuticos (*healing environment*¹²) na melhor recuperação e cura dos paciente, o pesquisador aborda, em primeira mão, os fatores responsáveis por esses resultados e pela humanização dos ambientes hospitalares, entre eles, **controle de ambiente** (controle das funções do ambiente e a privacidade para diminuir o estresse do paciente), **suporte social possibilitado pelo ambiente** (interação com a família e contato social) e **distrações positivas do ambiente** (equilíbrio de estímulos visuais, comunicação com o ambiente exterior e com a natureza). Esses aspectos são considerados importantes, principalmente para ambientes hospitalares, onde o longo período de internação e a alienação com o mundo exterior pode gerar no paciente o estresse psicológico descrito acima.

¹¹ *Planetree* é uma organização sem fins lucrativos que fornece educação e informação em uma comunidade colaborativa de organizações assistenciais de saúde, facilitando os esforços para a humanização dos ambientes e o cuidado focado no paciente (PLANETREE, 2013).

¹² Também chamados de “Ambientes de cura”, termo muito utilizado pelos pesquisadores do EBD, principalmente por Jan Malkin, outro nome de destaque nessa metodologia (MEDEIROS, 2004).

Tabela 1–Modelo Planetree

	Ambientes tranquilos e confortáveis: O ambiente físico é essencial para a cura. Cada ambiente deve ser parecido com uma casa e não com uma instituição, com valorização do elemento humano e não só tecnologia. Ao remover essas barreiras arquitetônicas, o design favorece o envolvimento dos pacientes e da família. É importante que tenhamos ciência das mensagens simbólicas/ semióticas passadas pelo design para nosso planejamento. Os espaços devem ser voltados para situações de solidão e de convívio social, incluindo bibliotecas, cozinhas, sala de estar, salas de atividade, capela, jardins e acomodação para que as famílias possam passar as noites.
	Música e entretenimento: Música, contadores de história, palhaços e filmes engraçados criam uma atmosfera de serenidade e diversão no Modelo Planetree. Obras artísticas nos quartos dos pacientes, áreas de tratamento e carrinhos criam a ambientação correta. Carrinhos de artes permitem que os pacientes selecionem os trabalhos de sua preferência. Os voluntários trabalham com os pacientes que gostariam de criar suas próprias obras ao mesmo tempo em que artistas, músicos, poetas e contadores de histórias da comunidade local ajudam a expandir as fronteiras do centro de saúde.
	Suporte aos familiares: O apoio social é fundamental para uma boa saúde. O Planetree recomenda o envolvimento da família e dos amigos sempre que possível, oferecendo horário livre de visitas, inclusive na UTI, e oferece a opção de a família presenciar procedimentos invasivos ou de ressuscitação. O Programa de Parceiro em Cuidados (Care Partner Program) promove maior nível de participação da família quando os pacientes estão hospitalizados e quando vão para casa após a alta. A terapia com animais de estimação pode melhorar o humor, elevar os níveis de pressão arterial e a interação social.
	Interação entre pessoas: A preocupação dos seres humanos por outros seres humanos, criando um ambiente de cura para os pacientes, familiares e membros da equipe. Inclui atendimento personalizado para os pacientes e seus familiares, além da criação de uma cultura organizacional que oferece suporte e apoio à equipe.
	Mais contato físico: O toque reduz a ansiedade, a dor e o stress e beneficia os pacientes, seus familiares e a equipe. Enfermeiros, médicos e outras pessoas da equipe em geral acham que uma simples massagem no pescoço e nos ombros pode ser uma forma muito útil de se lidar com o estresse.
	Conforto espiritual: O Planetree reconhece o papel essencial que a espiritualidade tem na cura da pessoa como um todo. Dar suporte às famílias e à equipe na correlação com seus próprios recursos internos melhora o ambiente de cura. As capelas, jardins, labirintos e salas de meditação oferecem oportunidades para reflexão e oração. Os religiosos são vistos como membros essenciais da equipe de saúde.
	Acesso à informação: A doença é vista como uma oportunidade educacional e com potencial transformador. Uma política de prontuário aberto incentiva os pacientes a lerem os prontuários e assim participarem do cuidado prestado. Conferências colaborativas sobre cuidados, formas de atendimento dos pacientes e vários outros recursos educacionais podem oferecer aos pacientes mais informações e habilidades para que participem ativamente de seu cuidado. Há bibliotecas para pacientes e famílias em todos os hospitais e nos centros de Recursos de Saúde Planetree, abertos à comunidade, que oferecem informações sobre saúde e medicina em vários tópicos, inclusive terapias complementares.
	Respeito pela comunidade: Ao trabalhar com escolas, centros de terceira idade, igrejas e outros parceiros na comunidade, os hospitais estão redefinindo a saúde para incluir a saúde e o bem-estar da comunidade como um todo. Ao escolher produtos de limpeza que não poluem o ambiente e patrocinar acampamentos de crianças, clubes de caminhada e jardins comunitários, expande-se o papel dos hospitais, passando do tratamento exclusivo de doenças para a promoção do bem-estar.
	Aspectos nutricionais: A nutrição é parte integral do processo de cura, não só essencial para uma boa saúde, mas também fonte de prazer, conforto e familiaridade. Os centros de saúde se tornam modelos de uma alimentação saudável e deliciosa, com cozinhas disponíveis em todos os centros para que as famílias tragam de casa os alimentos favoritos de seus pacientes ou preparem as refeições eles mesmos. Os voluntários fazem pães, bolinhos e biscoitos criando um ambiente de "aromaterapia" e cuidado.
	Terapias complementares: Amplie as escolhas dadas aos pacientes. Aromaterapia, acupuntura e Reiki são exemplos de opções que podem ser oferecidas além das modalidades clínicas de tratamento. Os programas de treinamento para voluntários para que aprendam a fazer massagens nos pés e nas mãos e os programas de massagistas estagiários significam sucesso garantido com investimento mínimo. Para atender a demanda cada vez maior de terapias complementares, as afiliadas do Planetree criaram programas de reversão de doença cardíaca, imagem guiada, toque terapêutico, acupuntura, Tai Chi e ioga. O efeito calmante da aromaterapia sobre pacientes agitados é muito útil para melhorar as condutas de controle da dor e diminuir a ansiedade.

Fonte: www.einstein.br

Essa teoria de Ulrich (1991; 2001), se baseia na metodologia chamada *Evidence-Based Design* (EBD) ou Projeto Baseado em Evidência. Esse termo, segundo o *Center for Health Design (CHD)*¹³, consiste no processo de basear as decisões projetuais em pesquisas científicas e acadêmicas, com o objetivo de criar ambientes de saúde que proporcionem os melhores resultados possíveis na recuperação dos pacientes e melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde. Essa metodologia é um processo composto pelos seguintes passos:

- Definir metas e objetivos baseados em evidências;
- Encontrar fontes de evidência relevante;
- Interpretar criticamente as provas pertinentes;
- Criar e inovar os conceitos de EBD;
- Desenvolver uma hipótese;
- Coletar as medidas de desempenho de linha de base;
- Monitorar a implementação da concepção e construção;
- Medir os resultados de desempenho Pós-Ocupação.

Em 2000, com o objetivo de disseminar a teoria de que o design dos ambientes tem forte influência na recuperação do paciente e incentivar essa mudança no setor da saúde, foi lançado pelo CHD, o *Pebble Project*. Esse projeto une informações dos resultados obtidos nas pesquisas de EBD realizadas e cria uma rede para o compartilhamento de experiências e informações entre os seus membros e o desenvolvimento de projetos colaborativos.

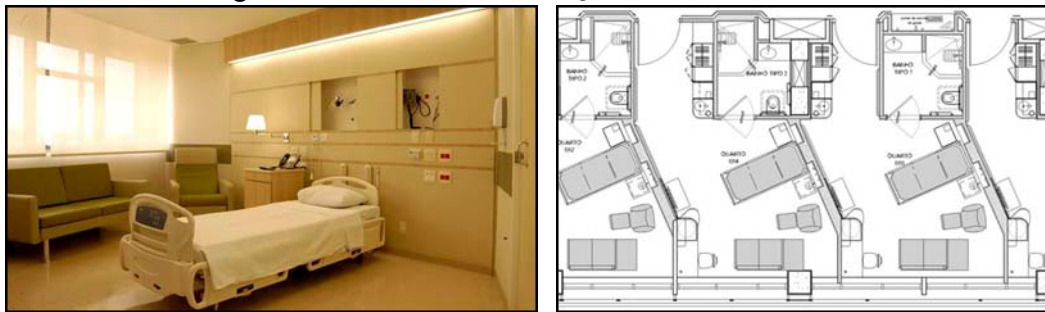
No Brasil, duas experiências podem ser citadas como exemplos de utilização do EBD. O primeiro é o já citado Hospital Israelita Albert Einstein, na Zona Sul de São Paulo, onde a nova unidade de internação do hospital (Figura 2) foi toda projetada com base na metodologia do EBD. Segundo o arquiteto Arthur Brito¹⁴, da Kahn do Brasil, os apartamentos do setor de internação possuem plantas idênticas e

¹³ O *Center for Health Design* (CHD) foi criado em 1993 por um pequeno grupo profissionais de saúde e design empenhados em fazer avançar a ideia de utilizar o *design* para melhorar os resultados dos pacientes em ambientes de saúde. Atualmente essa entidade certifica os estabelecimentos de saúde que utilizam o EBD na concepção, construção e reforma de instalações de saúde, através do programa EDAC (*evidence-based design accreditation and certification*). A entidade é formada por uma comissão interdisciplinar, com membros de diversos setores, incluindo profissionais de design e arquitetura, administradores hospitalares e médicos, com o objetivo de tornar melhor a vidas dos usuários (pacientes, familiares, visitantes e funcionários) que utilizam os ambientes de saúde. O CHD credita ao movimento do cuidado centrado no usuários do *Planetree* uma importante contribuição nos processos de desenvolvimento do EBD (<http://www.healthdesign.org/>).

¹⁴ O arquiteto foi o primeiro brasileiro a receber certificação da técnica americana *Evidence-Based Design* promovida pelo *Center for Health Design*.

não espelhadas para facilitar o trabalho dos funcionários em caso de emergência, já que encontrarão os objetos nos mesmos lugares, além de modificar a vista dos pacientes em direção à janela e colocar os sanitários mais próximos da cabeceira para diminuir o risco de acidentes (ROCHA, 2009).

Figura 2 - Unidade de internação do Albert Einstein



Fonte: <http://piniweb.pini.com.br>

O segundo exemplo é o Hospital Beneficência Portuguesa, também em São Paulo, que em 2009 desenvolveu um plano diretor com objetivo de modernizar e ampliar a estrutura com foco em humanização e eficiência da arquitetura. A reforma da UTI Neurológica (Figura 3), entregue em 2011, foi realizada a partir da participação ativa da equipe médica junto à arquitetura e baseada em estudos americanos (SANTANAA, 2012).

Figura 3 - UTI neurológica do Hospital Beneficência Portuguesa



Fonte: Revista FH - disponível em <http://saudeweb.com.br/revista/fh-202/>

Após estudos realizados, identificou-se que pacientes internados em ambiente fechado nas UTI's neurológicas tiveram 33% mais delírio do que os pacientes que estavam em ambientes com janelas e necessitaram de um maior período de internação, gerando um maior custo de tratamento (SANTANAA, 2012).

Como resultado, os leitos das UTI's ganharam janelas, aumentou-se a distância entre os leitos, permitindo que a família fique junto ao paciente e criou-se uma antessala com televisão e sofá para a família ou acompanhantes aguardarem enquanto o paciente permanece na UTI(SANTANAA, 2012: 29).

Essas abordagens de humanização citadas acima são, em muitos casos, resultados de estudos direcionados exclusivamente aos ambientes hospitalares, em razão dos problemas gerados pela complexidade pertinente a esse tipo de edifício, à longa duração dos processos de tratamento e internação e também pela despersonalização dos pacientes. Para ambiente menos complexos, como o nosso objeto de estudo, muitos desses aspectos mencionados podem ser viáveis para proporcionar e auxiliar na humanização desejada de UBSs. Para esses casos cabe entender os objetivos buscados para possibilitar a adaptação desses preceitos à realidade particular de cada projeto.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

A criação do SUS, em 1988, representou um marco na evolução do sistema de saúde brasileiro, o qual propunha garantir o direito constitucional à saúde para todos os cidadãos, porém, nas últimas duas décadas, o sistema se encontrou em um momento contraditório, onde problemas de formação dos profissionais de saúde, métodos utilizados e práticas de atendimento dos usuários, em suas diferentes necessidades, se tornaram questões de discussão para “viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida” (BRASIL, 2004: 05).

Diante desse panorama foi criada a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), não como um programa¹⁵, mas como uma Política de Qualificação do SUS, onde a humanização é vista como um elemento fundamental, operada como uma política transversal em toda rede. Então, humanizar é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento,

¹⁵ “O risco de tornar a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que ‘devem ser aplicadas e operacionalizadas’, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersa, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolatividade e qualidade.”(BRASIL, 2004: 06)

com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004: 06).

Para essa nova concepção de modelo de atenção e gestão, que considera a importância da ambiência para a saúde das pessoas, é necessário, além de um novo modo de operar, um arranjo espacial adequado a essa organização, que só é possível com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, das práticas e dos processos de trabalho. A simples composição por ambientes compartimentados, como preconizado até agora pela normatização, não é suficiente para atender às necessidades para a qualificação pretendida da atenção e da gestão nesses espaços e situação (BRASIL, 2010a: 14-15).

Com isso, o Ministério da Saúde propõe a humanização do ambiente físico como forma de qualificar as práticas de gestão e de cuidado, considerando a subjetividade dos atores envolvidos, seu diálogo, convivência através das formas de comunicação e costume, seus saberes e crenças, expectativas e necessidades.

3.2.1 Cartilha Humaniza SUS: Ambiência¹⁶

A Cartilha Ambiência (BRASIL, 2010a), criada pelo Ministério da Saúde através da Política Humaniza SUS, trata de modo qualitativo os espaços físicos e sua ambiência¹⁷ como uma importante disciplina para a humanização do atendimento, sempre considerando as situações construídas em um determinado espaço e tempo, vivenciada por um certo grupo, com seus valores culturais e relações sociais. Didaticamente essa “Cartilha” subdivide o conceito de ambiência em três eixos, porém sempre deverão ser utilizados em conjunto. São eles:

- **Confortabilidade:** espaço que proporciona privacidade e individualidade dos usuários, valorizando os elementos dos ambientes que interagem com as pessoas (morfologia,

¹⁶ Essa cartilha é o único documento da PNH que aborda a humanização dos ambientes físicos de saúde sobre o ponto de vista da ambiência. As demais cartilhas referem-se à gestão e atendimento.

¹⁷ “Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Muito importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente” (BRASIL, 2008b: 52).

iluminação natural e artificial, cheiros ou odores, som, sinestesia, arte, cor, tratamento das áreas externas, privacidade e individualidade, acessibilidade e confortabilidade).

- **Espaço de encontro entre sujeitos:** espaços que possibilitem os encontros entre os sujeitos (trabalhadores e a comunidade usuária), garantindo a integralidade e a inclusão. As UBSs, que são equipamentos de referência no bairro, deverão estar integradas ao entorno, sem grades, muros ou alambrados. Também devem proporcionar espaços de trabalho funcionais e prazerosos.
- **Arquitetura como ferramenta facilitadora de mudança do processo de trabalho:** fornecer a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Quando possível, estimular a participação dos trabalhadores e usuários no processo de discussão e construção dos projetos arquitetônicos.

Segundo essa cartilha, na Atenção Básica, os espaços devem ser pensados para integrar as equipes de trabalho de uma unidade, com espaços multifuncionais e compartilháveis, também, com espaços coletivos para reuniões, orientações, palestras, oficinas, etc. Esses espaços devem possuir placas informativas (incluindo símbolos para pessoas analfabetas), instaladas tanto no interior do edifícios como no entorno, para facilitar o encaminhamento dos usuários e acessibilidade para pessoas com deficiência física e visual ou com mobilidade reduzida. Devem possuir área de apoio a todos os funcionários, bem localizados e em número apropriado, e, também, locais de trabalho adequados, prazerosos e funcionais.

Os projetos devem proporcionar espaços que valorizem e respeitem as diferenças étnicas, religiosas e culturais, refletindo as características sociais de cada comunidade. Devem também proporcionar acolhimento, com a criação de espaços de encontro entre os sujeitos, espaço de escuta e recepção confortáveis, com mobiliários confortáveis, suficientes e dispostos de forma que promovam a interação entre os usuários, balcão baixo (atendimento sentado), sem

grade e que proporcione privacidade no atendimento, principalmente nas UBS, onde são realizadas as primeiras escutas¹⁸ dos pacientes.

Essa cartilha contempla todo um leque de quesitos importantes para o bem-estar de seus usuários (pacientes, médicos e funcionários). É um guia geral que direciona a atuação dos projetistas através da conscientização sobre os princípios de humanização dos ambientes, e essas propostas devem ser “repensadas e recriadas de acordo com as peculiaridades de cada situação, local, diferentes demandas e poder de criação do arquiteto” (BRASIL, 2010a: 23).

As recomendações abordadas nas cartilhas do HumanizaSUS, expressam conceitos teóricos e genéricos para a construção de uma boa arquitetura de saúde dentro dos conceitos difundidos pelo SUS, porém não estabelecem uma metodologia capaz de auxiliar os profissionais na busca de soluções mais adequadas para a execução de seus projetos.

3.3 EXEMPLOS DE HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

3.3.1 UBS Padrão

A padronização e repetição de projetos arquitetônicos destinados às UBSs é atualmente uma realidade amplamente adotada e difundida pelas três esferas governamentais (Municipal, Estadual¹⁹ e Federal) e tem o objetivo de facilitar e agilizar as construções desse tipo de equipamento, além de proporcionar a qualificação e humanização dessas unidades. A seguir, iremos demonstrar dois exemplos nacionais de UBSs padrão e analisar suas características projetuais.

3.3.1.1 UBS padrão - ministério da saúde

O Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde, disponibilizou recentemente o fornecimento de projetos

¹⁸ Abordagem inicial onde o paciente expõe suas necessidades, dúvidas e problemas de saúde.

¹⁹ O governo do Estado do Paraná, recentemente, iniciou o processo para a criação de projetos padronizados de Unidades de Saúde da Família (USF) tipo 01, 02 e 03 e USF de Apoio para as áreas rurais, de acordo com a Deliberação n. 19 – 07/03/2013, com o objetivo de financiar e facilitar a construção dessas unidades. A licitação já foi realizada, porém os projetos não foram concluídos até o momento.

arquitetônicos padrão para os gestores municipais, com o objetivo de acelerar e agilizar a conclusão das obras (18 meses no máximo), garantir qualidade no acolhimento dos usuários do SUS e melhores condições de trabalho. Segundo o Ministério da Saúde, esse modelo sugerido é uma alternativa para gerar economia de tempo e recursos aos municípios na contratação desses projetos (BRASIL, 2013).

Estão disponibilizados no site do Ministério da Saúde²⁰ os projetos arquitetônicos para os quatro portes²¹ de UBS padrão, bem como o Memorial Descritivo (materiais e etapas de execução), Planilha Orientativa de Serviços (para definição do custo estimado) e as perspectivas das obras (Figura 4). A autoria dos projetos está sob a responsabilidade do arquiteto Carlos Eduardo Pereira Marchesi, do escritório londrinense MEP Arquitetura e Planejamento Ltda.

Figura 4 - Perspectiva UBS Porte IV



Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php

Segundo Marchesi (2013), em entrevista fornecida ao autor, os projetos elaborados têm o objetivo de criar um caminho para que os municípios mais carentes possam implantar projetos de UBSs com uma maior agilidade e dentro dos conceitos difundidos pelo Ministério da Saúde (MS). Em sua opinião, esses projetos são exemplos sugestivos, onde cada município pode realizar as adaptações necessárias para uma melhor adequação à realidade local, clima, terreno e orçamento. Trata-se de um “projeto embrião” que dispõe das necessidades mínimas de uma UBS (área de construção, ambientes, circulações, etc.) dentro de cada porte.

O projeto é caracterizado por uma planta em formato de “cruz”, com a sala de espera e recepção ao centro, setor restrito/serviços ao fundo e salas de

²⁰ http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php

²¹Porte I (uma Equipe de Atenção Básica, no mínimo), Porte II (duas Equipes de Atenção Básica, no mínimo), Porte III (três Equipes de Atenção Básica, no mínimo) e Porte IV (quatro Equipes de Atenção Básica, no mínimo).

atendimento nos dois braços laterais (esquerdo e direito). Na parte frontal encontra-se uma cobertura para desembarque de pacientes e bancos sobre as árvores do jardim. Nos portes III e IV foi prevista a instalação de playground infantil próximo à recepção e isoladas para proteção das crianças. Todos os projetos possuem plantas acessíveis, com piso tátil na calçada e acessos, sanitários de pacientes adaptados e estacionamento para cadeirantes. Foi prevista, para todos os portes de UBS, a instalação de cisternas para a captação e reutilização da água pluvial como medida sustentável.

A Figura 5 mostra, como exemplo, a planta baixa da UBS de porte IV, com 580,73m². Optou-se por analisar a UBS de porte IV por se tratar do projeto mais completo e com uma maior complexidade.

Figura 5 - Planta baixa UBS Porte IV



Fonte: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php

Nas perspectivas (Figura 6), podemos observar as propostas de ambiências da Sala de Atividades Coletivas e Recepção, com destaque para os elementos decorativos (plantas, quadros e paredes coloridas) e a forma de atendimento sentado tanto na recepção quanto na farmácia. Também podemos

identificar as placas de identificação sobre as portas das salas, as amplas portas e janelas de vidro e o televisor na sala de espera. Foram utilizadas as perspectivas da UBS Porte I devido à maior clareza dos detalhes dos ambientes.

Figura 6 - Perspectivas Sala de Atividades Coletivas e Recepção UBS Porte I



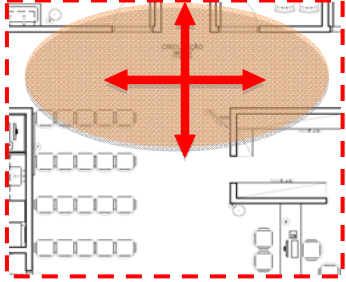
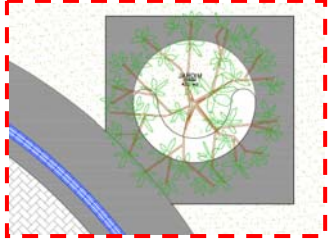

Fonte: <http://dab.saude.gov.br>

Na entrevista, o próprio arquiteto levantou algumas características conceituais do projeto que acredita proporcionar uma melhor humanização desses ambientes, porém, também ressaltou que essas propostas, quando não geridas corretamente, podem gerar resultados conflitantes, como os descritos na Tabela 2.

Tabela 2–Considerações projetuais

Detalhes	Propostas	Observações ²²
	Atendimento de pacientes sentados na recepção e na farmácia (dispensação de medicamentos). Isso gera um atendimento mais pessoal e privativo, além de oferecer acesso para todos os pacientes, inclusive para cadeirantes.	O balcão baixo pode gerar uma sensação de insegurança para o profissional, principalmente em comunidades mais violentas.
	Sala de atividades coletivas/ACS com comunicação para uma área coberta para atividades externas. Isso possibilita um maior contato com a natureza, flexibilidade do ambiente e maior iluminação e ventilação	Futuramente, a cobertura externa pode ser fechada por paredes para a criação de mais uma sala e criar problemas de conforto na sala de atividades.

²² Essas observações, levantadas pelo autor do projeto, devem ser consideradas como elementos de atenção projetual e, quando necessárias, podem ser resolvidas de acordo com a realidade e as necessidades do local onde será implantada.

	<p>Ambiente de recepção sem portas para acesso aos corredores de atendimento gera ambientes menos opressores e mais humanos.</p>	<p>A falta de uma barreira de isolamento aos ambientes internos de atendimento pode gerar problemas como furtos de materiais e falta de controle dos usuários.</p>
	<p>Espera interna (Porte IV) para subdividir o acúmulo de pessoas em uma única sala de espera. Gera menor sensação de ambiente lotado. Além disso possui grandes janelas e comunicação com a área de playground externa.</p>	<p>Nesse caso também pode ocorrer a mudança de uso dessa sala e a inutilização da área externa.</p>
	<p>Área externa com bancos e árvores para proporcionar sombra aos usuários.</p>	<p>-----</p>
	<p>Projeto padrão agiliza a construção das unidades. Planta com formato de cruz facilita as futuras ampliações nas extremidades.</p>	<p>Por ser padrão, o projeto perde a personalização e não leva em consideração a cultura, o clima, topografia, etc, de cada local onde será implantado.</p>

Fonte: autor, 2013

Além das observações realizadas pelo arquiteto autor, podemos também realizar alguns comentários sobre o projeto, através de apontamentos de aspectos positivos e negativos identificados na análise:

Tabela 3–Análises do projeto

<ul style="list-style-type: none"> • A instalação de janelas com peitoril alto nas salas de atendimento proporciona uma maior privacidade ao usuários, porém não possibilita uma comunicação visual com os ambientes externos;
<ul style="list-style-type: none"> • Entrada frontal para desembarque de pacientes com cobertura, facilita o acesso de pacientes com mobilidade reduzida e protege nos dias de chuva. Essa cobertura também evita a grande incidência solar na recepção e cria um local coberto externo para espera de pacientes e acompanhantes;
<ul style="list-style-type: none"> • Telhado com beiral protege as aberturas (portas e janelas) e auxilia na implantação do edifício em várias orientações, mas não resolve todos os problemas de insolação;
<ul style="list-style-type: none"> • O SAME das UBSs Porte I e II estão expostos para a recepção e pode facilitar o furto de documentos;
<ul style="list-style-type: none"> • Na UBS Porte III, o compressor de ar da inalação está dentro do playground e ao lado da recepção/espera e pode gerar desconforto acústico aos usuários;
<ul style="list-style-type: none"> • Nos Portes I e III as cadeiras da espera estão locadas muito próximas das mesas da recepção e isso pode gerar falta de privacidade no atendimento;
<ul style="list-style-type: none"> • Foi prevista a instalação de bicicletário para os funcionários. Esse tipo de equipamentos poderia ser disponibilizado também para os pacientes;
<ul style="list-style-type: none"> • Os projeto se adequam às diretrizes governamentais (Portaria 340/2013 e 1.903/2013) porém alguns ambientes ficaram com sobreposição de usos, como a Sala de atividades coletivas/ACS e Sala de observação/Procedimentos/Coleta (Porte I e II);
<ul style="list-style-type: none"> • A sala de coleta (Porte III e IV) é pequena não possui sanitário e pode acarretar na utilização dos sanitários da recepção para a coleta de urina. Isso pode gerar conflito de fluxos e constrangimento por parte do paciente;
<ul style="list-style-type: none"> • A locação do DML nas circulações (Porte III e IV) facilita o serviço de limpeza dos consultórios, porém deveria ter uma área de serviço no fundo com máquina de lavar e área de secagem;
<ul style="list-style-type: none"> • Área de estacionamento com vaga para cadeirantes, porém de uso exclusivo dos funcionários.

Fonte: autor, 2013

De modo geral, esses modelos contemplam todos os requisitos da Portaria 340/2013 e procuram construir uma ambiência com moldes na humanização, porém seu caráter generalista acaba criando vários pontos negativos conforme listados acima. Sendo assim, esses projetos correm o risco de não terem o sucesso esperado, do ponto de vista da humanização, por não levarem em conta a opinião de seus futuros usuárieo as necessidades específicas de cada local.

3.3.1.2 UBS Modelo - governo de Minas Gerais

Segundo o governo mineiro, a padronização dos projetos de UBS tem por objetivo aumentar a quantidade de unidades no Estado e “garantir uma expressão arquitetônica adequada aos processos de trabalho desenvolvidos na atenção primária à saúde” (www.saude.mg.gov.br), através do financiamento, por parte do Estado, das construções e de equipamentos necessários. Essa padronização possibilita a criação de uma identidade visual, onde todas as unidades terão as mesmas características e poderão ser reconhecidas por todos os usuários nas diferentes regiões.

Em parceria com a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), com autoria do arquiteto Paulo Trajano Menicucci Jr., a Secretaria de Saúde criou uma carteira com 12 projetos arquitetônicos em três portes distintos e adaptáveis em diferentes terrenos (plano, aclive e declive) e projetos expansíveis. As unidades foram projetadas em estrutura metálica e em módulos pré-fabricados autoportantes em sistema *Light Steel Framing*, que possibilita uma maior agilidade e rapidez de construção. Segundo o autor do projeto, a utilização do aço se deve pela forte referência visual do Estado de Minas Gerais, em razão de sua produção local, e pela rapidez na construção. Ainda, explica que, embora a sistema construtivo seja pouco tradicional, a opção construtiva se justifica pela possibilidade de uma única empresa executar essas unidades em várias regiões do estado, facilitando questões administrativas e com uma menor variação de preço.

De acordo com o arquiteto, buscou-se abordar na concepção do projeto os aspectos humanizadores através de ambientes amplos, bem iluminados e ventilados, com a inserção de áreas verdes e espaços de convivência. Por se tratar de um projeto padronizado e replicável, ele se preocupou com a implantação da unidade em diversas orientações solares, fazendo com que a maior utilização de vidro ficasse presente na recepção e com uma varanda como forma de proteção solar. Mesmo com essa preocupação projetual, o arquiteto não descarta o uso de cortinas e brises externos, sendo que essas soluções devem ser consideradas e estudadas durante a escolha do terreno.

Em sua visão, para se criar ambientes humanizados, especialmente na área da saúde, deve-se considerar diversos aspectos projetuais importantes, tais como, boa iluminação e ventilação, ambientes amplos, boa definição de circulação e que permita fluxos funcionais e agradáveis visualmente, comunicação visual clara, acessibilidade e uma estética em sintonia com a cultura local em tempos contemporâneos (Figura 7).

Figura 7 - Perspectivas UBS Minas – Tipo 3E e 3A



Fonte: www.saude.mg.gov.br

O projeto analisado na Figura 8 (Tipo 3E) possui uma planta em estilo “Pátio” e é destinado para terrenos planos ou de pouco desnível. Na parte externa podemos apontar alguns elementos de destaque, entre eles, a grande varanda frontal com bancos que garante proteção dos usuários contra sol e chuva (29), estacionamento exclusivo para ambulância (30), estacionamento para paciente na região frontal (31), área de acesso de serviços (15), além dos elementos de acessibilidade com rampas e piso tátil. O paisagismo é outro importante componente que garante um visual agradável e de bem-estar com a natureza. A fachada do edifício demonstra uma grande preocupação estética do projetista, com a utilização de elementos arquitetônicos, texturas e cores, além de uma comunicação visual de fácil leitura e identificação.

Figura 8 - Planta baixa UBS Minas – Tipo 3 – Expansível



LEGENDA

- 01 - ESPERA/RECEPÇÃO
- 02 - SALA DE GERÊNCIA
- 03 - SANITÁRIO
- 04 - TRIAGEM
- 05 - COLETA
- 06 - VACINAÇÃO
- 07 - ATEND. MULTIPROF.
- 08 - SALA DE GERÊNCIA
- 09 - GINECOLOGIA
- 10 - SALA DE CURATIVOS
- 11 - CUIDADOS BÁSICOS
- 12 - DML
- 13 - ALMOXARIFADO
- 14 - RESÍDUOS
- 15 - CARGA E DESCARGA
- 16 - ACESSO FUNCIONÁRIOS
- 17 - GUARDA MEDICAMENTOS
- 18 - ESTERILIZAÇÃO
- 19 - LAVAGEM E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS
- 20 - COPA
- 21 - APOIO AGENTES ENDEMIAS
- 22 - SALA DE AGENTES DE SAÚDE
- 23 - COMPRESSORES
- 24 - CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO
- 25 - ESCOVÁRIO
- 26 - SALA DE REUNIÃO E EDUCAÇÃO
- 27 - CIRCULAÇÃO
- 28 - PÁTIO DESCOBERTO
- 29 - VARANDA
- 30 - VAGA PARA AMBULÂNCIA
- 31 - ESTACIONAMENTO

No interior, podemos identificar três setores distintos, um destinado para procedimentos gerais e consultas, outro para a sala de reunião e consultórios odontológicos, e o último destinado para serviços, que se comunica com os outros dois setores, resultando em um fluxo simples e funcional. O destaque do projeto está no pátio interno descoberto que, além de proporcionar iluminação e ventilação para as salas, possibilita a criação de um ambiente agradável para atividades ao ar livre e convívio dos usuários.

Pode-se observar alguns diferenciais nesse projeto que foram formatados de acordo com as necessidades locais e abordados no programa elaborado pela secretaria de saúde. A sala de reuniões foi projetada com uma pia, fogão e geladeira, para o curso de culinária e educação alimentar (26); a sala de vacinação possui uma porta para a frente para auxiliar durante as campanhas de imunização (06); o maior número de sanitários na recepção e sanitários de funcionários amplos, ambos acessíveis (03); apoio a agente de endemias na área externa (21) e a sala da gerência com contato direto com a recepção (02).

Contudo, podemos apontar algumas observações sobre o presente projeto, tais como, a concentração de consultas e procedimentos no mesmo setor

pode acarretar em concentração de fluxo em uma única circulação e deixar o outro setor ocioso; o DML não possui ventilação e pode acabar sendo usado como uma área de serviço; e o formato do projeto parece não contemplar futuras ampliações. Ao mesmo tempo, observamos que esses projetos possuem características com intenções que buscam a humanização do atendimento de saúde básica, com soluções de organização dos serviços e propostas de conforto e estética que contribuem com o bem-estar de seus usuários.

3.3.2 Exemplo Internacional: Freshney Green Primary Care Centre

Desenvolvida pelo escritório de arquitetura britânico *West Hart Partnership Ltd*, o *Freshney Green Primary Care Centre* foi entregue em agosto de 2009 à população de *Grimsby, North East Lincolnshire*, Reino Unido e já em 2010, foi premiado com o título de “Propriedade de Atenção Primária do Ano”, no evento *doHealthInvestor Awards*, devido ao seu projeto econômico e dentro de padrões de sustentabilidade e flexibilidade. O edifício foi construído como parte de um projeto de regeneração urbana da região e com o objetivo de melhorar a variedade e qualidade dos serviços de saúde primária e assistência social aos pacientes locais.

Figura9 - Freshney Green Primary Care Centre



Fonte: <http://www.lspdevelopments.co.uk>

O centro oferece um amplo estacionamento, com mais de 200 vagas para pacientes e funcionários, além de uma área específica para ambulâncias e desembarque de passageiros na parte frontal (Figura 9). Também, observamos sua marcante estrutura arquitetônica, com cores contrastantes e amplas áreas cobertas na região frontal. Uma das características do edifício deve-se ao seu projeto sustentável, com a utilização de painéis solares e captação de água da chuva, e seu

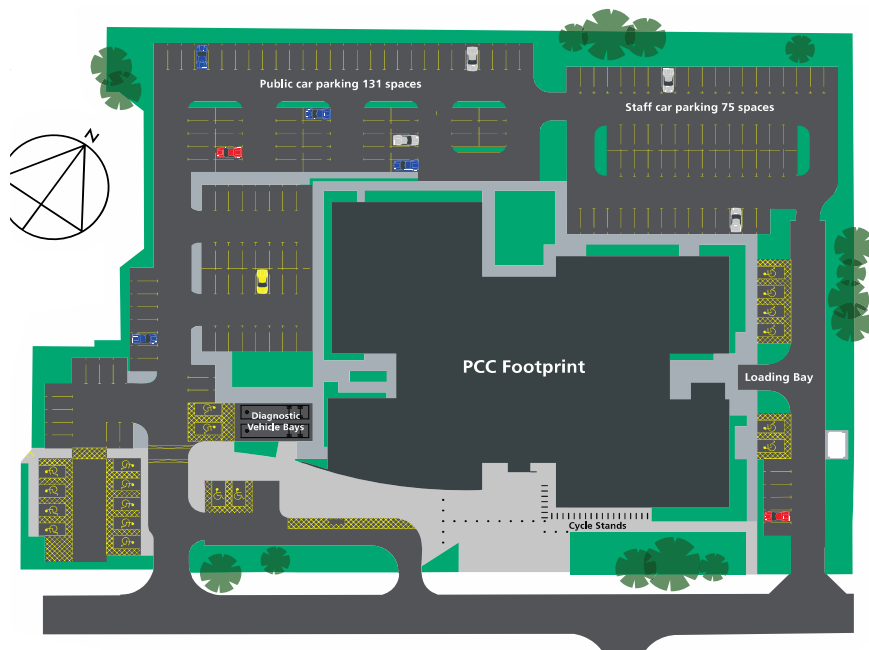
projeto flexível, com possibilidades de expansão para se adequar às futuras necessidade da população. Todo o edifício é cercado por jardins com plantas e árvores, e conta também com uma área exclusiva para estacionamento de bicicletas (Figura 10 e 11).

Figura 10 - Jardins e bicicletário

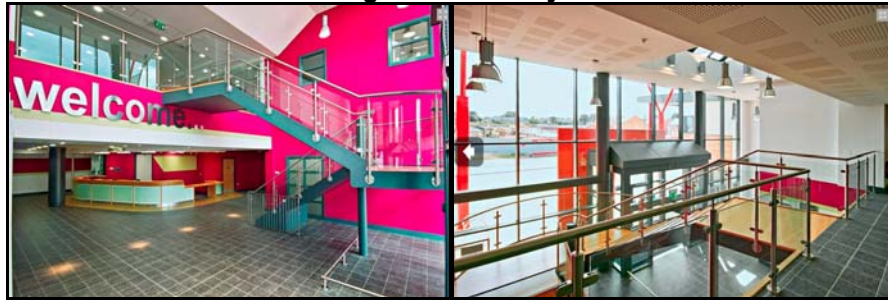


Fonte: <http://www.freshneygreen.nhs.uk>

Figura 11 - Implantação *Freshney Green*



Fonte: <http://www.lspdevelopments.co.uk>

Figura 12 - Lobby

Fonte: <http://www.freshneygreen.nhs.uk>

Um elemento característico do interior é a diferenciação do tipo de piso, que vai desde um revestimento tipo cerâmico no hall de entrada, piso de madeira sob os balcões da recepção, carpete nos ambientes de espera e circulação e piso em manta nos consultórios. Essa distinção quebra a monotonia dos ambientes, deixando-os mais estimulantes e acolhedores (Figura 13).

Figura 13 - Variação de revestimentos de piso e comunicação visual

Fonte: <http://www.freshneygreen.nhs.uk>

Os balcões de atendimento e informações possuem alturas diferenciadas para possibilitar seu uso tanto em pé quanto sentado, no caso de idosos e cadeirantes. Possuem comunicação visual de fácil identificação e leitura pelos usuário. Também podemos observar as placas de orientação pelos corredores e nas portas dos consultórios, como demonstrado na Figura 13.

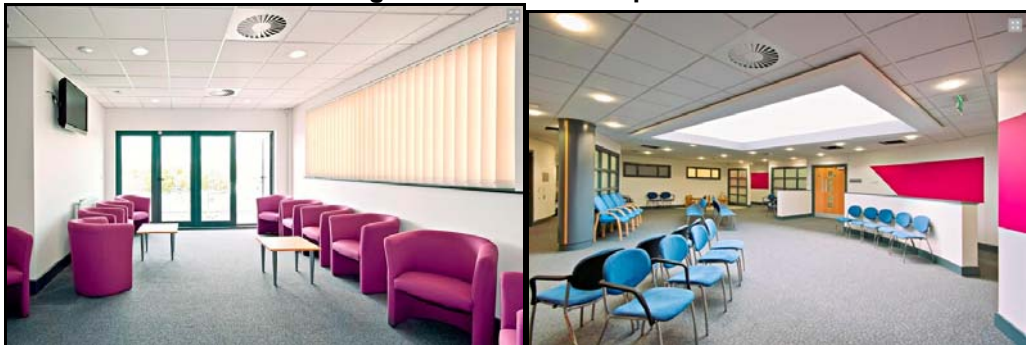
Figura 14 - Balcões de atendimento



Fonte: <http://www.freshneygreen.nhs.uk>

Nos ambientes de espera podemos observar a utilização de móveis coloridos e almofadados, cores contrastantes das paredes e esquadrias e a importância dada à iluminação, tanto natural com amplas janelas, quanto artificial. Também, observamos a presença de um televisor para os pacientes que aguardam o atendimento e ambientes que estimulam a interação entre os usuários (Figura 15).

Figura 15 - Salas de espera



Fonte: <http://www.freshneygreen.nhs.uk>

Nos consultórios, podemos identificar algumas características importantes, entre elas, amplitude das salas, climatização, mobiliário apropriado, trilho de cortina para gerar privacidade no atendimento (sem utilização de biombo), luminárias fixas no teto (odontologia) e parede (ginecologia), iluminação artificial distribuída, persianas nas janelas e forros modulados.

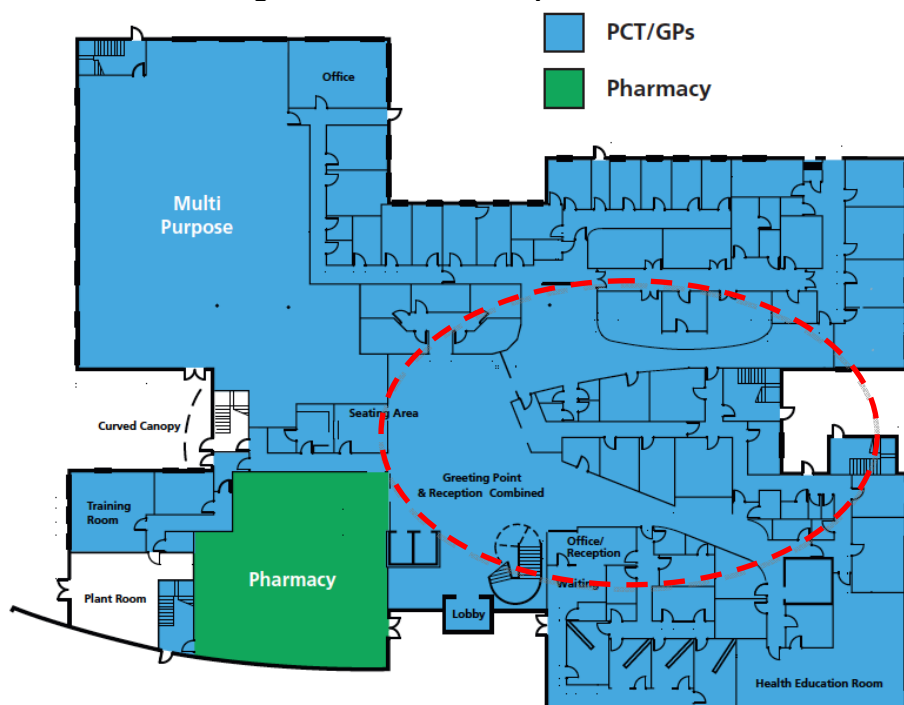
Figura 16 - Consultórios



Fonte: <http://www.freshneygreen.nhs.uk>

Ao analisar a planta do edifício, observamos o cuidado com a disposição das recepções, salas e consultórios. Na região demarcada da Figura 17, dois corredores são formados através do desenho descontínuo e não ortogonal das salas de atendimento. Isso cria um ambiente de circulação orgânico e quebra a monotonia característica dos corredores hospitalares. O ponto negativo desse projeto está na falta de janelas em algumas salas localizadas no centro do edifício, porém esse problema é reduzido com a climatização artificial.

Figura 17 - Planta baixa pavimento térreo



Fonte: <http://www.lspdevelopments.co.uk>

A análise visual realizada no *Freshney Green Primary Care Centre*, demonstrou um projeto com intenso cuidado com a ambiência do local, tanto nas áreas internas quanto externas. Observamos uma grande importância dada aos

elementos arquitetônicos (piso, parede e teto), iluminação e mobiliários, em detrimento aos elementos decorativos (quadros, plantas e adornos). Esse exemplo descrito acima demonstra uma abordagem capaz de proporcionar a humanização necessária para esse tipo de ambiente de atenção à saúde, sem a utilização de elementos paliativos e cosméticos, como os considerados por Lindheim (1975).

3.3.3 Exemplo Nacional: Rede Sarah

Os hospitais da Rede Sarah²³ caracterizam-se pela integração de sua concepção arquitetônica aos princípios de organização do trabalho e aos diferentes programas de reabilitação oferecidos (www.sarah.br). Os projetos de todos os hospitais da rede são de responsabilidade do arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé, que transmite para todos os ambientes qualidades únicas, características de seu trabalho:

“Os projeto de João Filgueiras Lima para a rede Sarah, por exemplo, comprovam que uma edificação de saúde pode ter uma identidade institucional clara e ainda refletir, em cada detalhe, o foco no usuário para cuja vivência foi pensada. Nesse caso, é a qualidade da sua Arquitetura como um todo que lhe confere o caráter humanizado” (CAVALCANTI, 2011: 67).

Figura 18 - Vista aérea Sarah Rio de Janeiro



Fonte: <http://www.sarah.br>

Para Lelé, a integração da arquitetura com a natureza e com obras de artes proporciona beleza ao ambiente (MACHADO, AZEVEDO E ABDALLA,

²³ A Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação é constituída por nove unidades hospitalares localizadas em Brasília, com um hospital (1980) e um Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (2003), Salvador (1991), São Luís (1993), Belo Horizonte (1997), Fortaleza (2001), Macapá (2005), Belém (2007) e Rio de Janeiro (2009).

2012), e caracteriza-se pela forte presença de elementos que comprovam essa intenção, como o acesso direto às áreas ajardinadas e janelas com comunicação com o exterior (Figura 19); espaço de convivência no entorno e implantação do edifício com grande presença de elementos naturais (Figura 20), sem falar da plasticidade peculiar de suas obras e da presença de elementos de arte, como os projetados por Athos Bulcão (Figura 21 e 22).

Figura 19 - Visão de áreas verdes no interior e exterior do edifício



Fonte: <http://www.sarah.br>

Figura 20 - Áreas externas de convivência e presença de elementos naturais



Fonte: <http://www.sarah.br>

Figura 21 - Painéis artísticos de Athos Bulcão



Fonte: www.fundathos.org.br

Os princípios gerais mais importantes para a definição do partido arquitetônico de Lelé para a Rede Sarah são: flexibilidade e extensibilidade da construção; criação de espaços verdes; flexibilidade das instalações; iluminação natural e conforto térmico dos ambientes (FERRAZ, 2000).

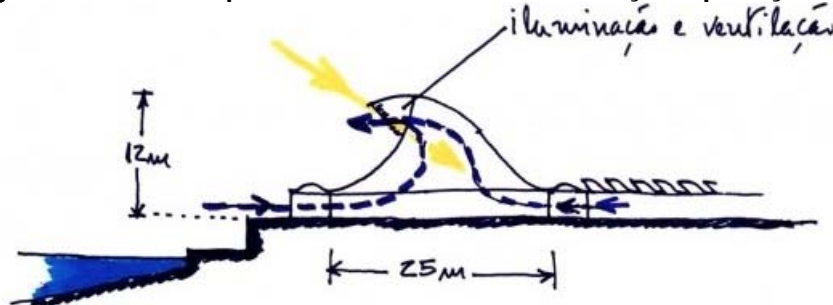
Figura 22 - Plasticidade arquitetônica



Fonte: www.fundathos.org.br e www.sarah.br

O destaque maior se dá às soluções arquitetônicas dos edifícios, como a utilização de *sheds* (Figura 23), brises e amplas janelas, proporcionando aos pacientes bem-estar físico e psicológico, em ambientes com o máximo aproveitamento da iluminação e ventilação naturais e elementos de integração com o exterior (COUTO, 2009; TOLEDO, 2002).

Figura 23 - Corte esquemático do sistema de ventilação e proteção solar



Fonte: <http://www.vitruvius.com.br>

Figura 24 - Iluminação natural e amplas janelas



Fonte: <http://www.vitruvius.com.br>

Considerado por Toledo (2008) como um arquiteto “generalista”, com grande capacidade de desenvolver projetos em diversas áreas do design, arquitetura e urbanismo, João Filgueiras Lima é, indiscutivelmente, o maior exemplo para a arquitetura de saúde brasileira quando o assunto é a humanização, o que o torna uma referência frequentemente citada e comentada como símbolo de boa arquitetura humanizada (CIACO, 2010; COUTO, 2009; VASCONCELOS, 2004; entre outros).

Os exemplos citados nesse capítulo abordaram alguns modelos e propostas de projeto que buscam, direta ou indiretamente, melhores condições ambientais para os edifícios de saúde. Esses projetos demonstram(a) os atuais modelos de UBS em desenvolvimento no Brasil, (b) uma experiência de estabelecimento de saúde estrangeiro e por fim, (c) uma referência brasileira em arquitetura de saúde humanizada.

Primeiramente, identificamos que a utilização de modelos padronizados não são exemplos capazes de se alcançar a qualificação e a humanização dos ambientes físicos como propõe o HumanizaSUS, mesmo assim, observamos uma grande evolução quando comparadas às atuais UBS existentes, como por exemplo da cidade de Londrina. Esses modelos podem ser considerados como ponto de partida para a elaboração de futuras UBSs, porém, cada unidade deverá ser entendida como única, cabendo uma discussão mais profunda e direcionada ao local onde será implantada, de acordo com as necessidades técnicas e funcionais de seus usuários.

No exemplo inglês, algumas das características ambientais apontadas anteriormente podem servir de modelo para a elaboração de recomendações projetuais de ambientes de saúde humanizados, porém, o seu

complexo programa de necessidades parece não se adequar à realidade do sistema de saúde brasileira.

Por fim, os hospitais de Lelé para a Rede Sarah, demonstram a sintonia plena entre os elementos da arquitetura, arte e natureza, que, junto com a interação de seus usuários, proporcionam às suas obras um modelo humanizador exemplar para a qualificação dos ambientes de saúde que buscam o bem-estar físico e emocional de seus usuários.

4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Essa pesquisa foi autorizada pela Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina (Anexos 8 e 9) e segue as orientações da Resolução CNS 196/96– Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (CNS, 1996).

Por questões éticas relacionadas às pesquisas na área da saúde, optou-se por preservar o anonimato das instituições pesquisadas, como também as identidades de todos os participantes da pesquisa, funcionários e pacientes.

Cabe destacar que pela natureza dos métodos adotados, e pelo modo com que os instrumentos de coleta das informações foram elaborados, a pesquisa não ofereceu danos ou riscos aos participantes, nem sequer no sentido de comprometer sua privacidade. Só participaram da pesquisa aqueles usuários que espontaneamente aceitaram. Evitou-se a realização de registros fotográficos dos rostos dos usuários dentro dos ambientes de estudo e quando isso não era possível as fotografias foram editadas, por meio de softwares, de modo a garantir o anonimato dos mesmos.

Serão demonstradas a seguir as descrições dos estudos de caso e dos procedimentos empregados na pesquisa, bem como a aplicação da APO e os dados obtidos.

4.1 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são edifícios de saúde pertencentes à rede de Atenção Básica do SUS, que desempenham um importante papel nas comunidades assistidas, garantindo à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012a). Cada UBS é responsável pelos cuidados da saúde de uma determinada região (área de abrangência), resultando em um atendimento planejado e direcionado, conhecendo a realidade da população e levando em consideração suas situações socioeconômicas e grupos de risco.

Quando bem geridas e pensadas como porta de entrada do SUS, são capazes de absorver e resolver com qualidade, cerca de 80% a 85% dos problemas de saúde da população (BOTAZZO, 1999; FERREIRA, 2001). Esses dados fortalecem a importância da Atenção Básica dentro da hierarquia do SUS.

Então, segundo Botazzo (1999), as Unidades Básicas de Saúde além de porta de entrada do sistema se tornam um importante agente na resolução de problemas básicos que hoje deixam o sistema hospitalar congestionado, já que 60% dos usuários dos serviços do SUS utilizam dos hospitais como meio para obter atendimento de saúde.

As UBSs são equipamentos importantes para os usuários do SUS e “têm objetivo de oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos” (LONDRINA, 2010: 27). Oferecem atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral e Enfermagem, além de consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coletas de exames laboratoriais, encaminhamento para especialistas e fornecimento de medicamentos básicos. Podem oferecer também assistência odontológica e serviços de outros profissionais de nível superior, como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogos, educador físico, entre outros profissionais pertencentes ao Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF).

Podemos considerar as UBS como o local de exercício da Atenção Básica à Saúde, que:

(...) orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012 a: 9-10).

As UBSs podem variar seu porte e complexidade em decorrência do número de Equipes de Saúde da Família (ESF)²⁴ presentes em cada unidade e de acordo com a população existente em sua área de abrangência (Tabela 4). O Ministério da Saúde recomenda que o número máximo de ESF seja cinco, para assim facilitar o trabalho interno das unidades, porém podem existir exceções, com unidades com ESF acima do número recomendado, sempre proporcionando condições adequadas para a realização das atividades propostas (BRASIL, 2008b).

²⁴ Equipe pertencente ao Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, caracterizado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e tem por base a implantação de equipes multiprofissionais, que atuam em Unidades Básicas de Saúde e são responsáveis por um número predeterminado de famílias localizadas numa área delimitada.

Tabela 4 - Equipes de Saúde da Família e cobertura populacional

Número de ESF trabalhando na UBS	População coberta
1 ESF	até 4 mil pessoas
2 ESF	Até 8 mil pessoas
3 ESF	até 12 mil pessoas
4 ESF	Até 16 mil pessoas
5 ESF	Até 20 mil pessoas

Fonte: BRASIL, 2008b

O “Manual de estrutura física das Unidade Básicas de Saúde: Saúde da Família” (BRASIL, 2008b) foi elaborado para auxiliar profissionais e gestores de saúde na elaboração de projetos de reforma, ampliação e construção de UBS para o trabalho de ESF. Esse manual possui um caráter sugestivo onde informa as condições mínimas a serem atendidas em decorrência do número de ESF que existe ou que irá trabalhar em cada unidade, visando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família e propondo a continuidade da mudança do modelo de atenção a saúde. O manual aconselha desde a escolha do local para a construção da unidade, cuidados com os resíduos produzidos, forma da construção do esgoto sanitário e as características da estrutura do edifício (ambiência, ventilação, iluminação, acabamentos, fluxos, equipamentos, área externa e sinalização), além de contar com uma descrição detalhada dos ambientes existentes, suas funções e necessidades, conforme descritos na Tabela 5.

Tabela 5 - Sugestão de estrutura de UBS de acordo com o número de ESF

ESTRUTURA SUGERIDA PARA A UBS	NÚMERO DE SALAS OU ESPAÇOS				
	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4ESF	5ESF
RECEPÇÃO/ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS	1	1	1	1	1
ESPERA	15 PESSOAS	30 PESSOAS	45 PESSOAS	60 PESSOAS	75 PESSOAS
ADMINISTRAÇÃO E GERÊNCIA*	-	-	1	1	1
SALA DE REUNIÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	1	1	1	1	1
ALMOXARIFADO	-	-	1	1	1
CONSULTÓRIO COM SANITÁRIOS	1	1	2	3	3
CONSULTÓRIO	1	3	3	4	5
SALA DE VACINA	1	1	1	1	1
SALA DE CURATIVO/PROCEDIMENTO	1	1	1	1	1
SALA DE NEBULIZAÇÃO	1	1	1	1	1
FARMÁCIA (SALA DE ARMAZ. DE MEDICAMENTOS)***	1	1	1	1	1
EQUIPO ODONTOLÓGICO	1	2	3	4	4
ESCOVÁRIO**	1	1	1	1	1
ÁREA DE COMPRESSOR	1	1	1	1	1
SANITÁRIO PARA USUÁRIO	1	2	2	4	4
SANITÁRIO PARA DEFICIENTE****	1	1	1	1	1
BANHEIROS PARA FUNCIONÁRIOS	1	1	1	2	2
COPA/COZINHA	1	1	1	1	1
DEPÓSITO DE MATERIAIS DE LIMPEZA	1	1	1	1	1
SALA DE RECEP. LAVAGEM E DESCONTAMINAÇÃO***	1	1	1	1	1
SALA DE ESTERILIZAÇÃO***	1	1	1	1	1
SALA DE UTILIDADES (APOIO À ESTERILIZAÇÃO)**	1	1	1	1	1
ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	1	1	1	1	1
DEPÓSITO DE LIXO	1	1	1	1	1
SALA PARA ACS*	1	1	1	1	1

* PARA UNIDADES COM 1 OU 2 ESF, A SALA DE ACS PODE SER INSTALADA JUNTO COM A SALA DE ADMINISTRAÇÃO E GERÊNCIA.

**OS AMBIENTES ASSINADOS SÃO RECOMENDADOS, PORÉM NÃO SÃO OBRIGATÓRIOS.

***OS AMBIENTES ASSINADOS SÃO RECOMENDADOS, PORÉM NÃO SÃO OBRIGATÓRIOS EM MUNICÍPIOS EM QUE ESSAS AÇÕES SÃO REALIZADAS DE FORMA CENTRALIZADA.

****NO CASO DE UMA EQUIPE BASTA 1 SANITÁRIO COMUM E 1 PARA DEFICIENTE.
NO CASO DE UMA UNIDADE PODER COMPORTAR SOMENTE 1 SANITÁRIO, ESTE DEVE SER ADAPTADO PARA DEFICIENTE.

Fonte: BRASIL, 2008b:16

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011 e Portaria 2.394 de 11 de outubro de 2011) para reforma e ampliação de UBSs, com o objetivo de oferecer melhores condições de infraestrutura às equipes de saúde básica.

Uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde é garantir infraestrutura adequada necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Mas o que se observa no cenário atual, são projetos de reformas e ampliação em desacordo com os parâmetros mínimos de ambientes requisitados pelo Ministério da Saúde. Muitas vezes, devido à escassez de recursos e tempo, projetos padronizados para UBS são desenvolvidos para diferentes contextos e com pequenas alterações, são implantados em diferentes lugares, o que resulta em problemas estruturais que podem interferir negativamente na qualidade do serviço prestado para a comunidade” (BRASIL, 2011: p 5).

As UBSs são classificadas, de acordo com a RDC n.50 (ANVISA, 2002), como Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia (Atribuição 1). Esse é o mais atual documento normativo que rege a elaboração de projetos físicos de Estabelecimento

Assistenciais de Saúde (EAS) no Brasil e todos os edifícios de saúde, devem ser subordinados a ele, tanto construção, quanto reformas e ampliações.

Recentemente o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde publicou novas Portarias²⁵ que redefinem e estabelecem os mecanismos de repasse de recursos financeiros para construção, ampliação e reforma de UBSs. A Portaria n. 340/2013, com alterações estabelecidas na Portaria n. 1903/2013, estabelece a forma de financiamento para a construção das UBSs e também, as áreas físicas e quantidade de ambientes mínimos, de acordo com seu porte, que devem ser contempladas nos projetos arquitetônicos, com objetivo de aprimorar as estruturas físicas e melhorar o desempenho das ações das Equipes de Saúde. O cumprimento dessa Portaria é essencial para que os municípios possam se enquadrar no Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde e com isso requerer o financiamento de sua implantação. Foram definidos quatro portes de unidades a serem financiadas, de acordo com o número de Equipes de Atenção Básica²⁶ (EAB) que irão abrigar²⁷ (Tabela 6). Projetos com valores acima dos definidos pelo programa deverão ser complementados com recursos do próprio município onde será implantado.

²⁵ Portaria n. 339/2013 – Ampliação, Portaria n. 340/2013 – Construção e Portaria n. 341/2013 – Reforma.

²⁶ A Portaria n. 1.903/2013 utiliza Equipe de Atenção Básica diferentemente das anteriores, como a Portaria n. 2.226/2009, onde os portes eram definidos em razão do número de Equipes de Saúde da Família.

²⁷ As UBSs utilizadas nos estudos de caso não se enquadram nesse modelo atual e seguem principalmente as normas estabelecidas na RDC n. 50/2002.

Tabela 6 - Estrutura de UBSs do Programa de Requalificação de UBS 2013

Portaria n. 1.903/2013		UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE											
		1 EAB			2 EAB			3 EAB			4 EAB		
Nº	AMBIENTES	Qtde. (un.)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtde. (un.)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtde. (un.)	Área unit. (m²)	Área total (m²)	Qtde. (un.)	Área unit. (m²)	Área total (m²)
1	Sala de recepção e espera	15 pessoas			30 pessoas			45 pessoas			60 pessoas		
2	Sanitário para PCD	1	23	23	1	45	45	1	68	68	1	90	90
3	Sala de imunização	2	2,55	5,1	2	2,55	5,1	3	2,55	7,65	3	2,55	7,65
4	Farmácia (estoque/dispensação)	1	9	9	1	9	9	1	9	9	1	9	9
5	Consultório indiferenciado / Acolhimento	1	14	14	1	14	14	1	14	14	1	16	16
6	Consultório indiferenciado / Acolhimento	2	9	18	3	9	27	4	9	36	5	9	45
6	Consultório com sanitário anexo	1	9	9	2	9	18	2	9	18	3	9	27
6.1	Sanitário do consultório (PCD)	1	2,55	2,55	1	2,55	2,55	1	2,55	2,55	2	2,55	5,1
6.2	Sanitário do consultório	0	0	0	1	1,6	1,6	1	1,6	1,6	1	1,6	1,6
7	Consultório Odontológico												
7.1	Consultório Odont. para 2 Equipos	1	20	20	2	20	40	1	20	20	0	0	0
7.2	Consultório Odont. para 3 Equipos	0	0	0	0	0	0	1	30	30	2	30	60
8	Sala de inalação coletiva	4 pacientes			4 pacientes			6 pacientes			6 pacientes		
9	Sala de coleta	1	6	6	1	6	6	1	9	9	1	9	9
9	Sala de coleta	0	0	0	0	0	0	1	4	4	1	4	4
10	Sala de curativos	1	9	9	1	9	9	1	9	9	1	9	9
11	Sala de observação/procedimento/coleta	1	10	10	1	10	10	0	0	0	0	0	0
11.1	Banheiro da sala de observação	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8	0	0	0	0	0	0
12	Sala de observação/procedimento	0	0	0	0	0	0	1	10	10	1	10	10
12.1	Banheiro da sala de observação	0	0	0	0	0	0	1	4,8	4,8	1	4,8	4,8
13	CME simplificada - tipo I												
13.1	Expurgo	1	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5
13.2	Sala de esterilização/estocagem	1	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5
14	Sala de adm. e gerência	1	7,5	7,5	1	7,5	7,5	1	12,5	12,5	1	12,5	12,5
15	Sala de atividades coletivas/ACS	1	20	20	1	20	20	1	25	25	1	30	30
16	Almoxarifado	1	2,8	2,8	1	3	3	1	3	3	1	4	4
17	Copa	1	4,5	4,5	1	4,5	4,5	1	6	6	1	6	6
18	Banheiro funcionários	1	3,5	3,5	2	3,5	7	2	3,5	7	2	3,5	7
19	Dep. De material de limpeza(DML)	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	4
20	Abrijo externo de resíduos sólidos												
20.1	Depósito de resíduos comuns	1	1	1	1	1,4	1,4	1	2,3	2,3	1	2,3	2,3
20.2	Depósito de resíduos contaminados	1	1	1	1	1,2	1,2	1	1,5	1,5	1	2	2
20.3	Depósito de resíduos recicláveis	1	1	1	1	1,2	1,2	1	1,5	1,5	1	2	2
21	Área externa para embarque e desembarque de ambulância	1	21	21	1	21	21	1	21	21	1	21	21

Obs: Para as áreas previstas e para aquelas não listadas nestes quadros, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC Nº 50/2002 - ANVISA e alterações. Os ambientes previstos no quadro acima deverão ainda estar em concordância com o descrito no Manual de Acessibilidades em Unidades Básicas de Saúde.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

Essa última atualização do Componente Construção (Portaria n. 1.903/2013) possibilitou a elaboração de projetos padronizados para serem adotados pelas prefeituras brasileiras, conforme exemplo demonstrado no tópico 3.3.1., e deverá ser o modelo de programa arquitetônico difundido pelo MS para ser utilizado nos demais projetos de UBSs.

4.2 SERVIÇOS DE SAÚDE DE LONDRINA

O gerenciamento da assistência à saúde em Londrina é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, através da Autarquia Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, com objetivo de coordenar as políticas de saúde municipais e “promover a saúde e qualidade de vida da população, implementando políticas (...) relacionadas à saúde, através de ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular”(LONDRINA, 2011: 7).

A Política Municipal de Saúde, busca os cumprimentos dos direitos constitucionais, através de ações de ampliação dos serviços na Atenção Básica à Saúde (ABS)²⁸ na lógica da Estratégia de Saúde da Família, implementação da equipe multiprofissional na ABS, ampliação do programa de saúde bucal e de saúde mental, implementação de serviços especializados de média complexidade (ambulatorial e hospitalar) e da atenção em urgência e emergência (com as Unidades de Pronto Atendimento - UPA) (LONDRINA, 2010).

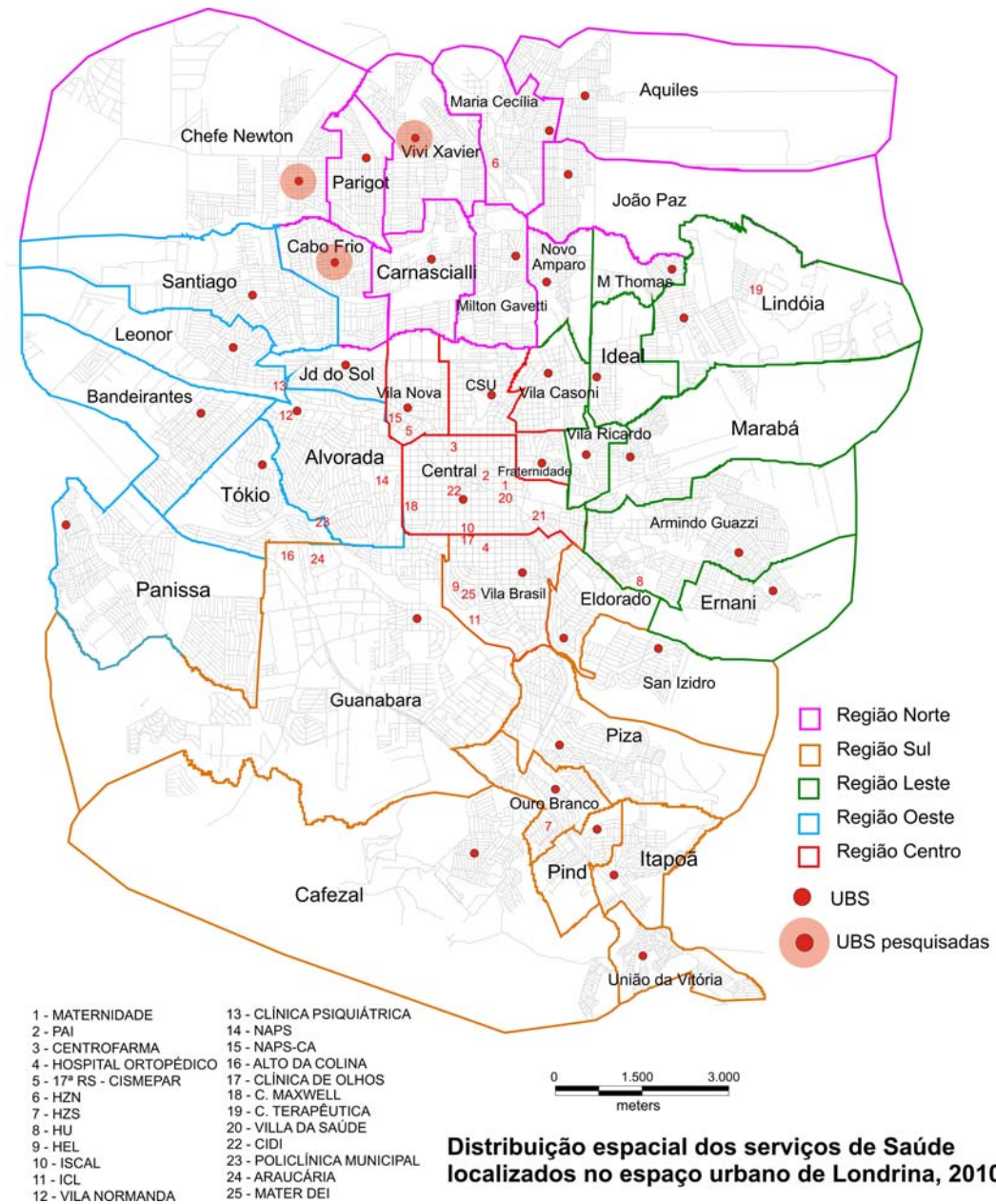
A rede de assistência à Saúde de Londrina está estrategicamente dividida em quatro ²⁹ grupos (LONDRINA, 2010), com diferentes graus de complexidade e funções:

- **Atenção Básica:** a partir das equipes de Saúde da Família distribuídas nas UBSs, desempenhando a recepção do paciente no Sistema (Porta de entrada do SUS).
- **Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade:** a partir das Unidades Básicas de Saúde e de serviços de Pronto Atendimento, onde os casos mais complexos são referenciados para os serviços ambulatoriais da Policlínica Municipal ou de prestadores de serviços estaduais, filantrópicos e privados particulares que compõem a rede de atenção à saúde.
- **Vigilância em Saúde:** Vigilância Sanitária e Epidemiológica.
- **Programas Especiais:** caracterizados por atender prioridades ou por serem específicos a determinado grupo populacional ou localidade. Ex: Programa de prevenção de Câncer de Colo do Útero e Mama, Saúde do Idoso, Controle de Hipertensão e Diabetes, etc.

²⁸ “Alguns autores utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos e na perspectiva de unidades locais ou nível de assistência.”(GIL, 2006:1177). Ainda, segundo essa autora, o termo atenção primária à saúde é predominante nos trabalhos que abordam essa perspectiva em seus estudos.

²⁹ Até o Plano Municipal de Saúde 2006/2007, essa divisão era realizada em: Atenção de baixa e média Complexidade; Assistência em Urgência/Emergência; e Assistência Hospitalar. (LONDRINA, 2007).

Figura 25 - Distribuição dos serviços de saúde de Londrina



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

A Figura 25 demonstra a Distribuição dos Serviços de Saúde no espaço urbano de Londrina por regiões de atuação, em todas as complexidades de atenção, tanto público quanto privados, pertencentes à rede de apoio do SUS. “Fazem parte do SUS em Londrina, hospitais estaduais (HZN e HZS) e de ensino (HURNP) e também o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema³⁰” (LONDRINA, 2010: 6).

³⁰O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema - CISMENPAR, destina-se a contribuir com a organização do sistema de saúde dentro da área de jurisdição dos municípios consorciados,

A atual composição e distribuição de serviços/instituições de saúde auxiliam na concretização dos objetivos fundamentais do SUS (universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular) e faz de Londrina um importante centro de serviços em saúde.

4.3 UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM LONDRINA: ESTUDO DE CASO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) fazem parte, segundo o Plano Municipal de Saúde 2010/2013 (LONDRINA, 2010), dos serviços de Atenção Básica e Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade, de acordo com sua caracterização de atendimento (12h, 16h ou 24h).

Atualmente, Londrina conta com uma rede de 52 UBSs distribuídas por diversas regiões da cidade, sendo 13 na Zona Rural e 39 na Zona Urbana (LONDRINA, 2011) e são responsáveis pelos atendimentos iniciais do SUS e pela atuação preventiva junto às comunidades assistidas.

Nessas unidades atuaram em 2011, 69 equipes de saúde da família e 16 (dezesseis) equipes PACS (programa de agentes comunitários de saúde), **sendo 20 equipes na região norte (destas 14 ESF e 06 PACS)**; 13 ESF na região leste (10 ESF e 03 PACS), 19 na região sul (sendo 16 ESF e 03 PACS), 13 na região oeste (09 ESF e 04 PACS), 10 na região central e 10 na zona rural . Foram mantidas as 10 Equipes NASFs (Núcleos de Apoio ao Saúde da Família) implantadas em 2008, constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico, psicólogos) que atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (LONDRINA, 2011:6) grifo nosso.

Essa rede atual teve sua origem na década de 1970, quando, através de um convênio entre a Universidade Estadual de Londrina (UEL) e a Prefeitura Municipal de Londrina, foram implantados os primeiros postos/unidades de saúde (Jardim do Sol e Vila da Fraternidade) para prestar atendimento de saúde curativo e preventivo à população, principalmente a mais necessitada, e também servir de local de estágio para alunos da UEL (LONDRINA, 2007).

segundo diretrizes do Sistema Único de Saúde, com a implantação e ou desenvolvimento de serviços assistenciais de média complexidade (CISMEPAR, 2013).

Até esse momento, Londrina dispunha apenas dos serviços tradicionais de saúde, com uma política que privilegiava a doença e a assistência médico-hospitalar. Essa nova forma de ver a saúde (descentralização e municipalização) e o rompimento com o sistema tradicional (conceito doença-saúde) foi uma importante contribuição na história da democratização dos serviços de saúde no país (GIL, 2000) e um importante pilar para o Movimento pela Reforma Sanitária³¹ (LONDRINA, 2007), que culminou, em 1988, com a criação do SUS.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, a região urbana da cidade está dividida estrategicamente em cinco sub-regiões, conforme Figura 25, com o objetivo de facilitar a abordagem e a atuação das políticas públicas de saúde, deixando-as mais próximas da população.

A escolha pelo estudo das UBSs da Zona Norte se justifica pela população existente nessa região que, segundo a Diretoria de Ações em Saúde (DAS) através de estimativa do IBGE de 2010, é de 114.812 habitantes, sendo a mais populosa da cidade. Outro fator importante é que essa região possui características econômico-sociais semelhantes, onde sua origem se deu, principalmente, através da implantação de Conjuntos Habitacionais de Interesse Social, pela Cohab, a partir do final da década de 1970 (IMAI, 2000). É nessa região também que se concentra o maior número de Equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde atuantes no município (LONDRINA, 2011).

Atualmente, o serviço de saúde da Região Norte é composto por nove UBSs, distribuídas estrategicamente em suas áreas de abrangência, e pelo Hospital Zona Norte que está localizado no centro da região.

Após visita de reconhecimento em todas as unidades da região, a escolha dos objetos de estudo foi definido em razão das características de projeto e pelas datas de implantação de cada unidade. Das nove unidades existentes, quatro possuem projetos padronizados, construídos entre 2002 e 2004, onde essa mesma tipologia continua sendo implantada na cidade de Londrina até os dias atuais (2012). O restante das unidades possuem características diversas, com ampliações e adaptações de uso que descaracterizaram o projeto inicialmente proposto. Portanto, foram escolhidas as unidades que possuem a mesma tipologia de projeto, optando

³¹ A reforma Sanitária Brasileira foi um processo político que mobilizou a sociedade brasileira, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, em busca de novas políticas e modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde (VASCONCELOS E PASCHE, 2006).

por um estudo comparativo de casos, por serem as unidades mais atuais e por se encontrarem de acordo com os projetos arquitetônicos originais e sem alterações significativas.

Em razão do prazo restrito para a pesquisa, foi estabelecido o estudo de apenas três unidades, onde uma das unidades foi subtraída de nossa pesquisa, por se encontrar em uma região muito distante das demais unidades escolhidas.

As UBS selecionadas como estudo de caso foram implantadas na região norte de Londrina, entre os anos 2002 e 2004 e seus projetos³² foram realizados pela arquiteta Elaine Marli Milan. O modelo do projeto foi repetido em vários bairros de Londrina, devido a economia e agilidade na contratação, apenas alterando a orientação e implantação do edifício no terreno.

O projeto foi desenvolvido em forma de “tridente”, através da distribuição das funções existentes em três eixos principais ou setores (Consultórios, Serviços/ADM e Procedimentos), todos interligados pela recepção (ver Figura 26). Na recepção (vermelho) estão localizados o balcão de atendimento, onde se realiza a recepção do paciente, agendamento de consultas e demais serviços iniciais; SAME, onde estão localizados os prontuários e fichas dos pacientes; farmácia para o armazenamento e dispensa de medicamentos, sanitários feminino e masculino e salas de espera. No Setor de Procedimentos (azul) estão localizadas as salas de nebulização ou inalação, curativos, vacina e puericultura, além do consultório odontológico, com escovário ou higienização e espera individual. No Setor de Consultórios (amarelo) estão localizados seis consultórios, sendo dois consultórios com instalação sanitária, onde um é destinado exclusivamente ao atendimento de Ginecologia e Obstetrícia (G.O.) e outro originalmente destinado a coleta. No Setor de Serviços/ADM (verde) estão as salas de expurgo e esterilização de materiais; depósito; administração (coordenação, sala de reuniões e sala de Agentes Comunitários); copa; instalações sanitárias de funcionários (masculina e feminina), depósito de materiais de limpeza (DML) e área de serviço.

³² A tipologia do edifício estudado foi replicado em outras regiões de Londrina. As outras UBSs que compartilham o mesmo projeto arquitetônico, com poucas variações ou alterações são: Aquiles Stenghel (2003) na Zona Norte; Novo Amparo / Moema (2005), Vila Ricardo (2012) na Zona Leste; e na Zona Oeste, Panissa / Maracanã (2006), Santiago (2004), Jardim do Sol (2004) e Tóquio (2002).

Figura 26–Planta Padrão UBS



Fonte: autor, 2013

As construções existentes desse modelo de projeto possuem estrutura em concreto armado com vedação de blocos cerâmicos, laje de concreto armado, cobertura / beirais em telha cerâmica sobre estrutura de madeira, paredes externas com pintura texturizada em cores variadas e barrado em revestimento cerâmico (pastilha), paredes internas com acabamento em pintura lisa sobre reboco, piso interno e rodapés cerâmicos e esquadrias em ferro, alumínio e madeira com pintura esmalte. Nas áreas de circulação de pacientes foram instalados bate-macas em madeira com pintura esmalte e todas as iluminações artificiais internas são com lâmpadas fluorescentes tubulares.

4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Essa pesquisa busca avaliar os desempenhos físicos e comportamentais dos ambientes estudados (estudo de caso), através da utilização da metodologia de APO, com base em alguns dos procedimentos apresentados por Rheingantz et al (2009), Reis e Lay (1994) e Ornstein (1992).

Bechtel (1997) aconselha a utilização de no mínimo três técnicas e métodos para a validação e eficiência da pesquisa da APO nos ambientes construídos. Para isso, foi adotada uma abordagem com múltiplos métodos para se obter resultados que se complementassem uns aos outros.

Esse trabalho se desenvolveu como uma pesquisa comparativa (REIS e LAY, 1994), entre três UBSs da Zona Norte de Londrina-PR, através de levantamentos de dados qualitativos e quantitativos que abordam os aspectos físicos-espaciais dos objetos e sua relação com os usuários, tais como, organização espacial, dimensionamento, materiais utilizados, sensação de conforto termo-acústico-lumínico, fluxos, percepção do usuário, necessidades e desejos, através de Métodos e Técnicas de APO, escolhidas e desenvolvidas de acordo com os critérios descritos abaixo.

As avaliações utilizadas nessa pesquisa foram realizadas nas unidades selecionadas, em datas e horários pré-estabelecidos, com autorização das coordenadoras, conforme a necessidade de cada tipo de método e disponibilidade das UBSs, sempre observando os períodos de maior movimento de usuários, com o objetivo de uma melhor verificação do desempenho dos ambientes. A pesquisa foi realizada pelo próprio autor, entre os meses de fevereiro à julho de 2013, contando com o auxílio de uma aluna de graduação (Iniciação Científica) para a aplicação dos questionários.

Nos métodos e técnicas onde os usuários eram consultados diretamente, eles eram abordados enquanto permaneciam no edifício a espera de atendimento ou durante seu horário de trabalho (funcionários).

4.4.1 Fase 1: Reconhecimento

Como parte inicial da pesquisa de APO, foram realizadas visitas de reconhecimento nas três UBSs selecionadas e em seguida foi realizada a aplicação

da **Walkthrough** (RHEINGANTZ *et al*, 2009), com duração de aproximadamente 40 minutos, onde se buscou exploração e familiarização das características dos locais, identificação dos pontos positivos e negativos, formas de utilização e alterações realizadas pelos usuários. Foi elaborado previamente um percurso a ser seguido no edifício e os resultados observados foram anotados em uma planilha contendo diversos aspectos do edifício, entre eles, qualidade geral do edifício, ventilação e iluminação, sensação térmica, ruídos, e dimensão e localização dos ambientes e acessos (ver Anexo 01). Por recomendação de Cavalcanti (2011) e em razão da falta de funcionários disponíveis, a análise dos aspectos técnicos foi realizada apenas pelo pesquisador e, como complemento, foram realizados registros fotográficos para exemplificar as questões observadas.

As *Walkthroughs* foram realizadas seguindo os critérios descritos acima, nas seguintes datas e horários: UBS α – dia 08 de fevereiro de 2013, das 9:19h às 9:55h; UBS β – dia 06 de maio de 2013, das 10:10h às 10:45h; e UBS γ – dia 20 de maio de 2013, das 9:50h às 10:30h.

Na sequência foram realizadas as **Entrevistas** com as coordenadoras de cada unidade (três pessoas no total), categorizadas como pessoas-chave (ORNSTEIN, 1995), para que as informações fornecidas pudessem subsidiar e informar com maior autoridade as necessidades e características de cada local. As entrevistas focalizadas semi-estruturadas (RHEINGANTZ *et al*, 2009) foram aplicadas pelo autor com perguntas que abordaram questões sobre o entendimento da humanização nos ambientes de saúde, a forma como os ambientes influenciam essa humanização, suas percepções pessoais sobre o ambiente de trabalho e suas opiniões sobre os pontos positivos e negativos dos ambientes (Anexo 02).

As entrevistas foram realizadas com datas e horários agendados conforme disponibilidade das mesmas (no mesmo dia das *walkthroughs*), registradas através de um gravador digital (com consentimento do entrevistado), anotadas no formulário e posteriormente transcritas. Cada entrevista durou em média 45 minutos.

Terminada essa etapa de reconhecimento, a pesquisa foi direcionada para a participação direta dos usuários (pacientes e funcionários), através de métodos e técnicas elaborados a partir das informações previamente coletadas.

4.4.2 Fase 2: Pesquisa com a Participação Direta do Usuário

A partir desse ponto, foram aplicados os métodos e técnicas que se utilizam das respostas ou comportamentos dos usuários com o objetivo de fornecer resultados que subsidiem o entendimento sobre suas preferências, desejos e ações. São eles:

Mapa comportamental – foi realizado o Mapa Comportamental centrado no usuário como objetivo de registrar o uso e a apropriação do ambiente pelo usuário e identificar “imagens, atributos reconhecidos, expectativas e condutas potenciais dos indivíduos e dos grupos de indivíduo” (RHEINGANTZ *et al*, 2009, p 35). Os resultados foram anotados, em planta baixa previamente elaborada, abordando os fluxos de pessoas, ações e número de ocorrência. O observador foi posicionado inicialmente em um ponto ao lado da porta de entrada do setor de procedimentos (A), de onde eram realizadas fotos a cada minuto e observações sobre fluxos, concentrações e comportamentos dos usuários, no intervalo de 60 minutos. Em seguida, o observador foi locado em ponto (B), sendo realizado o mesmo procedimento descrito anteriormente (Figura 27).

Em razão da grande circulação de usuários nos primeiros períodos do dia, foi constatada uma dificuldade para identificar os fluxos das pessoas, pois havia um grande tumulto na área de recepção e espera com uma constante circulação de pacientes e funcionários. Com isso as observações foram realizadas nas regiões onde as pessoas se concentravam na forma como os principais fluxos ocorriam.

Figura 27 - Localização do observador do Mapa Comportamental



Fonte: autor, 2013

Poema dos Desejos – essa técnica, desenvolvida por Henry Sanoff, teve por objetivo possibilitar que os usuários se expressassem subjetivamente, por meio de desenhos ou palavras, os elementos mais significativos, suas necessidades e idealizações. Foi aplicada aos grupos de atividade física³³, utilizando-se de um formulário elaborado previamente (Anexo 03), onde o respondente completou a sentença “Para melhorar os ambientes, eu gostaria que esse posto de saúde³⁴...”. Os comentários e observações dos respondentes foram anotados pelo autor em um formulário a parte.

Mapa Mental – esse método utiliza-se de “desenhos ou relatos de memória representativas das ideias ou da imageabilidade que uma pessoa ou grupo de pessoas têm de um determinado ambiente” (RHEINGANTZ *et al*, 2009, p 56). Por se tratar de um método que se utiliza da memória dos usuários, essa pesquisa foi realizada fora do ambiente das unidades, junto aos grupos de atividade física de cada unidade. Foi uma aplicação sócio-interacionista ou experimental, onde o

³³ Grupo formado por moradores pertencentes à região de abrangência de cada UBS estudada, sendo em sua maioria do sexo feminino e com idade entre 40 e 60 anos.

³⁴ Nesse caso a palavra UBS foi substituída por Posto de Saúde pois esse é o termo mais utilizado pelos próprios usuários.

pesquisador interagiu com os respondentes e anotou os comentários observados durante a aplicação e as reações dos respondentes.

Os dois métodos citados acima, Poema dos desejos e Mapa Mental, foram aplicados em conjunto aos participantes das aulas de atividade física desenvolvidas pelas unidades estudadas e com tempo de duração de aproximadamente 20 minutos para cada método.

A aplicação com o grupo de atividade física da UBS α foi realizada em uma quadra poliesportiva particular (cedida por um membro da comunidade) no período da tarde do dia 07 de fevereiro de 2013 e contou com a participação de 14 membros, entre eles o educador físico e funcionários da UBS. Nos grupos da UBS β e γ , a aplicação foi realizada nos salões de festas das igrejas dos seus bairros, na manhã do dia 13 de maio de 2013, com 13 participantes e na manhã do dia 14 de maio de 2013, com 37 participantes, respectivamente.

Seleção Visual - esse método tem por objetivo identificar os pontos positivos e negativos de um conjunto de imagens de ambientes, edifícios e tipologias que demonstre as características abordadas. Foram aplicadas fichas contendo as imagens para análise e preenchimento pelos respondentes (Anexo 04 e Anexo 05). Como auxílio, as mesmas imagens eram mostradas em um *tablet*, possibilitando uma melhor observação das mesmas pelo respondente.

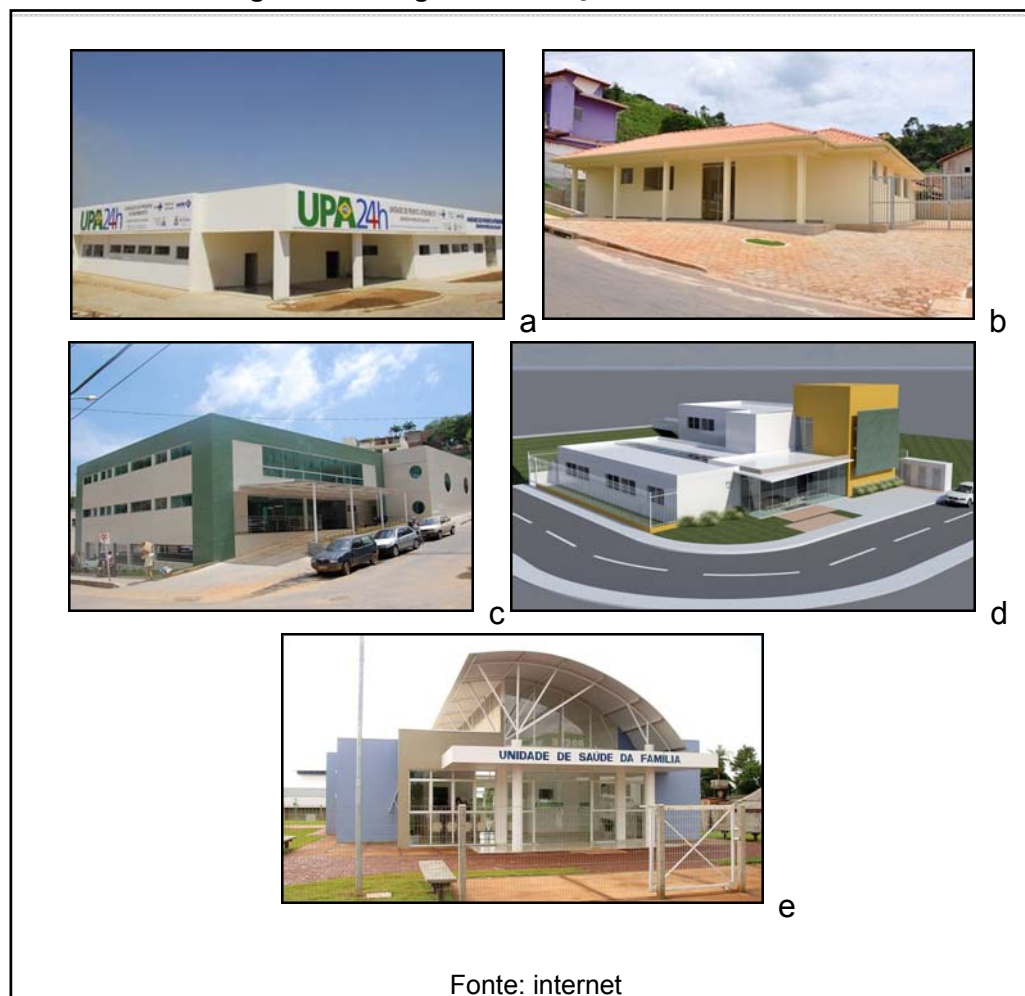
As imagens utilizadas foram escolhidas através de pesquisa na internet (site de busca), observando as imagens que mais possuíam características distintas entre elas, sendo separadas em duas categorias: Fachada e Sala de espera/recepção³⁵.

A Figura 28, demonstra as imagens selecionadas para a categoria **Fachada**, com imagens de fachadas de cinco estabelecimentos de saúde, onde buscou-se abranger o maior número de tipologias, características e elementos arquitetônicos que pudessem indicar os aspectos mais relevantes para cada respondente, tais como, formas de cobertura, cores, equipamentos (bancos/estacionamento/grades) e paisagismo. A imagem “a” representa uma Unidade de Pronto Atendimento em Palmas/TO, com características muito simples, cobertura embutida, com pintura totalmente branca e deficiência de estrutura externas, tais como, jardins, sombra, bancos, etc. Na imagem “b”, foi utilizada uma

³⁵ As categorias foram escolhidas por demonstrar os locais de maior uso e permanência dos usuários.

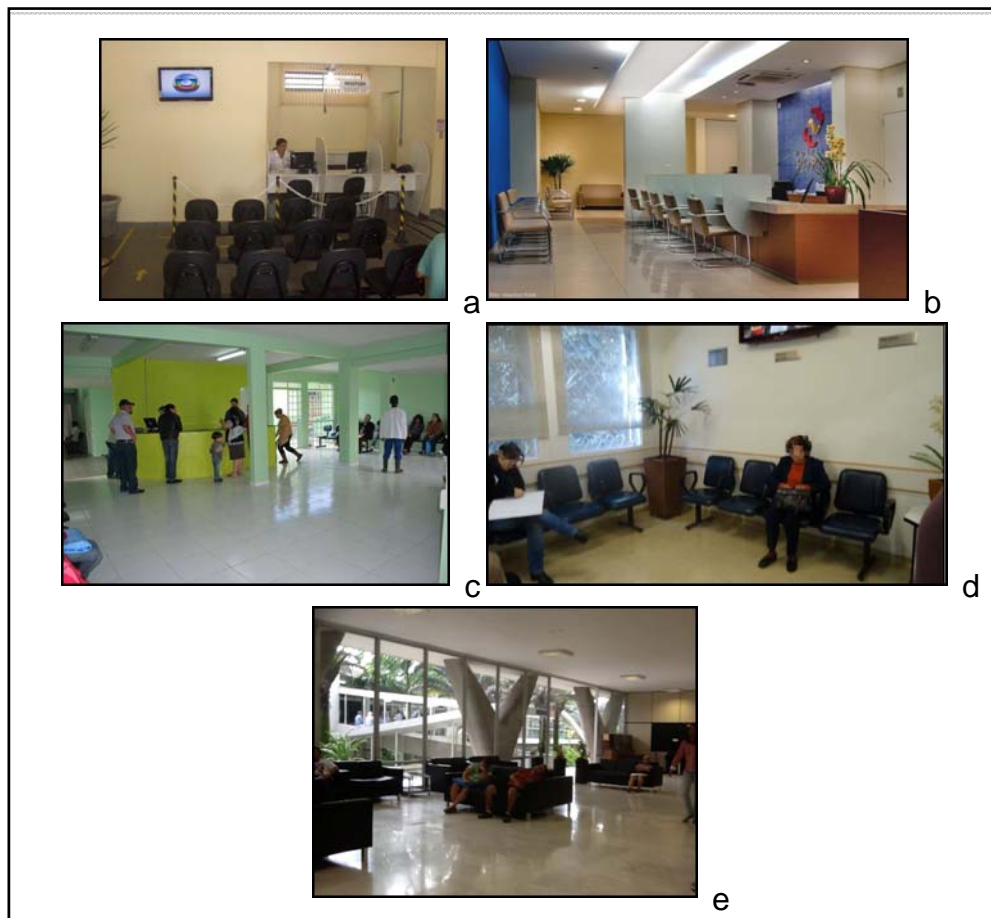
UBS da cidade de São Gonçalo do Rio Abaixo/MG, com características de uma residência, também com diversas carências, como, falta de sinalização e estacionamento. Na imagem “c”, foi utilizado um Centro de Saúde de Muriaé/MG, com características institucionais (clínica e hospital), com um porte maior e elementos arquitetônicos diferentes, tais como, cores, rampas, jardins, etc. Na imagem “d”, foi utilizada uma maquete eletrônica de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família em Poá/SP, com características mais modernas e diversos elementos de destaque, como cores, fachada envidraçada, estacionamento na frente, entre outros. Por último, na imagem “e”, foi escolhida uma Unidade de Saúde da Família em Seropédica/RJ, que é utilizada como exemplo no “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2008b), com elementos característicos, como cobertura metálica, fachada de vidro e grade frontal.

Figura 28 - Imagens da Seleção Visual – Fachada



A Figura 29, demonstra as imagens selecionadas para a categoria Sala de espera/recepção, onde buscou-se abordar diversas características relacionados do ambiente, tais como, iluminação, tipo de piso, tipo de mobiliário, cores, equipamentos (televisão/esquadrias) e elementos decorativos. Na imagem “a”, foi utilizada a recepção de uma UBS com características distintas, tais como atendimento individualizado, faixa sinalizadora no chão e separação por corrente entre atendimento e espera. Na imagem “b”, foi utilizada a recepção de um hospital particular com características sofisticadas, como a iluminação, tipo de cadeiras, cores, etc. Na imagem “c”, foi utilizada a espera de um Centro Municipal de Saúde em Carambeí/PR que demonstra o tipo de piso, ambiente amplo e falta de cadeiras. Na imagem “d”, foi utilizada a espera de um clínica de um hospital particular, que demonstra características, como, tipo de cadeiras, janelas amplas e vegetação. Por último, na imagem “e”, foi utilizada a recepção de um hospital público da década de 1950, com características únicas, tais como, ampla visão para os jardins externos, grande espaço de espera e utilização de sofás.

Figura 29 - Imagens da Seleção Visual – Salas de espera



Fonte: internet

A aplicação da Seleção Visual foi realizada nas dependências das unidades, sala de espera e varanda, nos períodos da manhã e tarde do mês de maio de 2013. Pela restrição do tempo disponível para a pesquisa, foram aplicados 30 formulários (10 em cada unidade) de cada categoria e seu preenchimento foi realizado pelo próprio pesquisador (Anexo 4 e Anexo 5). Esse método possibilitou identificar os elementos (positivos e negativos) mais relevantes existentes nas imagens apresentadas aos usuários.

4.4.3 Fase 3 – Questionários

Por fim, a aplicação dos questionários foi realizada após todos os outros métodos mencionados, pois a sua elaboração foi embasada a partir dos dados levantados anteriormente. Foi considerado como único instrumento quantitativo pela

facilidade e rapidez na aplicação dos mesmos, englobando um número maior de pessoas, o que possibilitou a análise estatística confiável dos resultados.

Inicialmente foram aplicados cinco questionários, em nível de pré-teste, para corrigir as falhas e inconsistências observadas. Após as correções necessárias, subsidiadas pelos pré-teste, foram aplicados os questionários finais para 32 usuários em cada estudo de caso. Em razão do tempo reduzido para aplicação e o grande número de métodos utilizados, optou-se por aplicar o número mínimo de questionários aconselhado para APO (ORNSTEIN, 1992). Os questionários foram aplicados pessoalmente a cada usuário nos locais de espera e nas regiões adjacentes às portas das unidades. Essa forma de abordagem direta permitiu a oportunidade de explicações de dúvidas, o que viabilizou a participação de diversos perfis de usuários, bem como uma maior eficácia no seu preenchimento. Esse contato direto com o usuário permitiu colher além das informações do questionário, outras informações complementares de forma espontânea. A aplicação ocorreu nas três unidades estudadas, entre os meses de junho e julho de 2013, nos períodos da manhã e tarde, e contou com a participação do pesquisador e de um estudante de arquitetura. O tempo de aplicação de cada questionário foi aproximadamente de 15 à 20 minutos.

O questionário final aplicado (ver Anexo 06) possui a seguinte estrutura e objetivos esperados:

- **Característica do usuário:** Com o objetivo de traçar o perfil do usuário através do sexo, idade e atividade. Também, nessa etapa, foi coletada sua necessidade de uso, frequência e tempo de permanência no local;
- **Índice Geral de Importância (IGI):** Segundo Granja *et al* (2009:94) “o IGI destina-se a aferir a importância de cada item dentro de sua respectiva categoria e a captar os resíduos de intenções de escolha que possam estar presentes nas alternativas de menos prioridade na visão dos respondentes”. Foram criadas cinco categorias de análise: entretenimento, visual estético, conforto ambiental, equipamentos e manutenção. Cada categoria possui cinco alternativas, expressas através de cartões ilustrativos (baseados em GRANJA *et al*, 2009), onde o respondente escolhe, em ordem de prioridade, os elementos mais

importantes em sua opinião³⁶. Esse instrumento foi incorporado após a aplicação do pré-teste, devido a sua facilidade de expressão e compreensão pelo respondente (ver Anexo 7);

- **Avaliação dos ambientes e serviços:** Para registrar o nível de satisfação dos usuários em relação aos ambientes e serviços das unidades: quantidade e tamanho de ambientes, fluxos, conforto termo-acústico e lumínico, acesso à unidade, qualidade do atendimento recebido, entre outros. Nessa avaliação as respostas eram registradas em forma de notas (de 1 à 10) atribuídas à cada questão. Essa escala de valores foi escolhida pela maior facilidade de expressão do usuário observada no pré-teste;
- **Perguntas abertas:** Foram realizadas perguntas abertas para deixar o respondente livre e sem nenhum tipo de influência de alternativas, com o objetivo de explorar outros tipos de visões pertencentes aos indivíduos, abordando questões sobre sensações emocionais, percepção visual e sugestões.

³⁶ O Índice Geral de Importância (IGI) foi criado baseando-se na frequência em que os itens apareciam como primeira, segunda, terceira, quarta e quinta opção. Essas frequências foram multiplicadas por 5, 4, 3, 2, 1, respectivamente. Esse índice visa captar resíduos de intenções de escolha que possam estar espalhados nas opções de prioridades menores.

5 ESTUDO DE CASO

Nesse capítulo serão apresentados os resultados obtidos da APO realizada nas UBS α , β e γ . Será demonstrada uma rápida contextualização de cada unidade, e na sequência, serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação dos seguintes métodos: *Walkthrough*, Entrevista, Mapa Comportamental, Mapa Mental, Poema dos Desejos, Seleção Visual e Questionários.

5.1 UBS_A

5.1.1 Contextualização

A UBS α (Figura 30), é a unidade mais recente a ser implantada na Região Norte de Londrina, no ano de 2004. Trata-se de uma unidade de 498,00m² de construção, com regime de 12 horas de funcionamento, onde são prestados serviços de Enfermagem, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Odontologia.

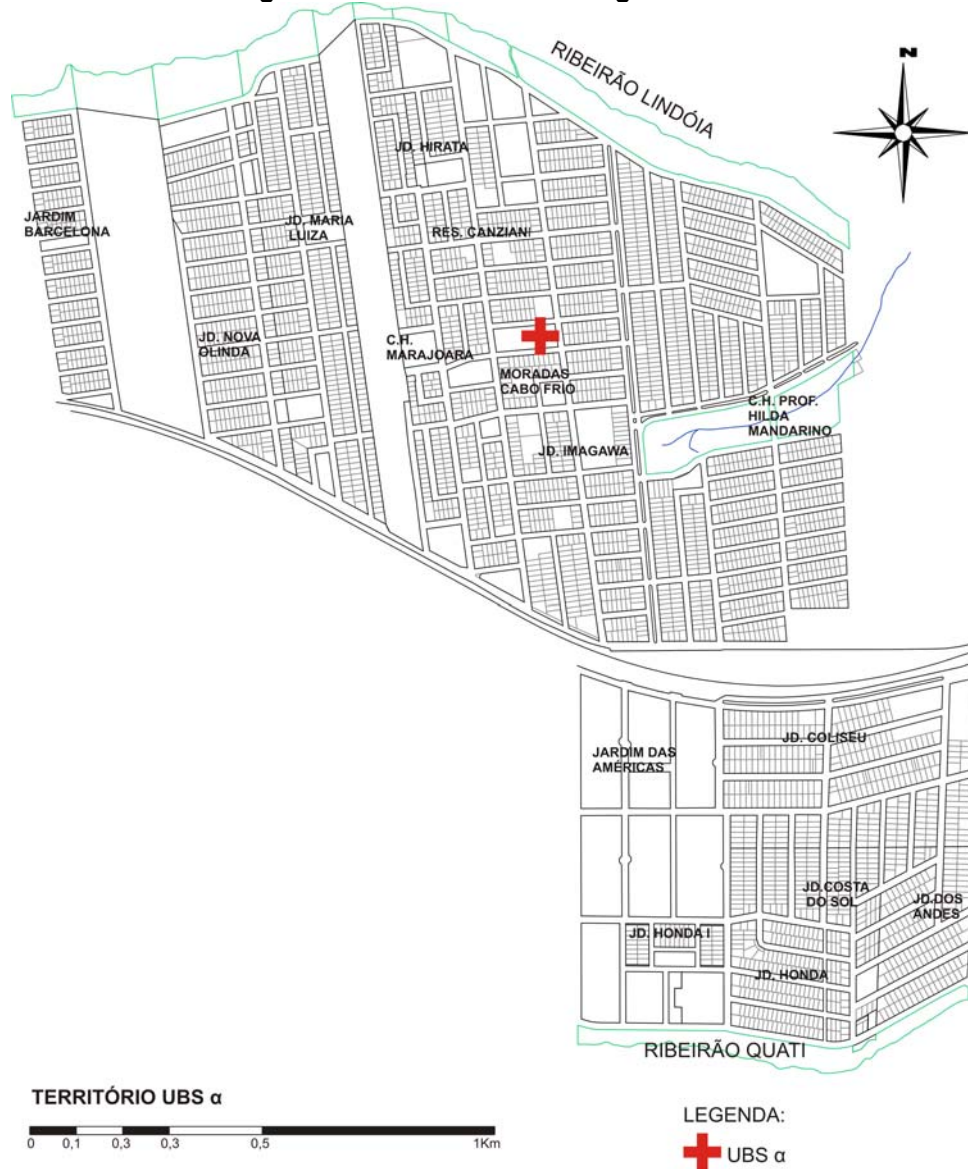
Figura 30 - Vista UBS α



Fonte: autor, 2013

De acordo com a Prefeitura Municipal de Londrina, com dados do IBGE de 2010, o território de abrangência da UBS α (Figura 31) conta com uma população de 11.317 pessoas. Nessa unidade são empregados diversos profissionais que trabalham diretamente no local e outros profissionais do NASF que são responsáveis por outras atividades, como grupo de atividade física, caminhada, etc. A unidade funciona de segunda à sexta, das 7 horas da manhã até as 19 horas, sem interrupção.

Figura 31 - Território de abrangência UBS α



Fonte: autor, 2013

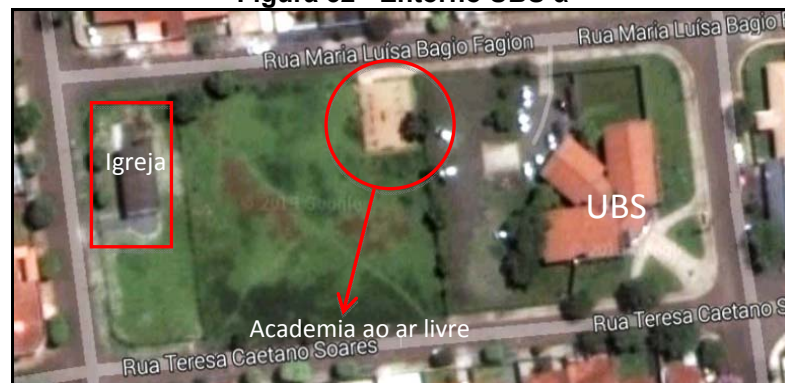
5.1.2 Resultados

- **Walkthrough**

Essa unidade está situada em um ponto central de sua região de abrangência, em uma área predominantemente residencial, e possui fácil acesso para a população assistida. Existem ainda nas proximidades, alguns poucos comércios e serviços de apoio local. O edifício está implantado em uma área pública, com as fachadas principais voltadas para a esquina das ruas Cacilda Nasralla Neme e Tereza Caetano Soares, no sentido leste e sul respectivamente (Figuras 32 e 33). Essa forma de implantação proporciona a criação de uma praça na parte frontal do

edifício, com gramado, plantas, árvores e telefone público, o que proporciona uma maior integração com a comunidade local, porém não existem equipamentos apropriados para seu uso, como bancos e locais de convívio. No fundo do terreno encontram-se as áreas de estacionamento exclusivo de funcionários, com acesso pela rua Maria Luíza Bagio Fagion, dividido em dois níveis, onde segundo a coordenadora da unidade, dificulta a sua total utilização em razão da grande inclinação da rampa que liga os níveis, pois muitos veículos não conseguem vencer o desnível existente.

Figura 32 - Entorno UBS α



Fonte: Google Earth, 2013

Figura 33 - Implantação UBS α



Fonte: autor, 2013

A unidade não possui acesso para embarque e desembarque de pacientes, tipo “*porte cochère*”, o que dificulta o acesso tanto no caso de idosos e cadeirantes, como também no desembarque de pacientes em dias de chuva. No caso de ambulâncias, o acesso é feito de uma forma adaptada e não prevista no projeto original (Figura 34).

Figura 34 - Acesso de ambulância



Figura 35 - Academia ao ar livre



Fonte: autor, 2013 Fonte: autor, 2013

No terreno adjacente foi implantada pela prefeitura uma academia ao ar livre para uso da comunidade e apoio as atividades da UBS (Figura 35), porém sua utilização é mais concentrada no período da manhã, muito provavelmente por ser um horário com mais sombra.

A parte externa da unidade possui uma boa aparência, com alguns problemas de manutenção de jardim e pintura desbotada. O barrado em partilha cerâmica nas paredes externas parece oferecer um melhor estado de conservação ao edifício e minimizar a necessidade de pinturas constantes, já que a pintura do edifício é original de sua construção. Também na parte externa observa-se uma boa comunicação visual que identifica a unidade, embora esteja fora dos padrões exigidos pela Portaria nº 2.838/GM/MS e do Manual de Identidade Visual da Rede de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

No interior do edifício podemos identificar, logo na entrada, o grande balcão de atendimento de pacientes (revestido externamente em pastilha cerâmica), com a sala da farmácia do lado esquerdo e a sala de prontuários ou SAME do lado direito (Figura 36). O balcão de atendimento possui uma altura única (aproximadamente 1,10m) o que dificulta o atendimento de cadeirantes.

Figura 36- Vista balcão de atendimento

Fonte: autor, 2013

Nas laterais da recepção encontram-se as duas salas de espera para pacientes e acompanhantes, com longarinas junto às paredes, ventiladores de parede e alguns quadros decorativos (Figuras 37). Nota-se que tanto os vidros das janelas quanto os da porta de entrada (Figura 38 e 39) possuem insulfilm azulado para minimizar a incidência de sol nas primeiras horas da manhã, acarretando um escurecimento das salas, sendo necessária a utilização de iluminação artificial em todos os períodos do dia.

Figura 37 - Sala de espera

Fonte: autor, 2013

Figura 38 - Porta de entrada

Fonte: autor, 2013

As placas de comunicação visual encontram-se fixadas nas próprias portas das salas, o que dificulta sua leitura e identificação quando as mesmas permanecem abertas (Figura 40).

Os ambientes internos estão dimensionados de acordo com a RDC n. 50/2002, com mobiliários suficientes para o atendimento e em boas condições de uso e higiene. Observou-se que não existe um único padrão dos móveis,

provavelmente pela aquisição em diferentes períodos ou por substituições. Também, observou-se a intenção de criar ambientes mais agradáveis para o público infantil com a instalação de pinturas de desenhos temáticos nas paredes da puericultura e odontologia.

Figura 39 - Sala de espera



Figura 40 - Placa de sinalização



Fonte: autor, 2013

Figura 41 - Características das salas de consulta



Fonte: autor, 2013

Uma característica comportamental facilmente identificada é a grande utilização de cartazes informativos em locais não adequados, muitas vezes fixados diretamente sobre as paredes, esquadrias e móveis da unidade (Figura 42). Essa ação, além de poluir visualmente os ambientes da unidade, acaba deteriorando as superfícies utilizadas como apoio.

Figura 42 - Cartazes informativo



Fonte: autor, 2013

A sala de espera interna, prevista originalmente no projeto, sofreu uma alteração de uso e hoje, em seu lugar, encontra-se a sala de pós-consulta da unidade. Fica claro que essa alteração foi estabelecida pela coordenação da unidade para melhorar o processo de atendimento dos pacientes, porém a sala não possui privacidade suficiente para o atendimento pois sua separação é feita apenas com um biombo (Figura 43). Além disso, as cadeiras existentes na antiga sala encontram-se hoje nos corredores. A permanência dessas cadeiras nos corredores, mesmo de forma inadequada, demonstra a necessidade de uma espera interna para facilitar o serviço dos profissionais durante os atendimentos.

Figura 43 - Alteração de uso da espera interna e cadeiras no corredor



Fonte: autor, 2013

Foi observada uma carência de espaço físico para o arquivamento dos prontuários físicos de pacientes no SAME (Figura 44) e também uma sobreposição de usos na sala da coordenação (Figura 45) que, ao mesmo tempo, é dividida pelos grupos de ACSs e também é a única sala disponível para a realização de reuniões com a equipe de funcionários da unidade.

Figura 44 - SAME**Figura 45 - Sala da Coordenação**

Fonte: autor, 2013 Fonte: autor, 2013

Uma alteração observada, muito peculiar na relação entre o comportamento dos usuários e o ambiente, foi a vedação dos visores da porta de acesso ao duto central (Figura 46). Essa ação só foi entendida após a justificativa da coordenadora, onde explicou que essa visão direta ao acesso restrito de funcionário causava diversos transtornos, pois os pacientes observavam todos os seus atos e muitas vezes achavam que os médicos estavam indo embora quando na verdade estavam realizando outras ações, como por exemplo, indo ao sanitário ou à copa dos funcionários.

Figura 46 - Porta com visor vedado

Fonte: autor, 2013

Deve-se elencar alguns tópicos para serem observados com um maior cuidado, tais como, a localização dos sanitários de pacientes (com acesso direto na recepção e sem privacidade), farmácia pequena e mal iluminada, esquadrias com poucas aberturas para ventilação e iluminação, falta de rebaixo da guia para cadeirantes, ambientes frios e estéreis (sem cuidado com conforto visual) e salas de espera pequenas e monótonas.

- **Entrevista**

A entrevista com a coordenadora da unidade possibilitou identificar a visão do ponto de vista de um profissional que entende, de maneira geral, as necessidades e problemas cotidianos de seu local de trabalho.

De acordo com as respostas fornecidas, identificamos uma grande preocupação com os cuidados no acolhimento e bem-estar dos pacientes que utilizam essa unidade, porém, esse tema parece pertencer ao senso comum dos profissionais da área da saúde. Essa parte da entrevista demonstrou algumas respostas interessantes sobre a relação da humanização dos ambientes e do atendimento. A principal e talvez mais relevante é a preocupação com a **privacidade** dos atendimentos e a forma com que o ambiente proporciona essa ação sem causar constrangimentos ao paciente. A privacidade do acolhimento e do atendimento depende de ambientes que possibilite a escuta do paciente sem restrições, perturbações ou interrupções. Muitas vezes, pela falta de espaço na unidade, esses atendimentos iniciais são realizados nas salas de atendimento que estão vazias, pois não existe uma sala específica de acolhimento. Outro exemplo de falta de privacidade é a forma de abertura dos sanitários públicos, diretamente para a área de recepção e espera, onde, segundo a coordenadora, alguns pacientes esquecem de travar as portas e são expostos quando outra pessoa tenta abrir.

Algumas **alterações** foram realizadas no projeto inicial, principalmente a respeito das funções de cada sala, provavelmente pela falta de conhecimento e adequação do uso pelo projeto. A sala destinada inicialmente à coleta, foi transformada em sala de aplicação de medicamentos e o sanitário transformado em sala de preparação. Sendo assim, a coleta é realizada dentro da sala de inalação e os pacientes utilizam o sanitário da recepção para realizar as coletas de urina. Outra alteração foi a transformação da sala de espera interna em sala de referência e pós-consulta. Segundo a coordenadora, a presença de bases de alvenaria nas bancadas e pias, impossibilitaram as alterações necessárias “[...] eu não consegui reorganizar as salas, não tinha flexibilidade”. Essas **instalações fixas** parecem inviabilizar as adaptações necessárias para cada unidade.

Embora seja uma unidade grande, com mais de 500,00m², ainda existem várias **dificuldades**, como a falta de sala de ACS, falta de sala para a coordenação, falta de espaço apropriado para o descanso de funcionários, falta de um lugar apropriado para palestras e atividades em grupo (grupo de hipertensão,

diabéticos, atividade física, etc.). Outra dificuldade é a falta de mobiliário específico para cada função exercida, gerando desconforto tanto para o paciente como para o funcionário. Também, a incidência de sol em algumas salas gera problemas de uso, como por exemplo na sala de coleta, pois o sol não pode incidir diretamente no paciente, e na sala de vacinas, pois não pode ter persianas que acumulem pó e também o *freezer* de medicamentos não pode receber a luz direta do sol. As árvores existentes ajudam a fazer sombra no edifício, porém muitas ainda estão em fase de desenvolvimento.

Para a coordenadora, **salas amplas e claras** contribuem para tornar os ambientes mais humanos, junto com a cor branca do edifício, que traz sensação de limpeza, tranquilidade e não “cansa” tanto como as outras cores, como o amarelo.

A **farmácia** foi avaliada como pequena, escura e sem possibilidade de ampliação devido ao seu posicionamento. Também foi considerada como uma sala com pouca privacidade pois seu guichê está voltado para a recepção e algumas recomendações de uso de medicamentos podem ser ouvidas por outros pacientes e causar constrangimentos. Nesses casos o paciente é aconselhado a retirar o medicamento pela porta de acesso interno.

O **tempo de espera** médio para o atendimento foi avaliado como razoável pela coordenadora e identificou como único elemento de distração o televisor existente em uma das salas de espera, embora o mesmo permaneça desligado em grande parte do tempo para evitar que o barulho gerado dificulte as chamadas de atendimento. Isso se deve pela forma compartilhada das salas de espera e das entradas de atendimento, no caso, por exemplo, do paciente ficar esperando em uma sala e ser chamado na entrada oposta. A utilização de revistas para leitura já foi testada pela unidade, porém sem o sucesso esperado pois os pacientes acabavam levando-as embora.

Por fim, como **medidas de melhoria** nos ambientes da unidade, foi sugerido uma melhor adequação dos acessos aos cadeirantes e idosos, com a instalação de rampas e equipamentos apropriados; melhora e rapidez na manutenção de equipamentos e reposição de materiais, pois a demora ocasiona dificuldades de trabalho e estresse dos usuários, por exemplo, ventiladores quebrados causam desconforto aos médicos e pacientes; equipe de trabalho completa, pois a falta de funcionários gera estresse tanto para os profissionais

quanto para os pacientes, pois acaba aumentando o serviço interno e o tempo de espera de atendimento.

- **Mapa comportamental**

A aplicação do Mapa Comportamental foi realizada nos primeiros horários da manhã do dia de coleta, para poder observar o edifício em sua ocupação máxima e identificar seus usos e peculiaridades.

Antes do início do expediente, por volta das 6:30h, se observo a presença dos primeiros pacientes que aguardavam a abertura da unidade para a realização da coleta dos exames, já que esse procedimento é realizado por ordem de chegada. Nesses dias são formadas duas filas que se concentram na frente do edifício, uma do lado direito e outra do lado esquerdo (Figura 47). Podemos observar a ausência de bancos externos para a espera e, segundo os usuários, a pequena cobertura frontal se torna insuficiente para comportar todas as pessoas presentes em dias de chuva.

Na espera, as cadeiras são insuficientes e muitos pacientes se concentram nos espaços vazios da recepção e entrada, dificultando a circulação no local e o acesso aos sanitários. Essa ocupação é caracterizada de várias formas: pessoas sentadas nas cadeiras das salas de espera, pessoas em pé na frente das portas dos banheiros e ao lado do balcão, pessoas em pé na área externa e pessoas em fila para atendimento no balcão. (Figura 48). Pode-se observar um grande número de pacientes com acompanhantes, principalmente os pais com seus filhos.

Figura 47 - Filas de espera

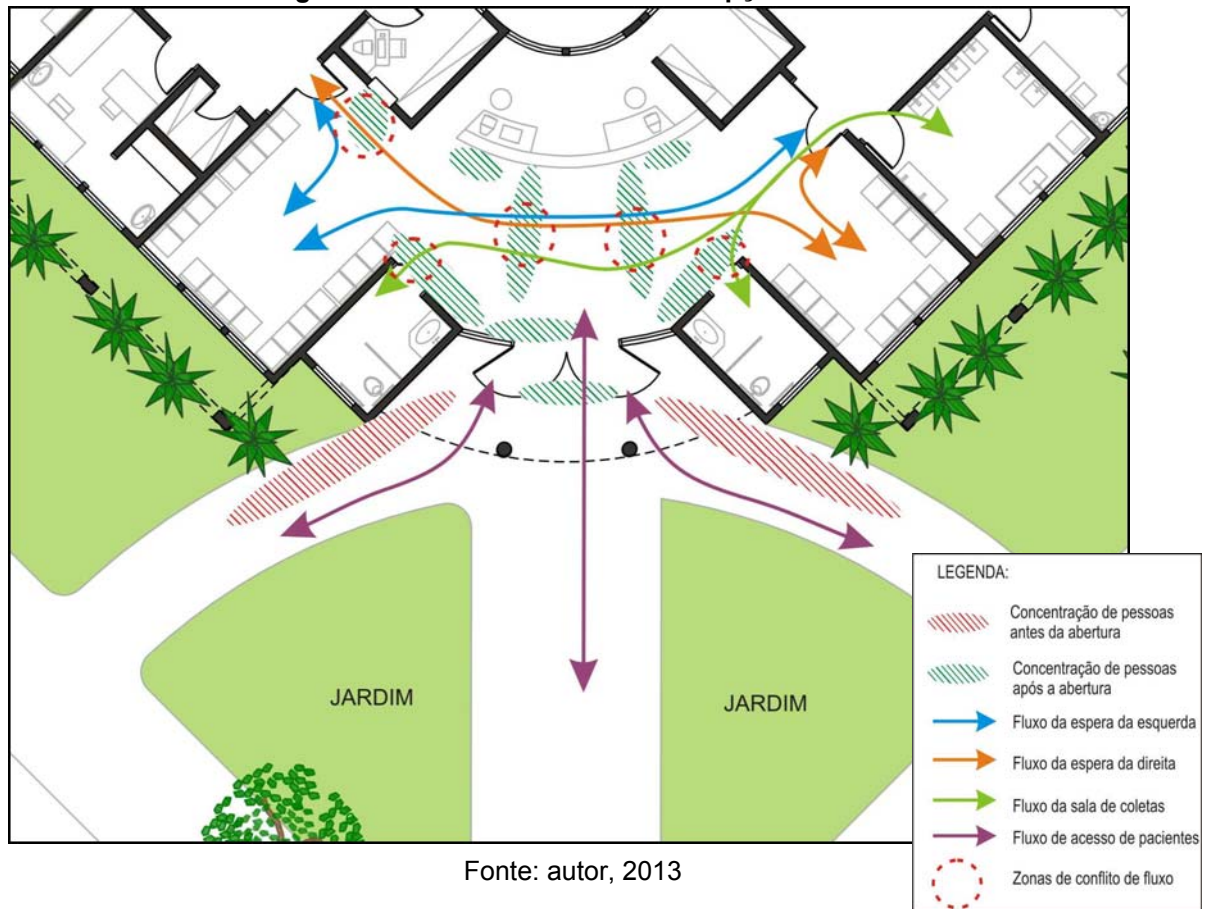


Fonte: autor, 2013

Figura 48 - Forma de ocupação da recepção

Fonte: autor, 2013

O atendimento se inicia com o anúncio dos nomes para a coleta dos exames (porta da área de procedimentos) e para as consultas agendadas (porta da área de consultórios). O tumulto e as conversas atrapalham a escuta dos nomes e dificultam a execução dos serviços. Foi observada uma constante circulação de pacientes e funcionários, entrando e saindo dos corredores de atendimento sem nenhum tipo de controle de acesso. Muitas pessoas saem da sala de coleta (sala de inalação) e se dirigem aos sanitários para realizar a coleta de material (urina). Essa ação acaba criando um conflito, pois muitas pessoas estão paradas em frente das portas dos banheiros. Outro conflito observado foi o cruzamento de fluxos, onde uma pessoa esperava em uma sala e era chamada na porta oposta (Figura 49), tendo que cruzar as filas formadas na frente do balcão de atendimento e do guichê da farmácia. Essas ocorrências observadas permaneceram por aproximadamente uma hora após a abertura da unidade. Na sequência, esse movimento foi se dissipando aos poucos até se normalizar.

Figura 49 - Conflito de fluxo na recepção UBS α 

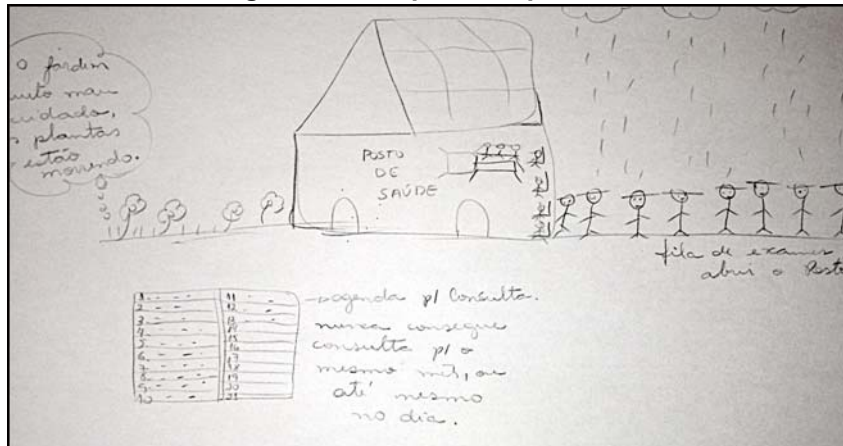
• Mapa Mental

Todas as respostas obtidas foram expressas através de desenhos e com alguns complementos em forma escrita. Por se tratar de um método qualitativo, as respostas obtidas foram analisadas e interpretadas de uma maneira abrangente sem a preocupação de registrar a frequência com que as categorias foram citadas.

Nessa unidade o elemento mais frequentemente mencionado foi a avaliação positiva de satisfação entre o respondente e a unidade, demonstrando a sua importância na comunidade através da prestação de serviços de qualidade e fornecimento de medicamentos.

Uma outra visão apreendida pelos usuários foi caracterizada pela imagem de longas filas e demora no atendimento. Esse tipo de resposta se dá pelas filas formadas antes da abertura do expediente da unidade, sem nenhum tipo de infraestrutura de suporte. Também, podemos identificar outras insatisfações como demora no atendimento, dificuldades para agendamento de consultas e falta de manutenção no jardim (Figura 50).

Figura 50 - Resposta Mapa Mental



Fonte: autor, 2013

• Poema dos desejos

Dos 13 questionários respondidos, a maioria dos respondentes se expressou de forma escrita, com alguns complementos em desenhos. Foram identificadas 38 recomendações e as respostas obtidas foram organizadas em categorias e são apresentadas de acordo com a frequência com que foram citadas pelos respondentes.

Figura 51 - Resposta do Poema dos Desejos

POEMA DOS DESEJOS

LOCAL: _____ DATA: _____

Prezado respondente,

Este exercício faz parte de um conjunto de instrumentos de avaliação para a pesquisa Diretrizes propostas para a humanização nas Unidades Básicas de Saúde: estudo de caso na cidade de Londrina - PPU/UEL/UEM, desenvolvido pelo arquiteto Fernando Gargantini Gratton.

SUA IDENTIDADE SERÁ PRESERVADA!!!

No espaço abaixo, complete através de desenhos ou por frase a seguinte sentença:

PARA MELHORAR OS AMBIENTES, EU GOSTARIA QUE ESSE POSTO DE SAÚDE...

Gostaria que fosse 24 horas
 medicamentos **PARA!**
 mais ventiladores
 alguns bancos nas áreas de fora.
 Gosto muito de todos os médicos que estão lá só tenho agradecer pelo atendimento. Sempre foi bem atendido por todos
 Obrigada

Fonte: autor, 2013

A forma **administrativa dos serviços** foi a categoria mais frequentemente mencionada, com 57,89% dos comentários. Dentro dessa categoria, a mais citada, com 23,68%, foi a necessidade de aumento da quantidade de remédios distribuídos pela unidade, seguida de mais médicos e funcionários, com 10,53%, agilidade no atendimento e UBS 24h, com 7,89% cada. O restante dos comentários demonstra a necessidade de melhora no atendimento recebido, com 5,26% e necessidades de mais materiais.

A **melhoria na estrutura da unidade** foi a segunda categoria mais mencionada, com 26,31% dos comentários. A necessidade de um espaço adequado para reuniões de grupos de atividades, com 10,53%, foi a mais citada, sendo seguida pelos comentários de uma estrutura maior da farmácia (5,26%). O restante das respostas dessa categoria citaram a necessidade de uma sala para ACS, banheiros mais adequados e melhora geral da unidade. As duas categorias restantes são referentes ao **conforto térmico**, com 7,89% (melhor ventilação e mais ventiladores) e **mobiliário**, também com 7,89% (armário para funcionários, bancos externos e maior número de cadeiras na espera).

- **Seleção Visual**

Nesse método foi solicitado aos respondentes que apontassem as três principais impressões positivas e negativas observadas em cada imagem dos formulários. Os resultados estão expostos nas tabelas a seguir em ordem decrescente de citações e com o número de frequência de cada resposta entre parênteses.

A Tabela 7 demonstra os resultados referentes aos aspectos de cada fachada analisada pelos respondentes. Podemos observar que os elementos que tiveram as maiores frequências de respostas, tanto positiva quanto negativa, possuem características similares entre as imagens e demonstram os aspectos mais importantes e necessários para os respondentes. Identificamos que os respondentes valorizam ambientes amplos, com boa ventilação e iluminação; jardins com bancos e árvores para proporcionar sombra; facilidade de acesso, com rampas e grandes portas; estacionamento para veículos de pacientes; sem fechamento por grades; comunicação visual adequada; marquise frontal (abrigo); edifícios com características de Unidade de Saúde, entre outros.







Já na Tabela 8, os resultados apresentados são referentes aos aspectos positivos e negativos dos ambientes de espera e recepção de edifícios de saúde. Identificamos que os respondentes valorizam ambientes de espera com cadeiras confortáveis e em número suficiente; atendimento individualizado na recepção; televisão para distração durante a espera; ambientes espaçosos, arejados, bem iluminados e com janelas amplas; flores e plantas no interior dos ambientes, com cores e elementos estéticos, entre outros.

Tabela 7 - Resultado Seleção Visual 01 – UBS α

	Imagens	Aspectos positivos	Aspectos negativos
a		Letreiro (9)	Paisagismo (13)
		Janelas (ilum/vent) (7)	Portas estreitas (9)
		Acessibilidade (4)	Janelas pequenas (3)
		Tamanho grande (3)	Acessibilidade (2)
		Atendimento 24 h	Comunicação colorida
		Área espera externa	Falta bancos externos
		Bonito	Pouco lugar de espera externa
		Sombra	Pintura / Estética ruim
		Entrada grande	Falta estacionamento
			Falta acesso de ambulância
	Falta sinalização entrada e saída		
b		Porta (6)	Paisagismo (6)
		Marquise (4)	Falta letreiro (6)
		Bonita (3)	Estacionamento (3)
		Estacionamento (2)	Grade lateral (3)
		Cor bonita (2)	Não parece posto de saúde (3)
		Aspecto de casa	Edifício pequeno (2)
		Sensação de casa	Aspecto de casa (3)
		Acesso fechado para funcionários	Poucas janelas (4)
		Bem cuidado	Acessibilidade (2)
		Acessibilidade	Porta pequena (2)
			Marquise pequena / Muitos pilares
			Falta iluminação e bancos
			Poucas portas e janelas
			Muito simples / Poucas cores
c		Acessibilidade (7)	Estacionamento (9)
		Porta (7)	Letreiros (4)
		Janelas (6)	Paisagismo (3)
		Rampa de acesso (4)	Marquise pequena (2)
		Bonito (4)	Janelas pequenas
		Iluminação (4)	Parece agência bancária
		Portas e janelas (3)	Cor feia
		Marquise (2)	
		Cores (2)	
		Grande (2)	
		Estrutura bonita	
		Jardim	
		Entrada boa	
d		Porta e janelas grandes(8)	Estacionamento (10)
		Acessibilidade a cadeirantes (7)	Letreiro pequeno (4)
		Paisagismo (6)	Marquise pequena (3)
		Bonita (4)	Árvores (2)
		Iluminação (3)	
		Estacionamento na frente (2)	
		Grade lateral (2)	
		Cor bonita (2)	
		Moderna / Parece escritório	
		Vista para o exterior	
		Área ampla de espera / Grande	
Bastante cadeiras			
e		Porta ampla (8)	Falta árvores (8)
		Iluminação (6)	Grades (6)
		Bancos (6)	Falta estacionamento (2)
		Bonito (4)	Não parece Posto de Saúde (2)
		Letreiros (3)	Comunicação visual pequena
		Cobertura na frente (3)	Falta parquinho
		Jardim (2)	Falta acesso de ambulância
		Acessibilidade (2)	
		Arejada (2)	
		Janelas amplas (2)	
Fechado com grade (2)			
Higiene / Piso antiderrapante			

Fonte: autor, 2013

Tabela 8 - Resultado Seleção Visual 02 – UBS α

	Imagens	Aspectos positivos	Aspectos negativos
a		Televisor (13)	Janela pequena (8)
		Cadeiras confortáveis (9)	Espaço pequeno (5)
		Atendimento individual (7)	Falta atendentes (4)
		Vaso de plantas (5)	Atendimento individual (3)
		Sinalização no piso (1)	Pouca iluminação (3)
		Correntes (1)	Correntes (2)
		Cor (1)	Cadeiras (1)
		Ventilador (1)	Poucos locais de atendimento (1)
		Bem aproveitada (1)	Falta ar condicionado (1)
		Higiene (1)	
b	 	Atendimento individual (10)	Falta atendentes (3)
		Cadeiras confortáveis (9)	Falta janela (2)
		Iluminação (8)	Falta cadeiras para esperar (2)
		Vaso de plantas (5)	Atendimento individual (1)
		Espaço amplo (5)	Falta faixa indicativa no chão (1)
		Ar condicionado (3)	Falta painel de senhas (1)
		Cores (3)	Piso liso (1)
		bonito/decoração (3)	Sala pequena (1)
		Arrumação (1)	Mau sinalizado (1)
			Falta TV (1)
c		Espaço amplo (11)	Poucas cadeiras (11)
		Porta (5)	Pouca iluminação (9)
		Cor na recepção (4)	Espaço de atendimento pequeno (3)
		Piso (2)	Falta atendentes (3)
		Com cadeiras (1)	ventilação/ar cond (3)
		Bem ventilado (1)	Falta sinalização (2)
		Bem limpo (1)	Cores ruins (2)
		Iluminado (1)	Falta TV (2)
			Porta pequena (1)
			Feia (1)
			Muita gente esperando (1)
			Recepção toda junta (1)
			Falta conforto (1)
			Falta computador de atendimento (1)
			Falta janelas (1)
d		TV (12)	Espaço pequeno (8)
		Vaso de planta (11)	Poucas cadeiras (5)
		Janelas (9)	Falta iluminação (1)
		Cadeiras boas (6)	Pintura escura (1)
		Iluminação (5)	Janela pequena (1)
		Aconchegante (1)	
		Espaço bom (1)	
		Placas de orientação (1)	
		Placas de orientação (1)	
e		Espaço amplo (8)	Iluminação (4)
		Sofá (8)	Espera demorada (2)
		Iluminação (7)	Falta janela arejada (1)
		Paisagismo (4)	Parece saguão de hotel (1)
		Vista externa (3)	Falta TV (1)
		Boa arquitetura (2)	Não é alegre (1)
		Boa limpeza (2)	
		Rampa de acesso (1)	
		Tem coisas para se distrair (1)	
Cor do piso (1)			

Fonte: autor, 2013

• Questionários

Nessa unidade, 32 usuários participaram do preenchimento dos questionários, sendo 14 pacientes, 13 acompanhantes, 1 enfermeira, 2 funcionárias e 2 ACSs. São usuários em sua grande maioria mulheres (87,5%), com faixa etária

entre 21 e 50 anos (81,2%), que utilizam a unidade para a realização de consulta (53,12%) e exames (21,8%). A frequência de uso é preferencialmente mensal (37,5%) e semestral (25%), com tempo de permanência acima de 2 horas (31,25%), entre 1 e 2 horas (28,12%) e 1 hora (18,75%).

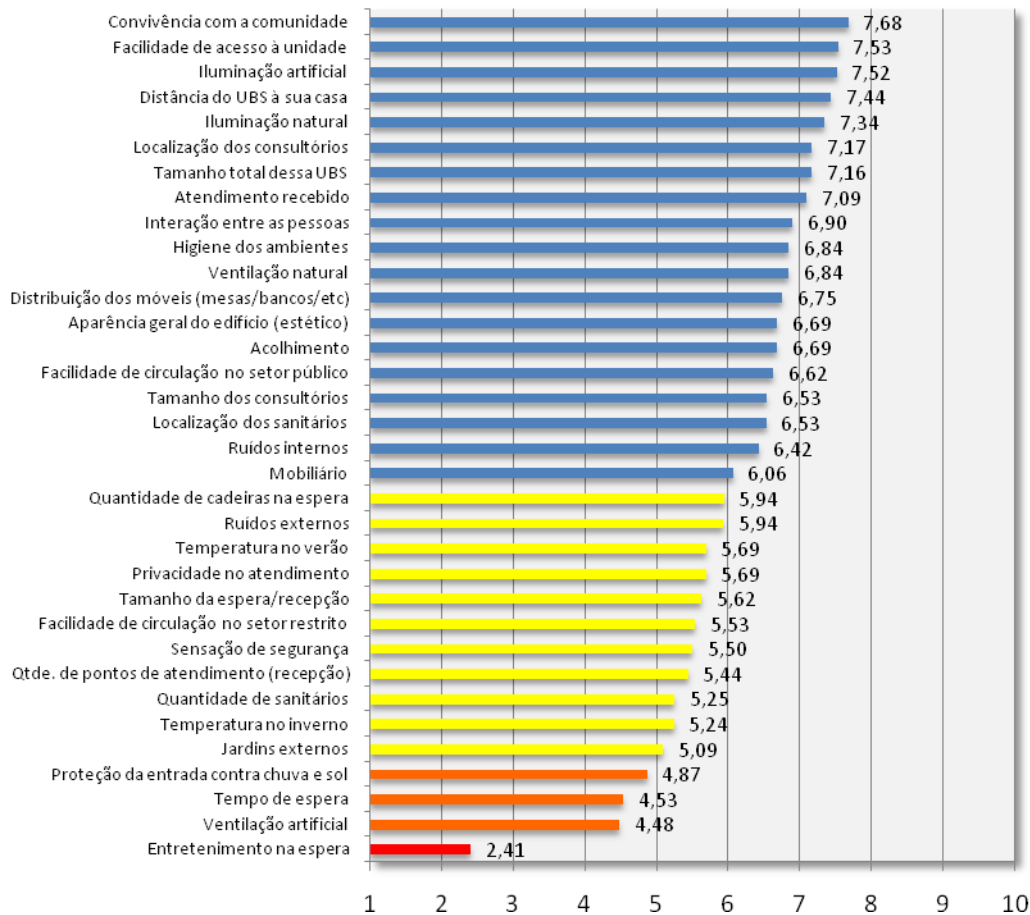
De acordo com os resultados demonstrados no Gráfico de Pareto (Figura 52), observa-se uma avaliação positiva dos resultados, onde a maior parte dos quesitos avaliados encontram-se acima da nota 6 (azul), o restante são resultados que necessitam de atenção (amarelo) ou possuem um alto nível de rejeição (laranja e vermelho). Essa unidade obteve uma nota geral média de 6,15 pontos³⁷. Os quesitos que obtiveram as menores pontuações foram, em ordem crescente, entretenimento na espera, ventilação artificial, tempo de espera e proteção da entrada contra sol e chuva. Os demais quesitos que demandam uma certa atenção, fazem referência ao conforto termo-acústico, circulação interna, privacidade no atendimento e quantidade e dimensionamento dos ambientes.

Nas perguntas abertas, quando questionados sobre a presença de elementos geradores de desconforto no ambiente, apenas seis usuários responderam essa pergunta direcionadas ao ambiente. Do restante, 22 pessoas responderam "nada" e quatro pessoas fizeram referência ao atendimento. Das seis que responderam sobre o ambiente, o assunto abordado foi a falta de acessibilidade de cadeirantes, sala de medicação adaptada, cadeiras, falta de materiais e falta de uma melhor cobertura na frente. Os usuários também apontaram os elementos que mais chamam sua atenção e nessa unidade tiveram vários aspectos citados, sobressaindo os aspectos **positivos**. Os pontos positivos são o jardim frontal/prça, recepção e balcão, fachada, limpeza e boa estrutura. Os pontos negativos são o desconforto, a má vontade dos funcionários e o piso sujo.

Sobre as sensações emocionais apreendidas no local, 50% das pessoas se sentiram "bem" e "tranquilas" com o ambiente e com o atendimento que irão receber. O restante se queixou de ansiedade com a demora no atendimento e por se tratar de um assunto de saúde. Também, reclamaram sobre o excesso de pessoas, muitas vezes doentes, onde a demora piora ainda mais esse desconforto.

³⁷ Esse valor é a soma de todas as notas recebidas e divididas pelo número de quesitos analisados.

Figura 52 - Gráfico de Pareto UBS α



Fonte: autor, 2013

Sobre os elementos geradores de desconforto, sete pessoas responderam que não existe nada. Metade das pessoas (15 usuários) deram respostas referentes aos ambientes e sua humanização, principalmente a falta de espaço e grande movimento, falta de privacidade, barulho e falta de cobertura externa. O restante das respostas se referiram ao tratamento e atendimento recebido (relação entre pessoas).

Quando questionadas sobre os aspectos físicos que deixam os ambientes mais agradáveis e humanos, sete pessoas responderam “nada”, três pessoas responderam sobre atendimento e quatro pessoas não responderam. Dos 18 respondentes que falaram sobre o ambiente, as respostas foram sobre a localização da unidade, cores, iluminação, ventilação e espaço externo agradável.

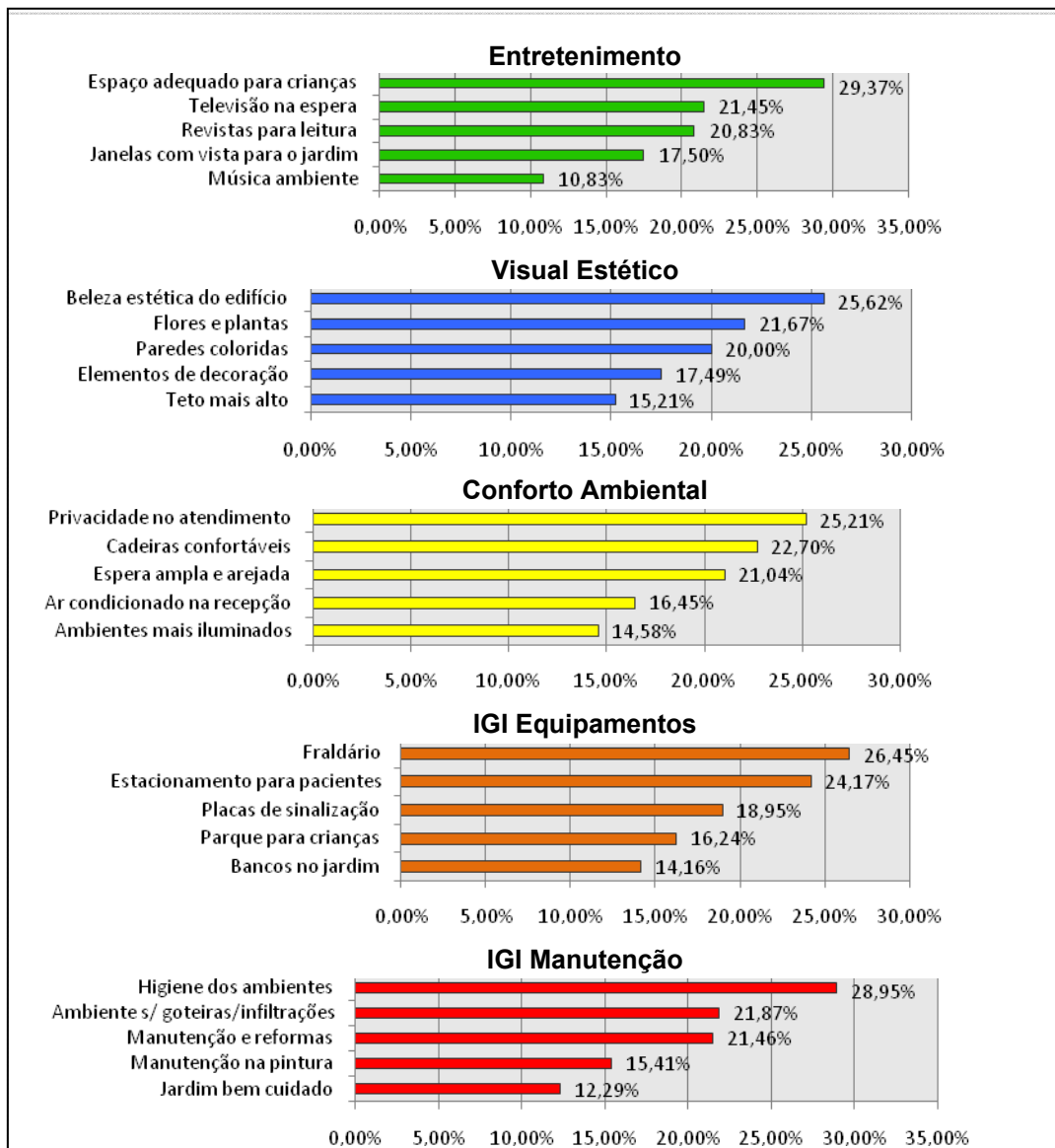
Várias foram as contribuições fornecidas pelos usuários para auxiliar na humanização e satisfação dos ambientes. Das 29 respostas válidas obtidas, a maior frequência foi com relação às dimensões físicas limitadas da unidade e seu

tamanho total, tanto com o tamanho da espera e da cobertura externa, largura dos corredores enúmero insuficiente de salas de atendimento e banheiros. Também, a falta de estacionamento para pacientes, acesso de carro para desembarque frontal, falta de cadeiras na espera/cadeiras mais confortáveis e bancos externos. Outro assunto abordado foi a falta de privacidade no atendimento e nos banheiros, a necessidade de criação de espaços para crianças, distrações na espera e jardim.

- **Índice Geral de Importância (IGI)**

Os resultados encontrados com as respostas do IGI puderam identificar os níveis de importância dados a cada item de acordo com suas categorias, demonstrados abaixo (Figuras 53).

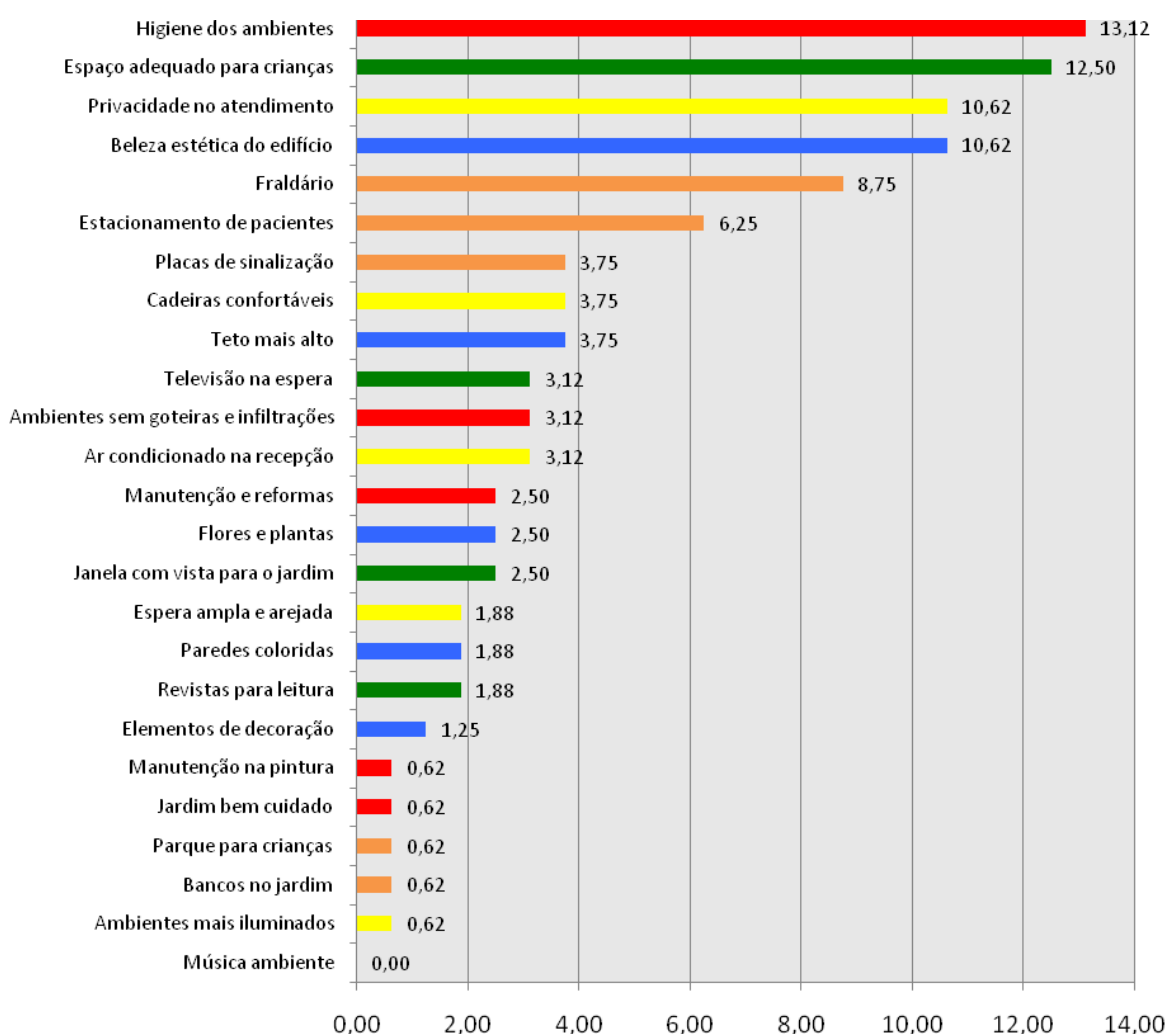
Figura 53 - Resultados IGI UBS α



Fonte: autor, 2013

Identificou-se que os respondentes valorizam tanto os elementos básicos, como a higiene e privacidade, como também, necessitam de outros elementos não contemplados atualmente na unidade, ente eles, “espaço adequado para crianças” e “fraldário”, devido a grande presença de pais com seus filhos, e também, “beleza estética do edifício”. Essa tendência é ainda maior quando comparamos a frequência entre todos os itens, escolhidos como primeira opção, em detrimento aos demais elementos (Figura 54).

Figura 54 - IGI de todas as categorias UBS α



Fonte: autor, 2013

5.2 UBS B

5.2.1 Contextualização

O novo edifício da UBS β (Figura 55) foi inaugurada em 2003, porém sua atuação nessa região se iniciou em 1988 em um outro edifício. A atual unidade conta com 490,52m² de construção e atende à comunidade nos serviços de Enfermagem, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Odontologia infanto-juvenil e gestante, em um regime de 12 horas diárias.

Figura 55 - UBS β

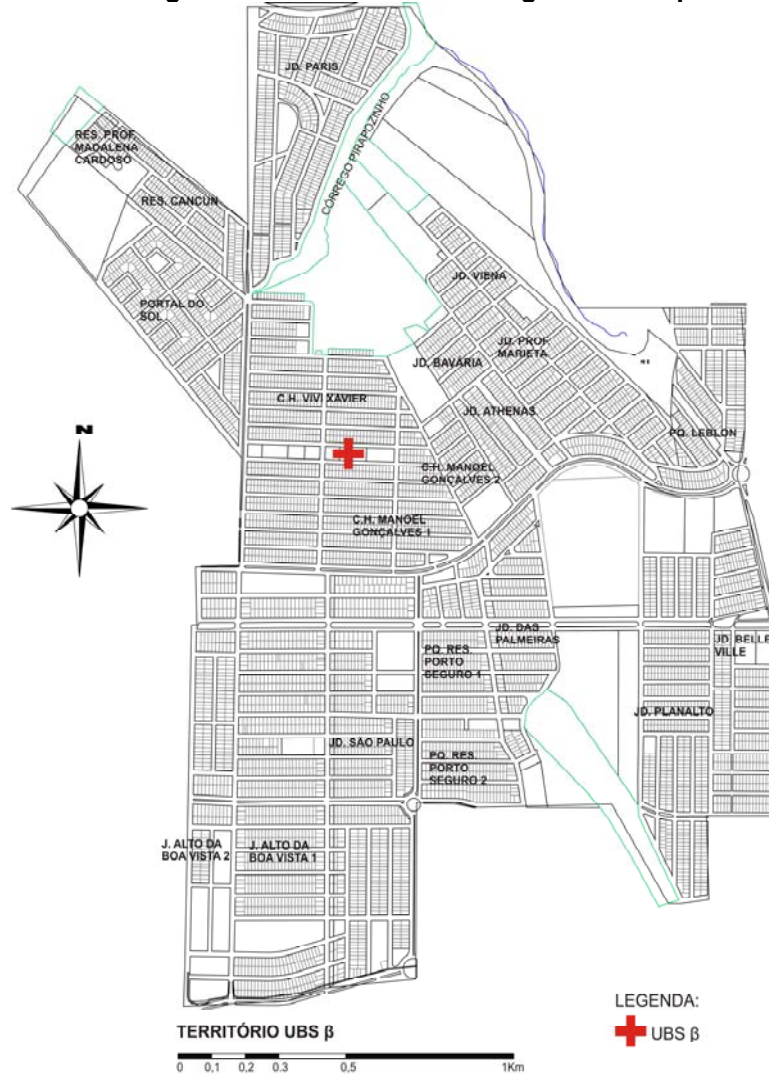


Fonte: autor, 2013

De acordo com a Prefeitura Municipal de Londrina, com dados do IBGE de 2010, o território de abrangência da UBS β (Figura 56) conta com uma população de 13.968 pessoas.

Nessa unidade, também são empregados profissionais que trabalham diretamente no local e demais profissionais responsáveis por outras atividades, como grupo de atividade física, caminhada, alongamento, etc. O funcionamento dessa unidade possui as mesmas características da UBS α , de segunda à sexta-feira, das 7 horas da manhã até as 19 horas.

Figura 56 - Território de abrangência UBS β



Fonte: autor, 2013

5.2.2 Resultados

- **Walkthrough**

A UBS β está situada em uma área central do bairro, com facilidade de acesso da população local. O terreno encontra-se em uma região predominantemente residencial, com edificações de um pavimento e com as características do conjunto habitacional instalado na década de 1980. Existem ainda nas proximidades, alguns poucos comércios e serviços de apoio. O edifício está implantado em uma área pública, na região mediana da quadra, com a fachada principal voltada para a rua John Lennon e os fundos para a rua Maysa.

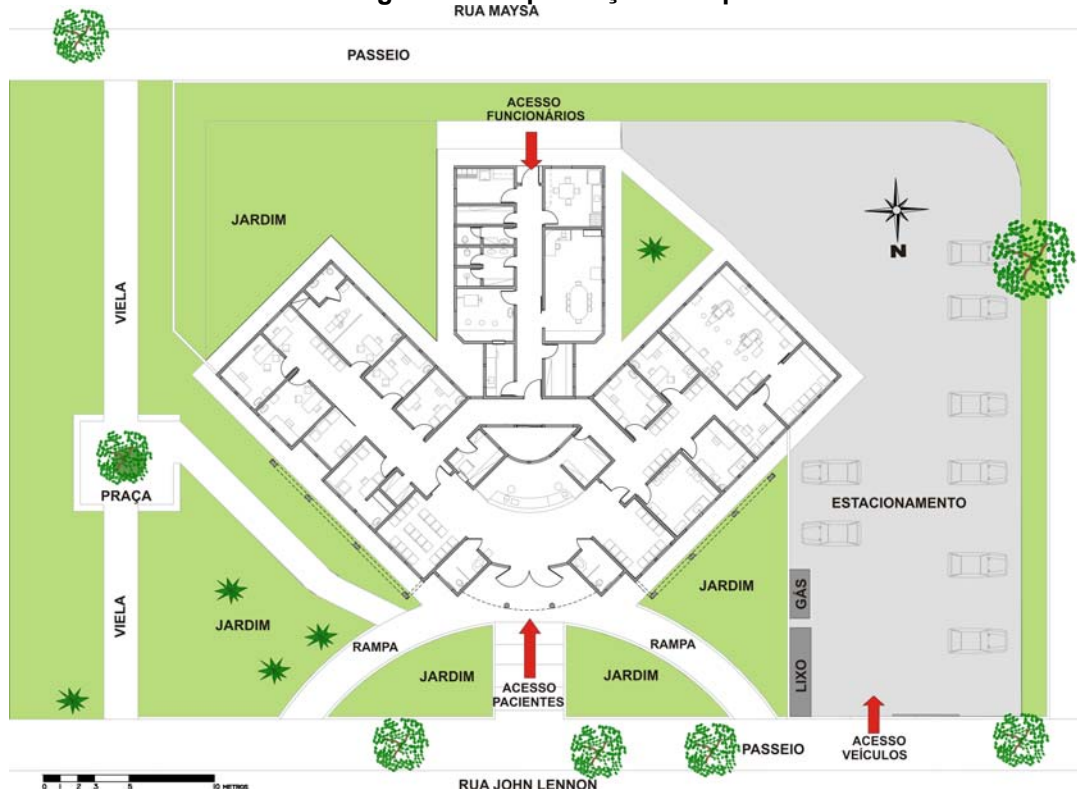
Nessa quadra encontram-se outros equipamentos como a igreja católica, o Centro Comercial do bairro, onde atualmente encontram-se algumas lojas e um supermercado, e uma extensão do CRAS³⁸ Norte (Figura 57). Entre a UBS e o CRAS existe uma viela de ligação entre as ruas John Lennon e Maysa (seta rosa) que facilita o acesso e cria uma pequena praça com bancos para o convívio da comunidade (Figuras 58, 59 e 60). Os jardins do entorno apresentam gramados e algumas plantas e árvores, porém é clara a sua falta de limpeza e manutenção.

Figura 57 – Entorno UBS β



Fonte: Google Earth, 2013 (Alterado pelo autor)

Figura 58 - Implantação UBS β



Fonte: autor, 2013

³⁸ Centro de Referência de Assistência Social

Figura 59 – Acesso pela viela e praça

Fonte: autor, 2013

Figura 60 - Vista frontal da UBS β

Fonte: autor, 2013

O edifício está em um nível acima da calçada frontal e seu acesso é realizado através de rampas e escadas, ambas sem corrimão (Figura 60), o que pode dificultar o acesso de pessoas com dificuldade de locomoção. Embora a rampa seja estreita e não tenha sido projetada para o acesso de veículos, essa prática se torna uma realidade para o desembarque de pacientes acamados, assim como relatado informalmente pelos pacientes.

Nos dias de maior movimento ou de grande calor, as pequenas muretas dos canteiros frontais e a escadaria acabam sendo utilizadas pelos usuários como bancos de espera. Ao lado, encontra-se o estacionamento da unidade exclusivo para funcionários, onde também estão locados a casa de gás, depósito de lixo e compressor de ar (Figura 61).

Figura 61 - Estacionamento

Fonte: autor, 2013

Os aspectos externos do edifício da UBSβ possuem muitas características semelhantes com as mencionadas na UBS α: aparência com avaliação regular, pintura desbotada, jardins com problema de manutenção e comunicação visual fora de norma.

O balcão frontal, assim como da UBS α, é revestido em pastilha cerâmica, sem área exclusiva para atendimento à cadeirantes, instalado no

alinhamento das paredes da farmácia (à direita) e do SAME (à esquerda), o que aumenta o espaço interno para os funcionários e diminui o espaço frontal de circulação de pacientes. Também, esse balcão possui aberturas de passagem na duas extremidades, facilitando a entrada e saída dos funcionários (Figura 62).

Figura 62 - Balcão de atendimento e recepção UBS β



Fonte: autor, 2013

Também, na Figura 62, podemos observar uma grande quantidade de cartazes informativos colados sobre as paredes ou pendurados nas esquadrias, o que causa grande poluição visual e dificuldade de leitura dos mesmos. Essa forma de fixação de cartazes pode ser observada por todos os ambientes da unidade. As portas de acesso aos corredores de atendimento possuem um avanço que não constam no projeto aprovado e deixam as salas de espera menores e mais apertadas. Essa sensação aumenta mais ainda com a forma de instalação das cadeiras da sala da esquerda. Além das cadeiras no contorno das paredes ainda foram instaladas duas fileiras no centro da sala.

Como medida de proteção contra o sol nas janelas, foram instaladas persianas metálicas (Figura 63) porém o desgaste do tempo e o mau uso inutilizaram as mesmas, obrigando-as a ficarem abertas permanentemente ou foram retiradas.

Figura 63 - Persianas sem uso



Fonte: autor, 2013

Foi observado que mesmo durante o dia e com grande incidência solar, as luminárias permanecem acessas durante todo o período de funcionamento da unidade.

Assim como na UBS α , as placas de comunicação visual estão fixadas nas próprias portas das salas, o que dificulta sua leitura e identificação quando as mesmas permanecem abertas.

Nessa UBS os ambientes internos também estão de acordo com as normas, com mobiliário suficiente para o atendimento e em boas condições de uso e higiene, porém os móveis são de diferentes padrões e em um número superior ao previsto no projeto, o que acarreta em um fluxo estrangulado em alguns pontos, como nos corredores e ambientes com restrições de uso, como no caso da esterilização (Figura 64).

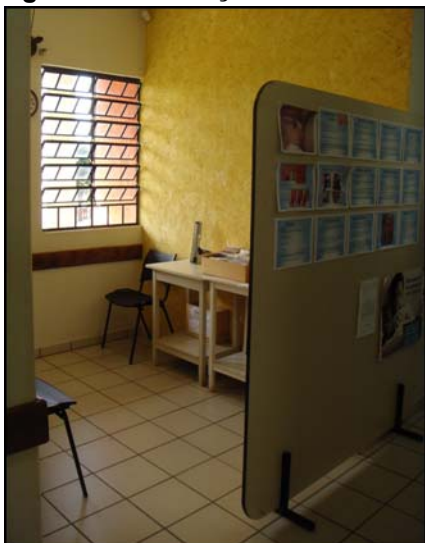
Também, se observou a intenção de criar ambientes mais agradáveis para o público, como a pintura texturizada nas salas de espera e as pinturas de desenhos infantis nas paredes da puericultura e odontologia.

Figura 64 - Corredor estrangulado e esterilização restrita ao uso



Fonte: autor, 2013

A sala de espera interna, prevista originalmente, sofreu uma alteração de uso e hoje encontra-se a sala de procedimentos e triagem, com problemas de privacidade e de conforto ao usuário em razão do fechamento feito por um biombo (Figura 65). No corredor adjacente estão locadas cadeiras para os usuários que são encaminhados para o atendimento.

Figura 65 - Alteração de uso

Fonte: autor, 2013

O pouco espaço disponível para o arquivamento dos prontuários de pacientes (SAME) obrigou a utilização do depósito da circulação para o arquivamento dos mesmos, porém não possui portas e deixa livre o acesso e facilita furtos e extravios de documentação sigilosa. Em razão da falta de sala específica, foi observada também nesse estudo de caso, o compartilhamento da sala da coordenação pelas ACSs que atendem a unidade.

Durante a aplicação da Walkthrough, foi identificado que todos os ralos da unidade estão vedados com esparadrapo (Figura 66) para evitar mau cheiro e insetos, conforme explicação dos funcionários. Cabe ressaltar que a instalação de ralos nos ambientes não é autorizada pelos órgãos sanitários (RDC n. 50), por tanto, um erro de especificação do projeto.

Figura 66 - Fechamento dos ralos

Fonte: autor, 2013

No geral, podemos elencar alguns tópicos para serem observados com um maior cuidado, tais como, a localização dos sanitários de pacientes (com acesso direto na recepção e sem privacidade), farmácia pequena e mal iluminada, esquadrias com vidros quebrados e com ferrugem; salas de espera apertadas devido ao grande número de cadeiras e banheiros de pacientes não adaptados.

- **Entrevista**

De acordo com os relatos da coordenadora da unidade, o **acolhimento** é a forma mais difundida de humanização e faz parte da política municipal, que é o "acolhimento de todo paciente". Esse tipo de acolhimento acontece reservadamente, nas salas vazias da unidade, sem um espaço definido e preparado para isso. Segundo seu relato, em razão do grande movimento, já houve

casos de realização da primeira escuta no próprio corredor, embora tenha ciência que essa não é a melhor maneira de se realizar o serviço. Ainda completa dizendo que “precisaria de um espaço mais reservado” para esse atendimento, pelo menos duas salas exclusivas para acolhimento. Essa forma privativa de atendimento oferece mais segurança para o paciente e proporciona maior confiança com o atendimento.

A coordenadora entende que a **humanização do ambiente** é a possibilidade de proporcionar ao paciente o conforto necessário para que ele se sinta bem, principalmente quando o paciente está debilitado e com dores. Porém, ela afirma que não adianta um ambiente confortável se o atendimento é ruim e demorado. Ela acredita que os pacientes que utilizam essa unidade não dão valor ao ambiente e aos equipamentos, mas sim ao atendimento recebido, a agilidade e a atenção prestada, embora uma boa aparência e higiene do ambiente e também dos funcionários possam transmitir segurança e confiança ao paciente.

[...] a humanização no atendimento é importante para todo mundo. Uma palavra, um olhar, um gesto que você faz. Não recriminar, não condenar, ouvir e atender integralmente as necessidades.

Segundo a coordenadora, embora esse modelo de unidade tenha o objetivo de humanizar o atendimento, muitos são os **problemas identificados** por ela, tais como, constante vandalismo em razão da falta de grades de proteção, salas de espera pequenas, e acessos divididos e permanentemente abertos que dificultam o controle de entrada e saída de pessoas, resultando em furtos de equipamento médicos (instrumentos, seringas, agulhas, etc.) e medicamentos, além do risco de entrarem em contato com materiais de descarte (perfuro-cortantes) ou contaminados. Mesmo com as críticas, ela elogiou a separação entre o setor de procedimentos, consultórios e o setor de serviço/administração. Além disso, também apontou, a falta de uma sala da coordenação; goteiras e infiltrações decorrentes de vandalismo no telhado; falta de uma sala frontal para um supervisor para dar suporte à equipe de enfermagem; falta de um local melhor para os pacientes esperarem, com televisão, cadeiras confortáveis e com maior ventilação (pois não existem ventiladores na espera); desconforto dos usuários no inverno pois a porta não pode ser fechada e o vento é muito frio e forte; ausência de um local apropriado e seguro para guardar o veículo da unidade durante a noite; assaltos e falta de segurança por não haver um

portão de fácil fechamento (eletrônico) no estacionamento de veículos e pelas ameaças sofridas pelos pacientes.

As salas de espera não possuem nenhum tipo de **distração** para o paciente pois o único televisor existente não pode ser ligado em razão da forma como foi instalado. O televisor de tubo (embutido sobre a farmácia) quando ligado libera o som para dentro do ambiente da farmácia e para que as pessoas possam ouvi-la, o volume deve ser colocado no máximo, incomodando o funcionário do local. A coordenadora acredita que a instalação de televisores de LCD (em ambas as salas) poderia minimizar esse efeito, já que não ficariam embutidos e assim poderiam contribuir na distração dos usuários.

As **áreas externas** também foram criticadas, pois não existe um local de descanso para os funcionários, que poderia acontecer na região dos fundos. A área frontal não possui bancos para os usuários e nem boa aparência, com plantas e locais sombreados. A rampa de acesso é muito estreita e sem rebaixo na guia para acesso de veículos para desembarque de pacientes.

A unidade foi avaliada como regular-ruim, onde as piores notas foram referentes ao entretenimento na espera (0), jardins (2), segurança (4), convivência com a comunidade (5), fluxo interno (5) tempo de espera (5), mobiliário (5) e privacidade, temperatura e simpatia no atendimento (6).

Por fim, sugeriu diversas mudanças para melhorar os ambientes, entre elas, grade frontal para a segurança; maior número de salas de acolhimento e consulta; sala exclusiva para a coordenação; sala de supervisão na frente; sala multiuso; eliminação de goteiras; pintura nova; garagem para o carro da unidade; sala de reuniões; nova posição para a farmácia; melhor fluxo interno; redução do balcão de atendimento para dar espaço para a ampliação do SAME e da farmácia.

- **Mapa Comportamental**

Antes da abertura da unidade, por volta das 6:45h, foi possível observar a presença dos primeiros usuários que aguardavam sua abertura para a realização da coleta dos materiais para exames. As pessoas se concentram em pé na frente da porta de acesso ou sentadas nas muretas do jardim (Figura 67).

Após a abertura, as pessoas ocupam as cadeiras das salas de espera, principalmente na sala da direita e nas áreas próximas a ela, para ficarem mais próximas da sala onde é realizada a coleta (sala de inalação).

Semelhante à UBS α , o atendimento é iniciado pelos funcionários, com o anúncio dos nomes para os atendimentos e o tumulto dificulta esse processo, sem controle de acesso de atendimento e com conflitos de fluxos (Fig. 69).

Figura 67 - Espera da abertura da unidade



Fonte: autor, 2013

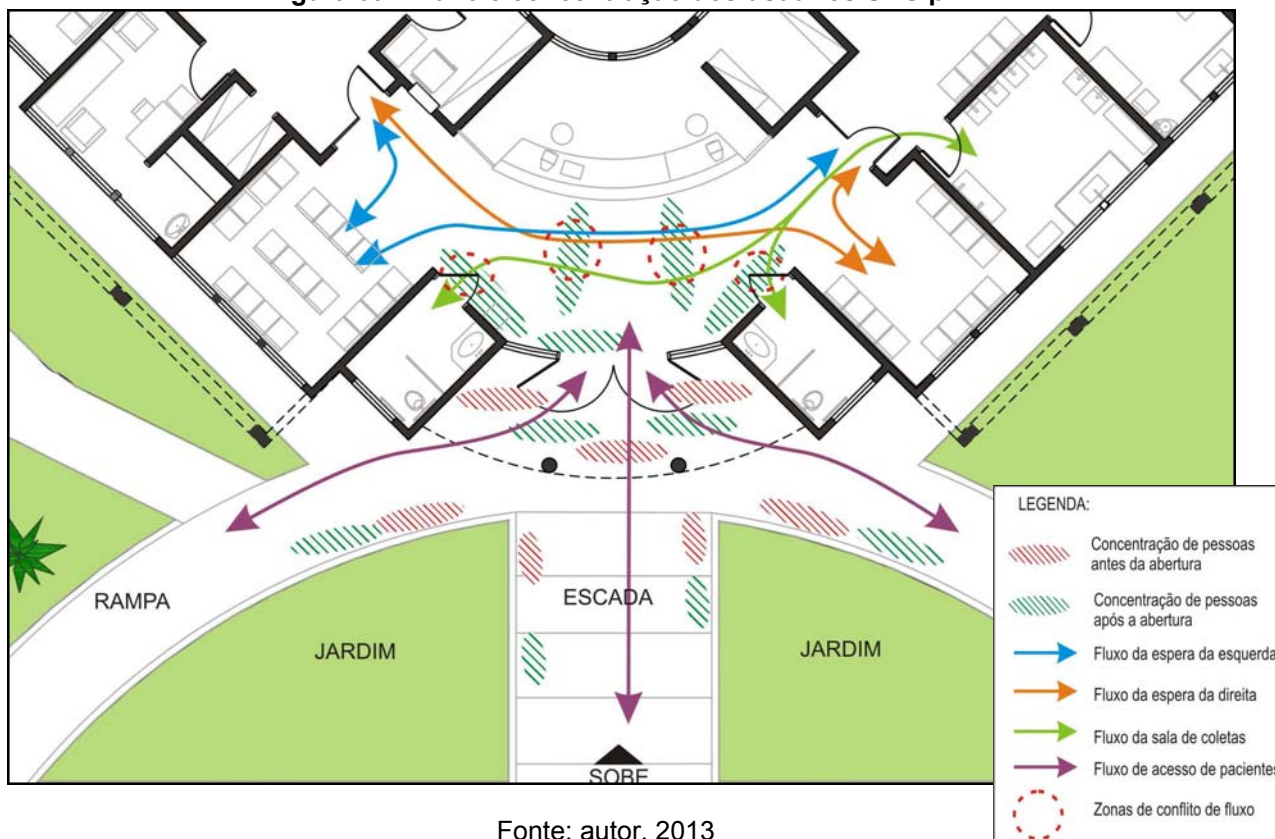
Figura 68 - Forma de ocupação



Fonte: autor, 2013

Essas ocorrências observadas permaneceram por aproximadamente uma hora após a abertura da unidade. Na sequência, com o término da coleta de materiais, o movimento é direcionado para o setor dos consultórios, porém a concentração de pessoas permanece grande.

Figura 69 - Fluxo e concentração dos usuários UBS β



Fonte: autor, 2013

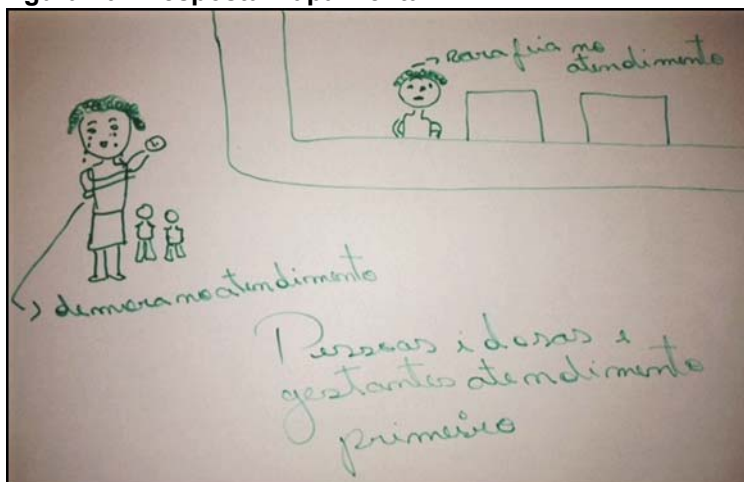
- **Mapa Mental**

Ao analisar as 31 folhas de respostas obtidas no Mapa Mental identificamos 60 respostas mencionadas e que foram subdivididas em duas categorias: **atendimento/administração e estrutura física**.

Nessa unidade, os elementos mais frequentemente mencionados foram os itens referentes ao atendimento/administração com 58,33%, dentre as quais podemos destacar a demora no atendimento (26,67%), mau atendimento (15%) e longas filas (10%). Os respondentes expressaram uma visão de descrédito e dúvida com relação aos serviços e atendimentos prestados pela equipe de funcionários dessa unidade.

Na categoria estrutura física, com 41,67%, podemos destacar a falta de cadeiras e bancos adequados (11,67%) e o restante das respostas expressaram sobre os espaços apertados (como a farmácia e a espera), buracos nas calçadas de acesso, equipamentos (televisor desligado e a fala de ventiladores) e falta de higiene dos ambientes.

Figura 70 - Resposta Mapa Mental



Fonte: autor, 2013

Observou-se que as falhas no atendimento oferecido à população foram responsáveis por essa visão negativa da unidade. Cabe lembrar que os respondentes foram orientados a demonstrar sua visão da unidade e não apenas apontar suas falhas e necessidades.

- **Poema dos desejos**

Dos 35 questionários válidos, a maioria dos respondentes se expressou de forma escrita e com alguns complementos em desenhos. Foram identificados 121 recomendações e as respostas obtidas foram organizadas em cinco categorias e são apresentadas de acordo com a frequência com que foram citadas pelos respondentes.

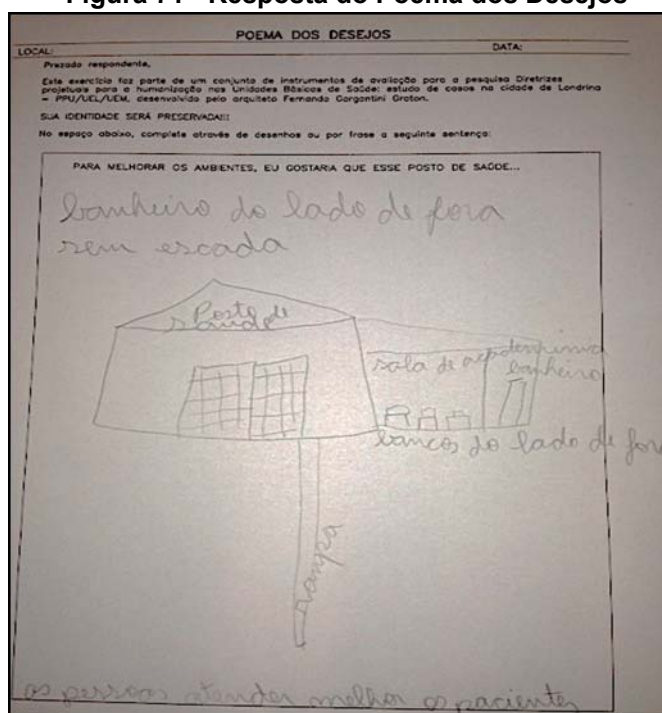
As recomendações sobre a **estrutura física** da unidade foi a categoria mais frequentemente mencionada, totalizando 35,54%, com destaque para

a necessidade de cobertura frontal (12,40%), sanitários com acesso externo(9,09%), e melhores sanitários internos (7,44%), entre outros.

A categoria **equipamentos e mobiliários** ficou em segundo lugar, totalizando 24,79%, com destaque para a necessidade de melhores cadeiras e em maior quantidade(8,26%), instalação de bancos externos (8,26%), academia ao ar livre (5,78%), e melhores bebedouros (2,48%).

A forma **administrativa dos serviços** foi a terceira categoria mais frequentemente mencionada, totalizando 23,97%. Dentro dessa categoria, a que possuiu maior número de comentários foi a necessidades de melhora no atendimento prestado (7,43%), seguida de mais médicos e funcionários (5,78%), e mais remédios (5,78%),entre outros.

Figura 71 - Resposta do Poema dos Desejos



Fonte: autor, 2013

As duas categorias restantes são referentes ao **conforto dos ambientes**, com 9,09% (melhor ventilação, mais ventiladores e higiene) e **acessibilidade**, também com 9,09% (melhores rampas/escada e acesso para veículos).

- **Seleção Visual**

Nesse método foi solicitado ao respondente que apontasse as três principais impressões positivas e negativas observadas em cada imagem dos formulários. Foram realizadas duas baterias de avaliação, sendo a primeira referente aos aspectos exteriores de fachada e entorno, e a outra sobre os aspectos referentes a sala de espera e recepção. Os resultados estão expostos nas tabelas a seguir (Tabela 9 e 10) em ordem decrescente de citações e com o número de frequência de cada resposta entre parênteses.

A Tabela 9 demonstra os resultados referentes aos aspectos positivos e negativos de cada fachada analisada pelos respondentes. Identificamos que os respondentes valorizam ambientes amplos, com boa ventilação e iluminação; jardins com bancos e sombra; facilidade de acesso; estacionamento para veículos de pacientes; comunicação visual adequada; portas amplas; edifícios com características de Unidade de Saúde, entre outros.

Já na Tabela 10, os resultados são referentes aos aspectos positivos e negativos dos ambientes de espera e recepção de edifícios de saúde. Identificamos que os respondentes valorizam ambientes de espera com cadeiras confortáveis e em número suficiente; faixa indicativa no piso; televisão para distração durante a espera; ambientes espaçosos, arejados, bem iluminados, ventilados e higiênicos; flores e plantas no interior do ambientes; elementos decorativos; pisos antiderrapantes, entre outros.

Tabela 9–Resultado Seleção Visual 1 – UBS β

	Imagens	Aspectos positivos	Aspectos negativos
a		Sinalização/letreiro (6)	Falta de jardim/árvore/banco (10)
		Tamanho (4)	Portas estreitas (4)
		Janelas(vent/ilum) (3)	Falta espera externa (2)
		Atendimento 24 h (2)	Falta pintura mais colorida (2)
		Cores (2)	Falta acesso para deficientes (2)
		Cobertura externa	Falta de estacionamento
		Bem cuidado	Piso mal feito
		Obra nova	Varanda muito aberta
			Falta parquinho
			Falta de bebedouro externo
b		Novo (2)	Parece casa (3)
		Estacionamento (2)	Falta letreiro (3)
		A entrada mostra que é um EAS	Jardim pequeno (3)
		Fachada moderna	Porta estreita (2)
		Entrada	Falta cobertura no estacionamento
		Cobertura ampla e boa	Calçada feia
		Bonita	Falta acesso de deficiente
		Com calçada	Falta banco na varanda
		Acessibilidade na calçada	Falta ventilação
		Limpeza	Sem segurança pois é prox. a rua
		Fácil acesso	Varanda estreita
		Mais acolhedora	Acesso restrito ao estacionamento
		Mais leve	Poucas janelas
		Parece uma casa	
Bem cuidado			
Porta boa			
c		Rampa (7)	Falta estacionamento (5)
		Amplio/espacoso (4)	Sem identificação (5)
		Área com sombra (3)	Paisagismo (2)
		Fácil acesso (3)	Calçada quebrada
		Cor bonita (2)	Ambiente externo (espera)
		Estrutura boa(2)	Falta bancos externos
		Porta ampla (2)	Boa ventilação
		Guarda corpo	Falta piso tátil
		Boa manutenção	Falta uma lanchonete perto
		Entrada p/ ambulância	
Jardim e Vegetação			
d		Paisagismo (7)	Falta estacionamento (4)
		Acessibilidade (4)	Falta cobertura externa
		Bonito (4)	Falta ventilação na recepção
		Iluminação (4)	Parece ser cara
		Cores (2)	Falta área de lazer
		Ventilação boa (2)	Falta rampa
		Grade para segurança (2)	Parece hospital
		Tem sinalização	Falta letreiro
		Grande / boa estrutura	Sem acessibilidade
		Bom local de espera	Pouco espaço
		Entrada e espera ampla	Não tem árvore
		Bem organizado	
Acesso para carro			
e		Bancos (4)	Falta árvores (3)
		Grade na frente (3)	Entrada com grades (3)
		Paisagismo (3)	Falta acessibilidade ambulância(2)
		Moderno (2)	O formato descaracteriza o uso (2)
		Porta ampla	Falta estacionamento (2)
		Vidro leves	Falta piso tátil
		Vidros	Falta parquinho
		Arejada	Falta cobertura até o portão
		Fachada bonita	Bancos sem encosto
		Boa identificação	Grande vidros deixa inseguro
		Espera ampla	Pouco espaço
Visual mais leve			
Bem cuidado			
Iluminação			

Fonte: autor, 2013

Tabela 10–Resultado Seleção Visual 2 – UBS β

	Imagens	Aspectos positivos	Aspectos negativos
a		Cadeiras (7)	Poucos atendentes (8)
		TV (6)	Poucas cadeiras (3)
		Faixa indicativa no piso (3)	Pouco espaço (2)
		Dividido por corrente	Balizador (2)
		Comunicação visual	Escura
		Iluminação	TV pequena
		Planta	Forma de atendimento não funciona
		Está vazio	Recepção escondida
		Limpeza e higiene	Sem ventilação
			Janela pequena
			Não tem água nem BWC
		b	
bonito/decoração (4)	Piso liso (3)		
Cadeiras (4)	Falta de privacidade no atendimento (2)		
Espaço (3)	Falta atendentes (2)		
Flores/Plantas (3)	Não tem sinalização de acesso		
Pintura(2)	Falta TV		
Limpo (2)	Ar condicionado		
Arejada	Pouco iluminação		
Cinco atendentes	Falta senha de atendimento		
Moderno	Espaço estreito		
Atendimento individualizado	Falta água acessível		
Ar condicionado	Falta telefone público		
c		Espaçoso (7)	Pouca iluminação (4)
		Limpeza (5)	Poucas poltronas (4)
		Cores (4)	Pilares no meio do espaço (2)
		Cadeiras (2)	Muito espaço vazio (2)
		Organizado	Espaço pequeno no atendimento (2)
		Recepção legal	Falta atendentes (2)
		Piso	Não tem TV
		Limpo	Poucas portas e janelas
			Não tem privacidade
			Não tem bebedouro e BWC
			Feio e frio
			Cores ruins
			Recepção sem estrutura
	Pessoas distantes		
d		Ventilação (4)	Espaço apertado (4)
		Vasos (4)	Poucas cadeiras (4)
		TV (4)	Piso (3)
		Cadeiras boas (3)	Local da TV
		Janelas amplas (2)	Pouca iluminação
		Iluminação (2)	Planta mau cuidada
		Pé direito alto	Quadros
		Cadeiras boas	Sem água para beber
		Parece ter privacidade	Falta extintor de incêndio
		Espaço para cadeiras	
		Limpeza	
e		Iluminação (6)	Piso liso (2)
		Sofá confortável (4)	Piso muito liso
		Paisagem da janela (4)	Não tem café
		Espaço amplo (3)	Falta quadros
		Confortável (3)	Falta verde interno
		plantas (3)	Atendimento demorado
		Bom ambiente	Pouca iluminação
		Espera isolada dá privacidade	Falta TV
		Parece hotel	Não parece espera
			Falta comunicação visual
			Falta segurança

Fonte: autor, 2013

- **Questionários**

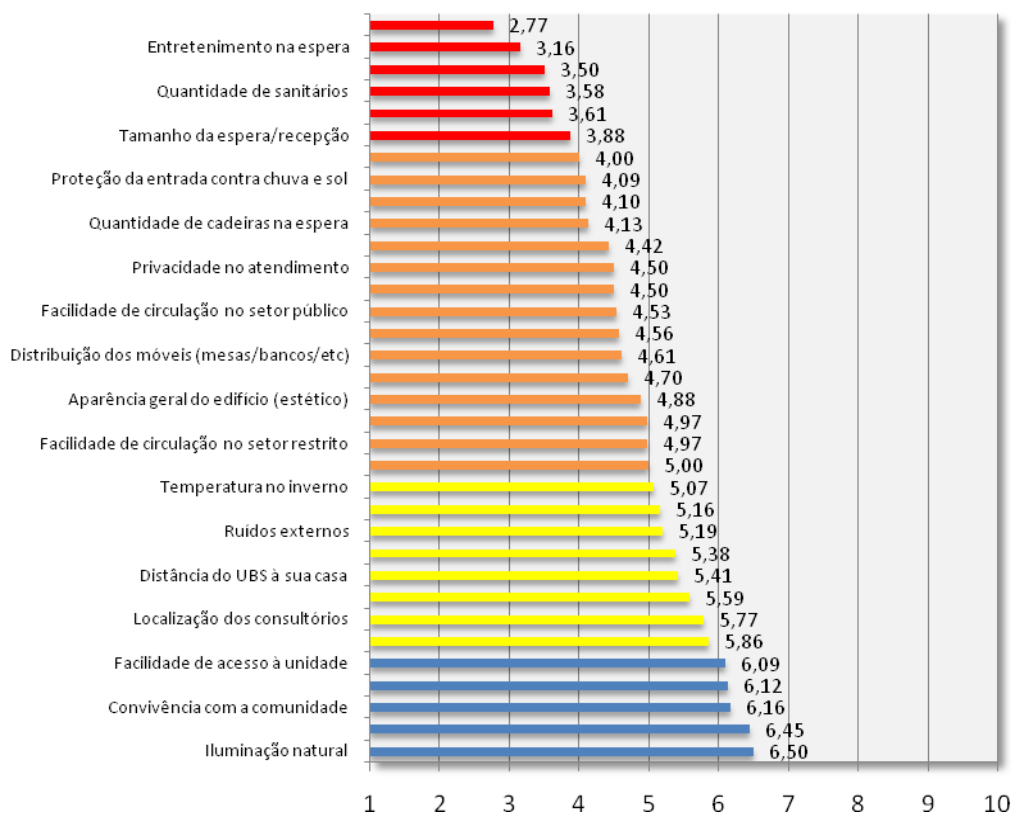
Nessa unidade, 32 usuários participaram do preenchimento dos questionário, sendo 19 pacientes, 11 acompanhantes, 1 funcionário e 1 colaborador. São usuários em sua maioria mulheres (56,25%), com faixa etária entre 21 à 50 anos (78,12%), que utilizam a unidade para a realização de consulta (70%) e exames (12,50%). A frequência de uso é preferencialmente anual (34,37%), mensal (31,25%) e semestral (18,75%), com tempo de permanência acima de 2 horas (28,12%), entre 1 e 2 horas (37,50%) e 1 hora (21,87%).

Com os resultados obtidos através do índice de satisfação dos usuários (Figura 72), observamos uma tendência negativa, com mais de 50% dos quesitos analisados abaixo dos 5,00 pontos e apenas 5 itens acima de 6 pontos (azul), entre eles, facilidade de acesso, iluminação artificial, convivência com a comunidade, interação entre as pessoas e iluminação natural. Os quesitos que se mostraram com as menores notas foram, ventilação artificial, entretenimento na espera, temperatura no verão, quantidade de sanitários, tempo de espera e tamanho da espera/recepção, com notas de 2,76 à 3,87. Os demais itens receberam notas de 4 à 5,86, e se encontram na faixa de atenção (amarelo) e rejeição (laranja). Essa unidade obteve uma nota média geral de 4,80 pontos (22% inferior a UBS α).

Nas perguntas abertas, quando questionados sobre a presença de elementos geradores de desconforto, metade dos usuários responderam "nada" ou fizeram referências ao atendimento. O restante dos usuários se referiram à falta de ventilação e ventiladores, espera pequena, falta de cortinas nas janelas por causa do sol, falta de cuidados e higiene, cadeiras desconfortáveis, cheiro de fumaça de cigarro e falta de manutenção do edifício.

Sobre os elementos que mais chamam a atenção dos usuários, vários aspectos foram apontados, porém sobressaíram os aspectos negativos, entre eles demora no atendimento, grande quantidade de pessoas, falta de cuidados e manutenção no edifício, descaso com os pacientes, desorganização do atendimento, estrutura física feia, e necessidade de reformas. Sobre os pontos positivos levantados, podemos citar, o tamanho da unidade, as cores utilizadas e o balcão amplo.

Figura 72 - Gráfico de Pareto UBS β



Fonte: autor, 2013

A grande maioria dos respondentes relatou sensações emocionais com aspectos negativos, ligados normalmente a sentimentos de tristeza e ansiedade devido ao descaso e demora no atendimento.

Sobre os elementos geradores de desconforto, um pouco mais da metade respondeu falta de ventilação, falta de higiene, falta de manutenção, muito barulho, falta de espaço na espera, falta de privacidade e calor.

Quando questionadas sobre os aspectos físicos que proporciona ambientes mais agradáveis, menos da metade das pessoas respondeu a pergunta, o restante respondeu "nada" ou fizeram referência ao atendimento. Dos usuários que opinaram sobre os aspectos dos ambientes, podemos citar as cores, o jardim, a localização da UBS, os quadros decorativos, a aparência externa, a limpeza, o tamanho do edifício e os desenhos infantis nas paredes da pediatria.

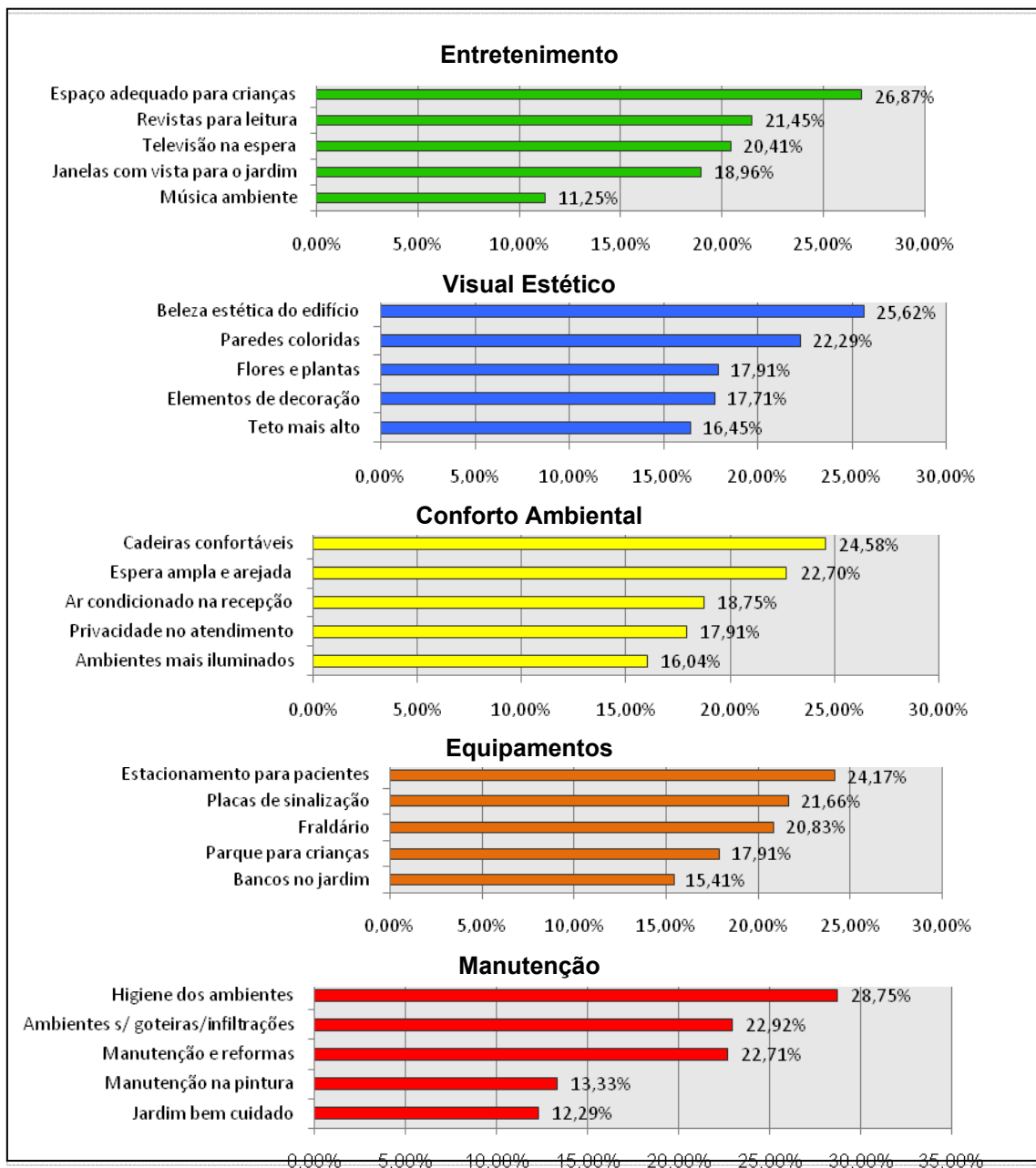
Sobre as contribuições e recomendações relatadas pelos usuários, referente a humanização dos ambientes, a maior frequência foi relacionada ao melhor dimensionamento dos ambientes, cadeiras de espera mais confortáveis, distrações na espera, espaço destinado para crianças, cobertura frontal

externa maior, paredes com pinturas mais clara, ambientes mais higiênicos e manutenção preventiva.

- **Índice Geral de Importância (IGI)**

Os resultados encontrados com as respostas do IGI puderam identificar os níveis de importância dadas a cada item de acordo com suas categorias, demonstrados abaixo (Figuras 73).

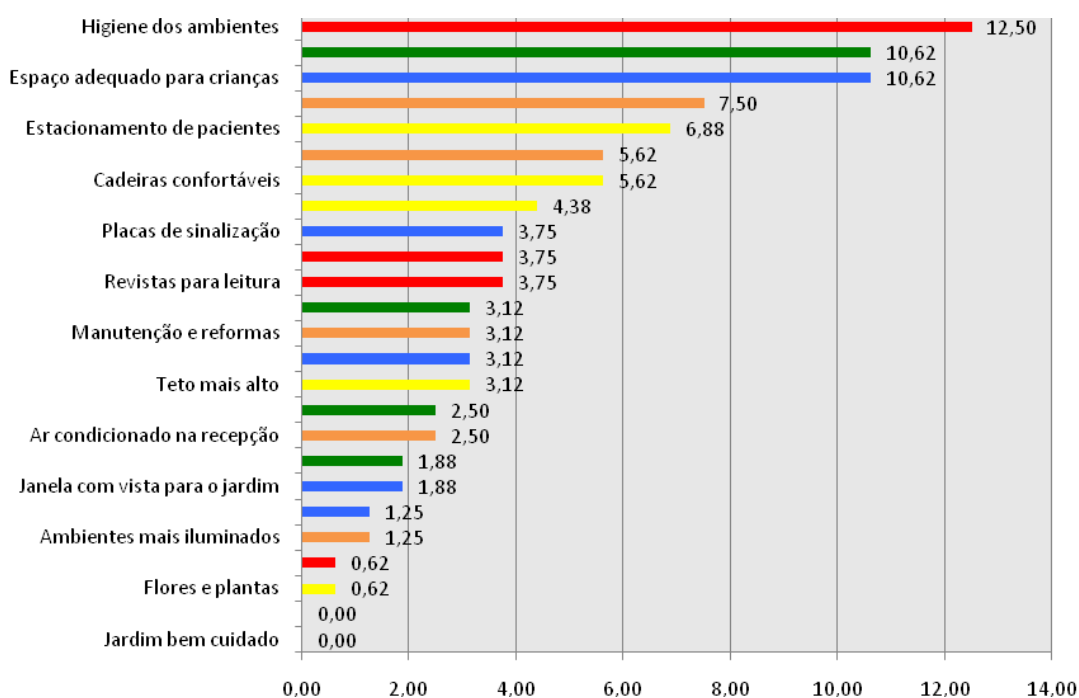
Figura 73 - Resultados IGI UBS β



Fonte: autor, 2013

Pode-se observar nesse caso, uma visão um pouco diferente em relação a UBS α , onde as prioridades são outras, embora a maior frequência continue sendo a “higiene dos ambientes”, “beleza estética do edifício” e “espaço adequado para crianças”. Os respondentes incluíram também como prioridade “espera ampla e arejada” e “estacionamento para pacientes”. Essa tendência é ainda maior quando comparamos a frequência entre todos os itens, escolhidos como primeira opção, em detrimento aos demais elementos (Figura 74), embora quando ponderadas³⁹, essas diferenças acabam se diluindo.

Figura 74 - IGI de todas as Categorias UBS β



Fonte: autor, 2013

5.3 UBS Γ

5.3.1 Contextualização

A UBS γ iniciou suas atividades em 1986, porém em 2002 a unidade ganhou uma nova sede (Figura 75), com 490,52 m² e foi uma das primeiras unidades com esse modelo a ser implantada no município de Londrina. Sob um regime de 12

³⁹ Multiplicados os resultados pelos seus pesos correspondentes, conforme a ordem de escolha.

horas, presta atendimento nas áreas de Enfermagem, Clínica Médica, Pediatria e Odontologia.

Figura 75 - UBS γ

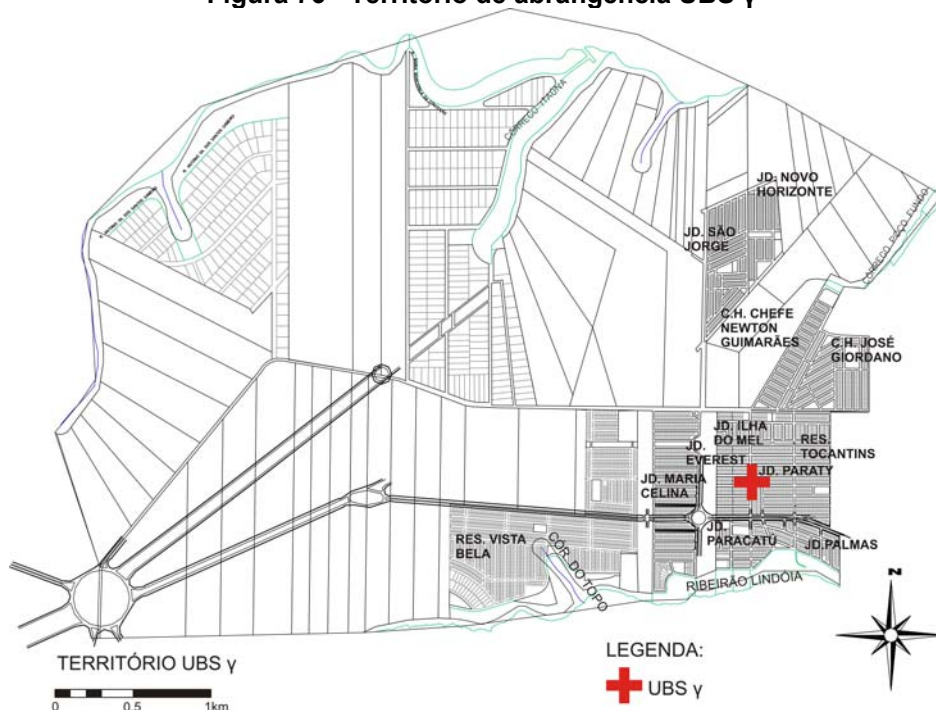


Fonte: autor, 2013

De acordo com a Prefeitura Municipal de Londrina, com dados do IBGE de 2010, o território de abrangência da UBS γ (Figura 76) conta com uma população de 8.543 pessoas.

Nessa unidade, também são empregados profissionais que trabalham diretamente no local e demais profissionais responsáveis por outras atividades, como grupo de atividade física, caminhada, alongamento, etc.

Figura 76 - Território de abrangência UBS γ



Fonte: autor, 2013

5.3.2 Resultados

- **Walkthrough**

A UBS γ está situada em uma área central do bairro com facilidade de acesso da população local, porém como sua área de abrangência é muito extensa acaba dificultando o acesso dos moradores das regiões mais afastadas. O terreno se encontra em uma região predominantemente residencial, com edificações de um pavimento e com alguns poucos comércios e serviços de apoio.

O edifício está implantado em uma área pública, em formato triangular, entre as ruas Lindalva Bandeira Milhomen Campos, Café Bourbon e Alcides Lisse (Figura 77 e 78). Essa é a única unidade estudada que possui fechamento frontal (paliteiro de concreto) em todo o alinhamento predial. Os jardins do entorno apresentam gramados e algumas árvores, porém é possível observar a falta de cuidados e manutenção.

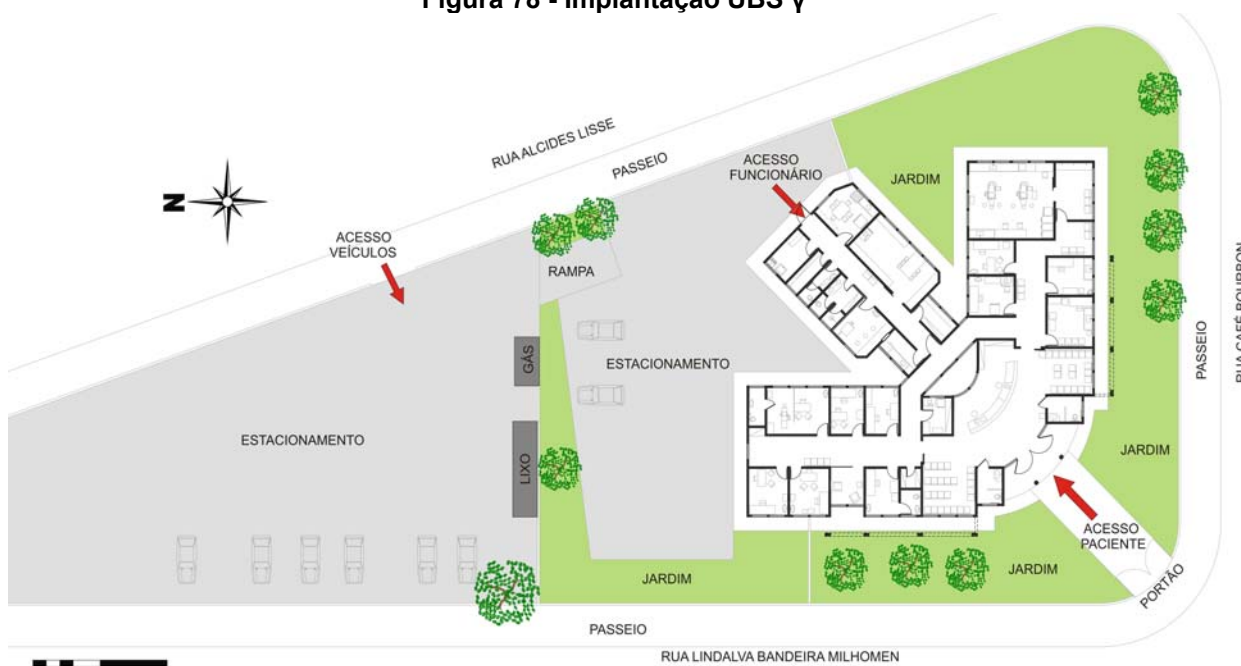
Figura 77 – Entorno UBS γ



Fonte: Google Earth, 2013 – Alterado pelo autor

O edifício se encontra nivelado em relação à calçada frontal e seu acesso é realizado através de um portão metálico que permanece aberto durante todo o expediente e fechado durante a noite (Figura 79).

Figura 78 - Implantação UBS γ



Fonte: autor, 2013

Figura 79 - Fechamento externo UBS γ



Fonte: autor, 2013

A região frontal da unidade não possui bancos e nem espaço de espera ou recreação para crianças, e acaba sendo utilizado pelos próprios usuários como local de estacionamento de motos e bicicletas (Figura80).

Figura 80 - Jardim Frontal

Fonte: autor, 2013

Figura 81 - Estacionamento UBS

Fonte: autor, 2013

Nos fundos, encontra-se o estacionamento da unidade exclusivo para funcionários interligado por uma rampa de acesso. Nesse mesmo local estão localizados a casa de gás, depósito de lixo e compressor de ar (Figura 81).

Os aspectos externos do edifício da UBSβ foi avaliado como ruim, pois demonstra poucos cuidados de manutenção, vandalismos (pichações e paliteiro quebrado), toldo de proteção da porta de serviço rasgado⁴⁰ (Figura 82), luminárias externas estragadas, pintura em mau estado de conservação e fissuras nas paredes (Figura 83) e comunicação visual fora de norma.

Figura 82 - Toldo de proteção

Fonte: autor, 2013

Figura 83 - Pintura em mau estado

Fonte: autor, 2013

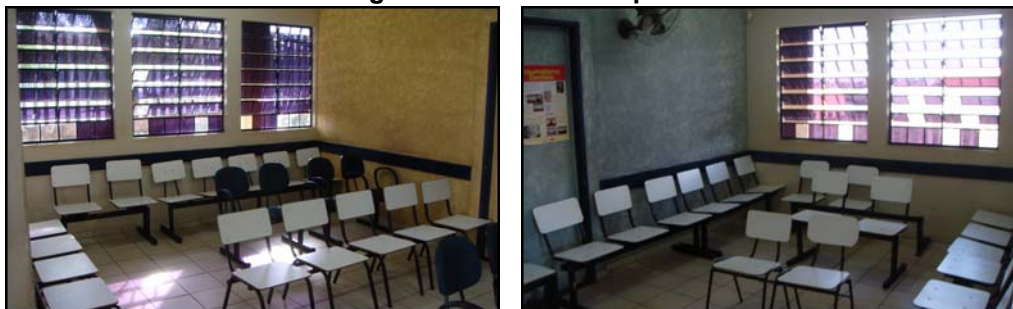
Na parte interna, o balcão frontal, assim como das outras UBSs, é revestido em pastilha cerâmica, sem área exclusiva para atendimento à cadeirantes. O balcão de atendimento foi instalado no alinhamento da parede da farmácia, como na UBS β, com abertura nas duas extremidades. O SAME é todo aberto, deixando expostos os prontuários de pacientes (Figura 84).

⁴⁰Essa cobertura não consta no projeto arquitetônico original.

Figura 84 - Balcão de atendimento UBS γ 

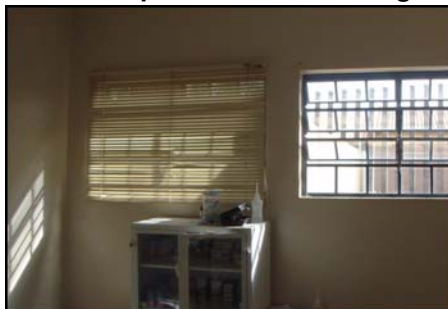
Fonte: autor, 2013

As portas de acesso aos corredores de atendimento são de correr e dificulta o seu fechamento constante. O layout das cadeiras de espera, assim como na UBS β , deixam as salas apertadas e com difícil circulação (Figura 85). As cadeiras são desconfortáveis e de diversos padrões. Nota-se também a utilização de insulfilm nos vidros das janelas, o que proporciona uma baixa iluminação natural.

Figura 85 - Salas de espera

Fonte: autor, 2013

Como medida de proteção contra o sol nas janelas, foram instaladas persianas metálicas porém muitas se encontram com defeitos ou foram retiradas (Figura 86).

Figura 86 - Estado das persianas**Figura 87- Alteração de uso**

Fonte: autor, 2013

Assim como nas outras UBSs estudadas, as placas de comunicação visual estão fixadas nas próprias portas das salas, o que dificulta sua leitura e identificação quando as mesmas permanecem abertas.

Nessa UBS os ambientes internos também foram considerados pequenos, com mobiliários suficientes para o atendimento, porém em condições ruins de uso, desconfortáveis e de diferentes padrões.

Também, observou-se a intenção de criar ambientes mais agradáveis para o público, como a pintura texturizada nas salas de espera e as pinturas de desenhos infantis nas paredes da puericultura e odontologia.

A sala de espera interna, original do projeto, sofreu uma alteração de uso e hoje encontra-se a sala de pós-consulta e observação, com problemas de privacidade (exposição) e de conforto ao usuário (Figura 87).

O depósito, como nas outras unidades, foi transformado em um apoio do SAME e os prontuários também ficam expostos e sem nenhum tipo de segurança contra furtos, já que os armários da recepção não possui mais espaço físico.

Em razão da falta de sala específica, foi observada também nesse estudo de caso, o compartilhamento da sala da coordenação pelas ACSs que atendem a unidade.

No geral, podemos considerar que a maioria dos critérios analisados nessa unidade obteve uma avaliação ruim, principalmente quando se trata do estado de conservação e manutenção do edifício, mobiliários e falta de higiene. Podemos citar alguns tópicos para serem observados com um maior cuidado, tais como, sanitários de pacientes mau localizados e com mau cheiro; farmácia pequena e abarrotada; esquadrias vandalizadas, com vidros quebrados e com ferrugem; paliteiros frontais deixam o edifício sem visibilidade e sem comunicação com a rua; vários focos de infiltração e rachaduras pelo edifício; e salas de espera apertadas devido ao grande número de cadeiras.

- **Entrevista**

Como em todos os outros casos, a humanização é vista pela coordenadora, como a forma de **acolhimento** dos pacientes que buscam a UBS como fonte inicial de tratamento de saúde, onde o ambiente possibilita que esse atendimento se realize de uma forma mais privativa e confortável ao usuário, porém, a unidade atual não proporciona esse atendimento ideal, em razão da falta de espaço e a necessidades de compartilhamento de salas, gerando falta de humanização e

pouca produtividade de serviço. Um ambiente humanizado é importante tanto para o funcionário que passa grande parte de seu dia no trabalho, quanto para o paciente que tem que ser recebido em um ambiente adequado.

O grande **aumento da população atendida**(mais de 26.000 moradores) que ocorreu recentemente, principalmente após a implantação do Conjunto Habitacional Vista Bela, sobrecarregou o edifício existente e gerou uma falta de espaço suficiente para o atendimento adequado da população de sua área de abrangência. “Uma unidade que faz o papel de duas”, segunda a coordenadora.

As **maiores dificuldades** identificadas pela coordenadora foram a grande demanda de pacientes e a falta de espaço para os atendimentos individualizados, como os de enfermagem, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, etc. Por essa razão, o longo tempo de espera por atendimento, principalmente para consultas, é a maior responsável pelas reclamações realizadas pelos pacientes.

O **fechamento frontal** não se mostrou como uma barreira de acesso para a unidade, muito pelo contrário, ele foi descrito como um elemento de segurança contra roubos e vandalismos contra o patrimônio, já que essa região é considerada uma área de vulnerabilidade. A opção de uso da área frontal como praça de acolhimento, característica nas outras unidades, foi avaliada como desnecessária, já que a falta de manutenção e segurança acabam inviabilizando essa proposta.

Como nas outras unidades estudadas, essa UBS também não possui conselho local de saúde. A única forma de **interação social** é realizada através dos grupos de atividades oferecidos pela unidade (gestantes, caminhada, alongamento, entre outros). Foi citada a necessidade de ambientes destinados às reuniões de grupos (para aproximadamente 20 pessoas) no interior da unidade.

De acordo com a coordenadora, a falta de espaço físico e o compartilhamento de salas por mais de um paciente (falta de privacidade) são fatores que geram **conflitos internos e estresse**, tanto por parte dos pacientes como para os funcionários.

Essa unidade, assim como a UBS β , possui um televisor (apenas em uma espera) que não é utilizado devido ao seu posicionamento que projeta o som para dentro da farmácia e causa desconforto ao funcionário desse ambiente. Com isso, a sala de espera não possui nenhum tipo de **distração** para seus usuários e acentua ainda mais a insatisfação e impaciência durante a sua permanência.

Essa unidade foi avaliada como **razoável** pela sua coordenadora, onde as notas mais baixas foram dadas ao jardim (4) e entretenimento na espera (5).

Por fim, podemos relacionar algumas outras observações feitas, entre elas, recepção grande porém muito escura, mal dividida e sem espaço adequado para o SAME; recepção muito fria no inverno e sem proteção contra ventos; mau cheiro nos ralos de algumas salas; falta de cooperação da comunidade com relação a higiene dos ambientes; e mau estado de conservação e deterioração do patrimônio por falta de manutenção preventiva do edifício.

- **Mapa Comportamental**

A unidade funciona de segunda à sexta, das 7 horas da manhã até as 19 horas. O atendimento não é interrompido no horário de almoço, embora as consultas não sejam agendadas para esse horário, atendendo apenas a demanda espontânea.

Antes do início do expediente, por volta das 6:30h, foi possível observar a presença dos primeiros pacientes que aguardavam a abertura da unidade para a realização da coleta dos exames. Nesses dias são formadas duas filas (consulta e exames) que se concentram no passeio público, em frente ao portão do edifício, uma do lado direito e outra do lado esquerdo.

Figura 88 - Forma de ocupação da recepção



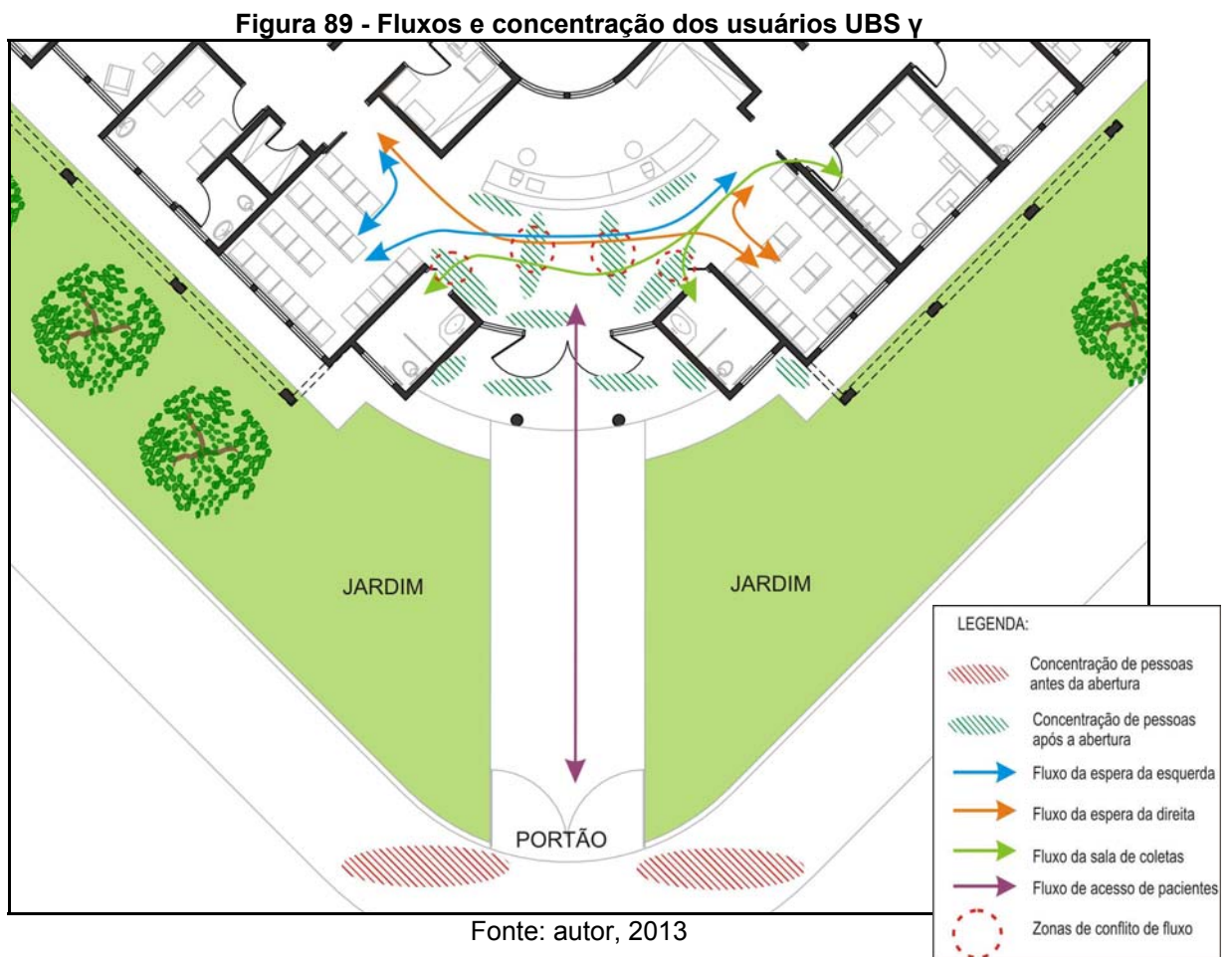
Fonte: autor, 2013

Após a abertura, as pessoas começam a entrar e ocupam as cadeiras vagas nas salas de espera, como nas demais unidades, e o restante se concentra nos espaços vazios da recepção e entrada, dificultando a circulação do local e o acesso aos sanitários (Figura 88). Podemos observar um grande número de pacientes com acompanhantes, principalmente as mães com seus filhos.

Com o início dos atendimentos, os funcionários anunciam os nomes dos pacientes para a coleta dos exames (porta da área de procedimentos) e para as consultas agendadas (porta da área de consultórios). Observa-se também a criação de outros pontos de concentração de pessoas no balcão para o agendamento de

exames e consultas. Na sequência, observa-se uma constante circulação de pacientes e funcionários nos corredores de atendimento. Semelhante às outras unidades, muitas pessoas saem da sala de coleta (sala de inalação) e se dirigem aos sanitários para realizar a coleta de material (urina). Essa ação acaba criando um conflito, pois muitas pessoas estão paradas em frente das portas dos banheiros. Outro conflito observado foi o cruzamento de fluxos, onde uma pessoa esperava em uma sala e era chamada na porta oposta (Figura 89).

Essas ocorrências permaneceram por todo o tempo de observação aproximadamente duas horas, porém o movimento intenso no setor da coleta foi se direcionando para o setor dos consultórios.



Observou-se muita sujeira, principalmente no piso (encardido e com papelão) e a presença de animais no ambiente, demonstrando uma grande falta de higiene e falta de controle de acesso (Figura 90).

Figura 90 - Recepção

Fonte: autor, 2013

Em razão da grande quantidade de pacientes que esperavam por atendimento, muitos permaneciam na parte externa do edifício, apoiados nas paredes e pilares ou mesmo em bancos improvisados (Figura 91).

Figura 91 - Ocupação de pessoas na região externa

Fonte: autor, 2013

Figura 92 - Caixa de material coletado

Fonte: autor, 2013

Foi identificada uma situação peculiar com a presença de uma caixa plástica sobre um banquinho, onde eram depositadas as amostras de exames colhidos pelos pacientes (Figura 92). A caixa estava em uma altura baixa, ao lado da lixeira, podendo ser acessada por todos os usuários, incluindo crianças e animais, em uma situação um pouco incomum e adaptada.

Contudo, identificou-se uma grande dificuldade de aplicação desse método em razão do excessivo número de pessoas que se encontravam no interior do edifício, pois em alguns momentos foi necessário mudar a posição do observador

para evitar maiores conflitos de circulação, dificultando assim a observação dos comportamentos.

- **Mapa Mental**

Com a análise das 12 folhas de respostas obtidas no Mapa Mental identificamos 30 respostas mencionadas e que foram subdivididas em duas categorias: atendimento/administração e estrutura física.

Nessa unidade, os elementos mais frequentemente mencionados foram os itens referentes ao atendimento/administração com 53,33%, dentre os quais podemos destacar a demora no atendimento e fila de espera (40%), falta de médicos (6,67%) e falta de medicamentos(6,67%).

Figura 93 - Resposta Mapa Mental



Fonte: autor, 2013

Na categoria estrutura física, com 46,67%, podemos destacar a falta higiene e mau cheiro nos ambientes (16,67%), necessidade de cobertura frontal para espera em dias de chuva (13,33%), e falta de espaço interno (6,67%), entre outros.

- **Poema dos desejos**

Dos 11 questionários, a maioria dos respondentes se expressou de forma escrita e com alguns complementos em desenhos. Foram identificadas 34 recomendações e as respostas obtidas foram organizada em três categorias.

O **atendimento/administração** foi a categoria mais frequentemente mencionada, totalizando 58,82%. Dentro dessa categoria, a que possuiu maior número de comentários, foi a necessidade de mais médicos e funcionários (26,47%), seguida por atendimentos melhores e mais rápidos (17,65%) e por fim a necessidade de mais medicamentos (14,70%).

Figura 94 - Resposta do Poema dos Desejos

LOCAL: _____ DATA: _____

Prezado respondente,

Este exercício faz parte de um conjunto de instrumentos de avaliação para o processo de avaliação para a humanização nos Unidades Básicas de Saúde, sedota de classe no sistema de Londres - PNU/SE/SEM, desenvolvido pelo arquiteto Fernando Garçon, Graft.

SUA IDENTIDADE SERÁ PRESERVADA!

No espaço abaixo, complete através de desenhos ou por frases a seguinte sentença:

PARA MELHORAR OS AMBIENTES, EU GOSTARIA QUE ESSE POSTO DE SAÚDE...

*Eu gostaria que fosse um típico espaço e mais
confortável.
Bebida com água na mesa muito gelada.*

*Lugar de espera dia de
chuva.*

Fonte: autor, 2013

A segunda categoria mais citada foi a **estrutura física**, totalizando 26,47% dos comentários, onde podemos destacar a necessidade de uma cobertura frontal para espera (14,70%), espaços maiores e mais amplos (8,82%) e ambientes adequados e acolhedores (2,94%).

A última categoria obteve comentários gerais, como a manutenção dos jardins frontais (5,88%), maior número de computadores para agilizar o serviço (2,94%) e construção de uma nova unidade (2,94%).

- **Seleção Visual**

Nesse método foi solicitado ao respondente que apontasse as três principais impressões positivas e negativas observadas em cada imagem dos formulários. Foram realizadas duas baterias de avaliação, sendo a primeira referente aos aspectos exteriores de fachada e entorno, e a outra sobre os aspectos referentes a sala de espera e recepção. Os resultados estão expostos nas tabelas a seguir (Tabelas 11 e 12) em ordem decrescente de citações e com o número de frequência de cada resposta entre parênteses.

A Tabela 11 demonstra os resultados referentes aos aspectos de cada fachada analisada pelos respondentes. Identificamos que os respondentes valorizam ambientes amplos, com boa ventilação e iluminação; jardins grandes, bem cuidados e com bancos externos; facilidade de acesso com portas amplas; estacionamento para veículos de pacientes; comunicação visual adequada; marquise frontal (abrigo); grande quantidade de janelas, entre outros.

Tabela 11–Resultado Seleção Visual 1 – UBS y

	Imagens	Aspectos positivos	Aspectos negativos
a		Letreiro grande (9)	Paisagismo (9)
		Janelas (ilum/vent) (9)	Portas pequenas (8)
		Acessibilidade (2)	Falta estacionamento (5)
		Portas	Falta bancos (3)
		Edifício grande	Falta rampa
		Boa estrutura	Portas e janelas pequenas
			Falta acesso de ambulância
			Falta tela mosquiteiro
			Falta cerca fechando
			Pouca Iluminação
	Cobertura pequena		
b		Porta ampla (5)	Paisagismo ruim (8)
		Estacionamento (3)	Poucas janelas (7)
		Terreno plano	Falta letreiros (5)
		Estrutura boa	Falta estacionamento (4)
		Cobertura na frente	Falta bancos externos (3)
		Fácil acesso	Aspecto de casa (3)
			Calçada (2)
			Falta lugar de ambulância
			Parece escola
			Parece hospital
	Grade impede aproveitamento		
c		Bastante janelas (9)	Falta estacionamento (8)
		Acessibilidade (6)	Pouco paisagismo (8)
		Marquise (5)	Falta letreiro (4)
		Rampa de acesso (2)	Cobertura pequena (2)
		Iluminação (2)	Falta espaço de ambulância (2)
		Porta ampla (2)	Faixa de pedestres (2)
		Ventilação	Segurança
		Cores	Falta bancos
		Paisagismo	Parece hospital
			Calçada inclinada
	Segurança		
d		Paisagismo (7)	Estacionamento pouco (7)
		Porta ampla (5)	Letreiro pequeno (4)
		Acessibilidade (5)	Falta bancos (2)
		Fachada de vidro/ilumin (3)	Falta árvores p/ sombra (2)
		Acesso para carros (3)	Falta rampa de deficiente
		Marquise (2)	Marquise pequena
		Chama a atenção	Falta janelas
		Janelas grandes	Falta espaço de ambulância
		Parece ser grande	Muito vidro
		Bem organizado	Parece hospital particular
Cor bonita			
e		Porta grande (10)	Falta árvores/paisagismo (6)
		Bancos externos (6)	Portão de entrada pequeno (4)
		Iluminação (6)	Telhado feio/fraco (4)
		Portão pedestre (2)	Estacionamento (3)
		Ampla	Não parece UBS
		Janelas	Ambulância não entra
		Ventilação	Calçada pavimentada
		Acessibilidade	Marquise pequena
		Jardim	Falta janelas
		acesso de ambulância	Muito vidro

Fonte: autor, 2013

Já na Tabela 12, os resultados são referentes aos aspectos positivos e negativos dos ambientes de espera e recepção de edifícios de saúde. Identificamos que os respondentes valorizam ambientes de espera com cadeiras confortáveis e em número suficiente; atendimento individualizado e com um número

adequado de atendentes na recepção; televisão para distração durante a espera; ambientes espaçosos, arejados, bem iluminados e com janelas amplas; flores e plantas no interior do ambientes; cores nas paredes; piso limpo e antiderrapante; segurança; facilidade de acesso; bebedouro, privacidade no atendimento da recepção, entre outros.

Tabela 12–Resultado Seleção Visual 2 – UBS γ

	Imagens	Aspectos positivos	Aspectos negativos
a		Atendimento individual (9)	Janela pequena (6)
		TV (7)	Poucas cadeiras (4)
		Cadeira confortável (5)	Falta atendentes (3)
		Cerca de separação (4)	Espaço pequeno (3)
		Vaso de planta (2)	Pouca iluminação (3)
		Janelas	TV
		Acesso para atendimento	Corrente
		Iluminação	Cadeiras ruins
			Cadeiras muito juntas
			Pouco espaço de atendimento
b		Atendimento individual (10)	Falta atendentes (8)
		Iluminação (6)	Falta bebedouro (2)
		Cadeira confortável (5)	Falta espaço de informação
		Ar condicionado (5)	Falta cadeiras
		Espaço bom (4)	Falta janela
		Vaso de planta (3)	Falta TV
c		Cores bonitas (2)	Tirar vaso de flor
		Espaço amplo (9)	Poucas cadeiras (10)
		Porta ampla (6)	Iluminação ruim (7)
		Segurança (2)	Espaço de atendimento pequeno (5)
		Recepção boa	Falta atendentes (5)
		Iluminação	Falta janelas
		Cores	Falta bebedouro
		Cadeiras ao redor	Piso
			Porta estreita
			Cor do balcão
	Segurança		
d		Janelas amplas (8)	Espaço pequeno (7)
		TV (6)	Poucas cadeiras (5)
		Boa iluminação (4)	Pouca vegetação
		Cadeiras boas (4)	TV
		Espaço amplo (2)	Segurança
		Pintura	
		Vaso de plantas	
e		Espaço amplo (10)	Piso escorregadio (2)
		Sofá confortável (9)	Falta lugares de sentar (2)
		Iluminação (8)	Pouca ventilação
		Piso (4)	Atendimento demorado
		Paisagem pela janela	Falta bebedouro
		Acessibilidade	
		Ambiente arejado	

Fonte: autor, 2013

• Questionários

Nessa unidade, 32 usuários participaram do preenchimento dos questionário, sendo 22 pacientes e 10 acompanhantes. São usuários em sua grande maioria mulheres (87,5%), com faixa etária entre 21 à 50 anos (84,37%), que utilizam

a unidade para a realização de consulta (68,75%) e exames (21,8%). A frequência de uso é preferencialmente semestral e anual (31,25% cada) e mensal (28,12%), com tempo de permanência acima de 2 horas (50%), entre 1 e 2 horas (25%) e 1 hora (12,50%).

De acordo com os resultados obtidos através do índice de satisfação dos usuários e demonstrado no Gráfico de Pareto (Figura 95), observamos uma avaliação negativa da unidade, onde 30 itens encontram-se abaixo dos 6 pontos. Os 4 itens que ficaram com nota superior a 6,00 foram a localização dos consultórios, atendimento recebido, convivência com a comunidade e interação entre as pessoas.

Os quesitos que obtiveram as menores pontuações foram, entretenimento na espera, jardins externos, quantidade de sanitários, proteção da entrada contra chuva e sol, tempo de espera, tamanho da espera/recepção, ventilação artificial, aparência estética do edifício e higiene dos ambientes. Essa unidade obteve uma nota geral média de 4,69 pontos, sendo a nota mais baixa entre as unidades avaliadas com uma diferença de 23 % da UBS α .

Nas perguntas abertas, quando questionados sobre a presença de elementos geradores de desconforto no ambiente, a metade das pessoas respondeu "nada" ou fez referências ao atendimento. O restante dos usuários respondeu, falta de conservação e higiene dos ambientes (principalmente os sanitários), falta de cadeiras e bancos para as pessoas esperarem sentadas, grande quantidade de pessoas e jardim externo pequeno, muito provavelmente relacionado ao fechamento frontal (paliteiro de concreto).

Ao apontar os elementos que mais chamam a sua atenção, quase todos os itens levantados se referiam a aspectos negativos, entre eles, muitas pessoas esperando, falta de espaço, falta de cuidados e manutenção, e, principalmente, mato alto, sujeira, falta de higiene e necessidade de reformas. Dos pontos positivos levantados podemos citar a sanca de gesso da recepção (embora quebrada) e os cartazes informativos.

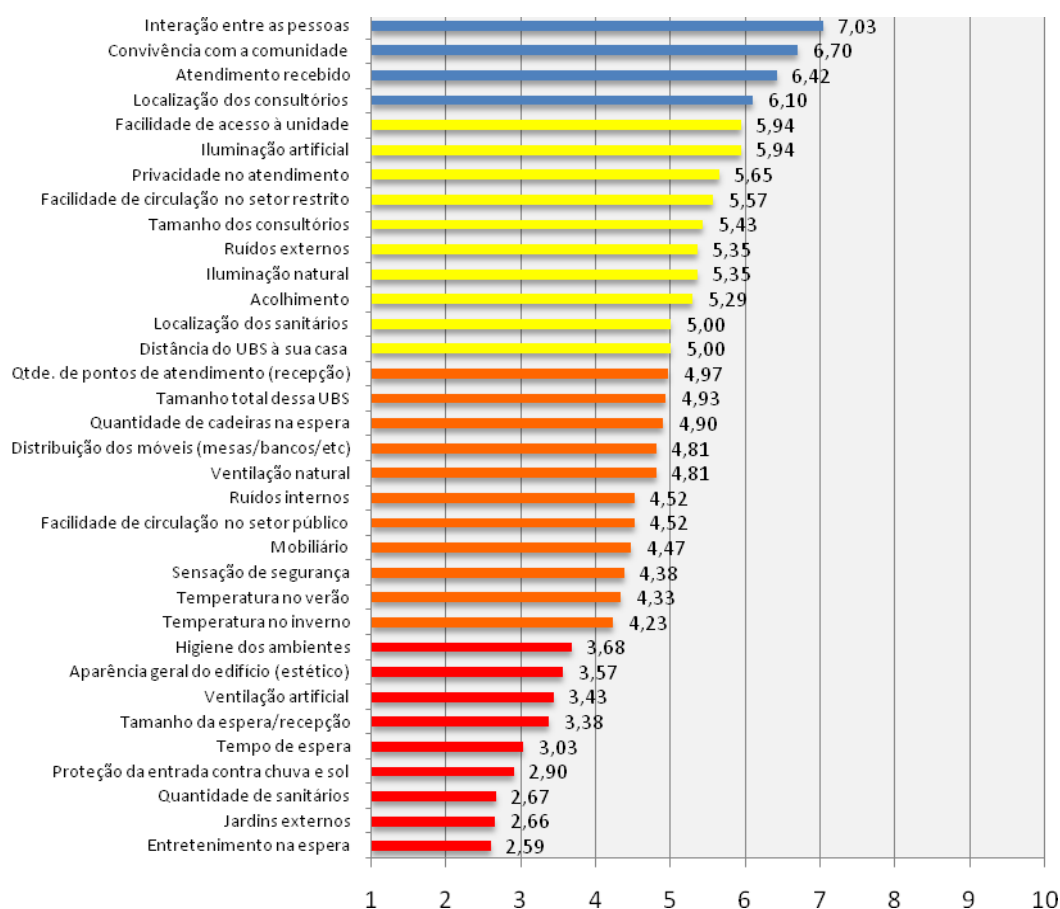
Sobre as sensações emocionais apreendidas na unidade, quase todas as respostas possuem aspectos negativos e referem-se a tristeza e ansiedade pelo descaso dos funcionários e pela demora no atendimento.

Sobre as questões de desconforto e incômodo, mais da metade das pessoas (19 usuários) deram respostas referentes ao ambiente, entre elas, a falta de

higiene dos ambientes, mau cheiro, barulho excessivo, falta de locais adequados para espera, ambientes apertados e cadeiras desconfortáveis.

Ao serem questionadas sobre os elementos físicos que deixam os ambientes mais agradáveis, a grande maioria respondeu "nada" ou fizeram referência ao atendimento. O restante citou alguns elementos dos ambientes, tais como, boas salas de consultas, recepção adequada, TV na espera, o formato do edifício, boa iluminação, limpeza, a visão para a cidade e os desenhos na parede da pediatria.

Figura 95 - Gráfico de Pareto UBS γ



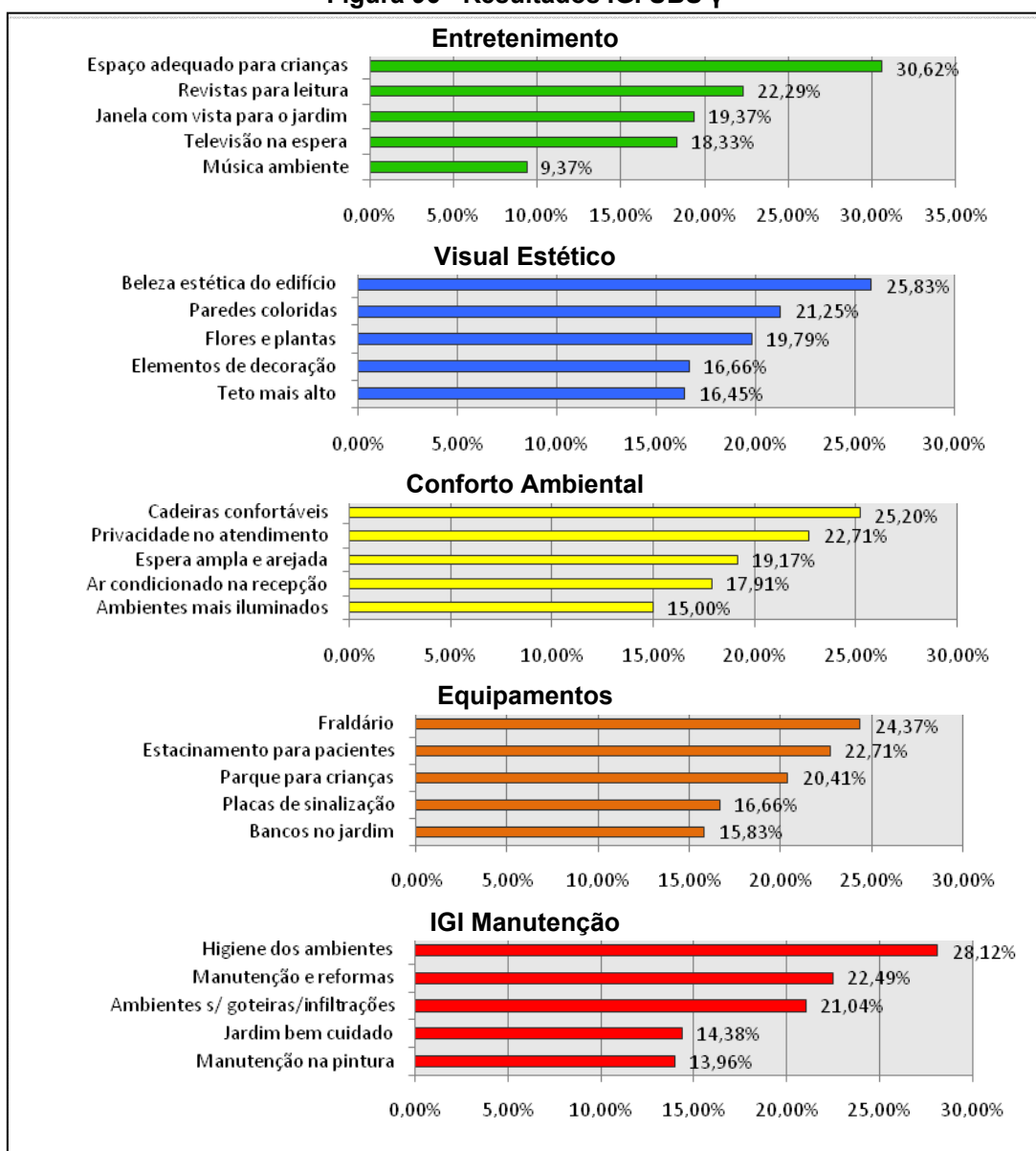
Fonte: autor, 2013

Com relação às contribuições e recomendações, a maior frequência foi a respeito do melhor dimensionamento dos ambientes, cadeiras mais confortáveis, necessidade de distrações na espera, falta de espaço para crianças, cobertura externa insuficiente, pintura mais clara, higiene e manutenção, estacionamento e principalmente corte da grama e árvores.

- **Índice Geral de Importância (IGI)**

Os resultados encontrados com as respostas do IGI puderam identificar os níveis de importância dadas a cada item de acordo com suas categorias, demonstrados abaixo (Figuras 96).

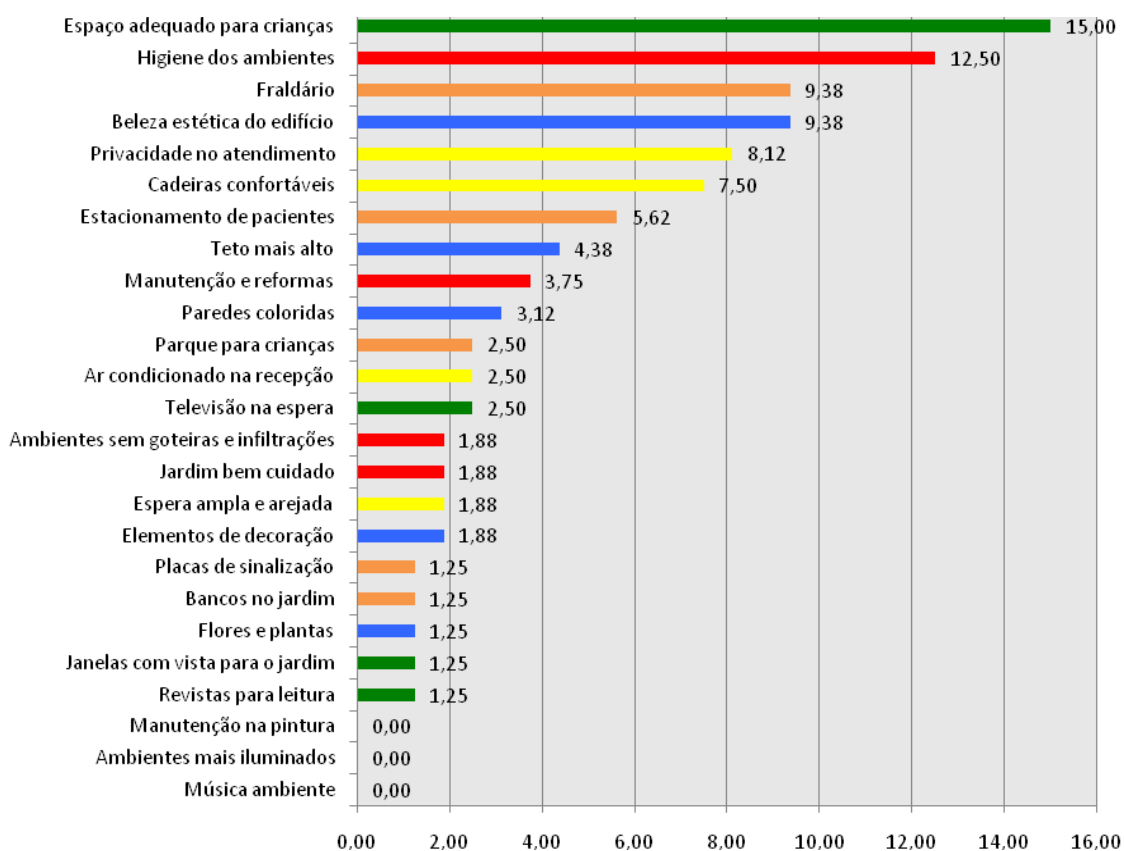
Figura 96 - Resultados IGI UBS γ



Fonte: autor, 2013

Observa-se nesse caso uma tendência semelhante aos resultados obtidos nas UBSs anteriores, porém nesse caso o item “espaço adequado para crianças” obteve uma forte prioridade em relação aos demais, principalmente quando observado na Figura 97, onde comparamos a frequência entre todos os itens, escolhidos como primeira opção.

Figura 97 - IGI de todas as Categorias UBS γ



Fonte: autor, 2013

5.4 ANÁLISE COMPARATIVA: ESTUDOS DE CASO

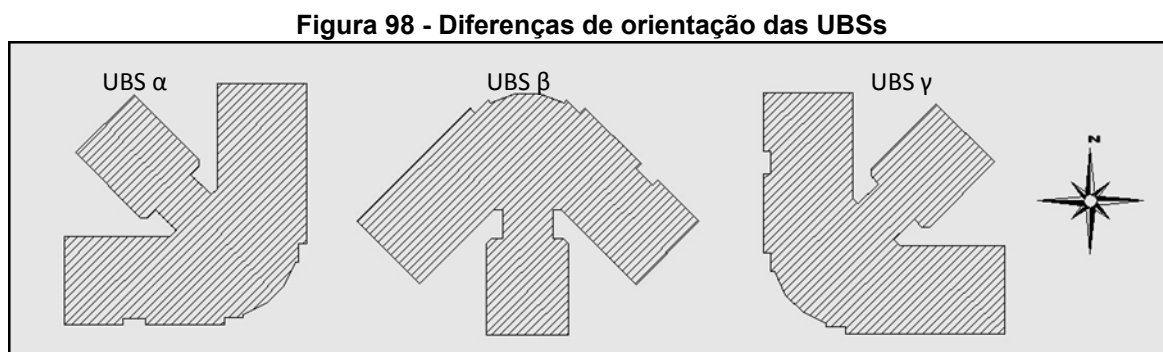
Ao realizar a análise comparativa entre as três UBSs, que serviram como estudo de caso para essa pesquisa, identificamos diversos pontos importantes que abordam as diferenças e semelhanças presentes em cada unidade. Como já falado, as três unidades estudadas possuem o mesmo tipo de planta arquitetônica e suas diferenças básicas estão relacionadas ao seu terreno e implantação, dimensão da comunidade atendida, orientação solar e configuração do entorno.

Cada estudo de caso possui características de terreno e implantação próprias e se diferem quanto a integração com o entorno, acessibilidade à unidade e formas de fechamentos. A UBS α possui uma implantação na esquina da quadra, o que proporciona a formação de uma praça frontal, sem grades e muros de fechamento e, com isso, facilita a integração com a comunidade local. Seu acesso é realizado no mesmo nível da calçada sem desníveis e obstáculos. A UBS β também possui uma proposta de integração com o entorno, devido ao acesso pela viela de

passagem, praça de convívio e pela ausência de fechamentos frontais, porém, o acesso frontal à unidade é dificultado em razão da presença de escadas e rampas. Já na UBS γ , o acesso é realizado no mesmo nível da calçada, porém, o fechamento frontal acaba isolando a unidade e não cria uma integração com a comunidade.

Observou-se que os dados populacionais de cada região de abrangência, fornecidos e trabalhados pela Secretaria Municipal de Saúde, encontram-se desatualizados, pois, segundo as coordenadoras, os números reais são bem diferentes, sendo de aproximadamente 18 mil pessoas na UBS α , 25 mil pessoas na UBS β e mais de 26 mil pessoas na UBS γ . Para essa última, o maior motivo desse grande aumento se deve a implantação do Conjunto Habitacional Vista Bela, em 2012, que possui uma população estimada em 12 mil moradores e faz parte da área de abrangência dessa unidade.

As diferentes formas de implantação originam orientações solares distintas (Figura 98), o que podem proporcionar diferentes índices de satisfação térmica e lumínica entre as unidades. De uma maneira geral, a satisfação térmica obteve notas baixas em todas as unidades, porém, essa insatisfação foi mais marcante nas UBSs β e γ , onde as entradas e salas de espera se encontram na direção norte e oeste respectivamente. Caberia um estudo mais aprofundado para se averiguar a relação entre os índices de incidência solar, temperatura interna e ventilação natural, com as características arquitetônicas desse edifício.



Fonte: o autor, 2013

Percebeu-se uma diferenciação nos índices de satisfação da iluminação natural, justamente em razão das orientações solares de cada edifício. A presença de insulfilme nas portas e janelas das UBSs α e γ , observadas nas *Walktroughs*, indicam uma forte incidência solar nas salas de espera e recepção, nos períodos da manhã e tarde, respectivamente. Essa atitude acaba gerando ambientes

mais escuros, como identificado no índice de satisfação da UBS γ , principalmente pela presença de árvores próximas às janelas das salas de espera que acabam diminuindo ainda mais a iluminação natural dos ambientes.

A maior diferença que podemos observar nessa análise foram os dados referentes ao nível de satisfação geral dos usuários de cada unidade. Em grande parte dos métodos utilizados, identificamos uma avaliação de tendência positiva para a UBS α , enquanto as outras duas UBSs possuíram resultados com tendências negativas. Embora a diferença do nível de satisfação geral dos usuários tenha uma expressiva diferença entre cada caso (UBS α > UBS β > UBS γ), alguns dos itens avaliados como insatisfatórios, parecem ser os mesmos nas três unidades, o que indica que essas questões são de origem projetual e se encontram em desacordo com as necessidades desse tipo de programa arquitetônico, entre elas, conforto ambiental, melhores condições e equipamentos na região frontal (com cobertura de proteção, bancos e paisagismo), falta de privacidade (principalmente farmácia e sanitários), falta de espaço especialmente na espera, falta de sala para ACS e reuniões comunitárias, condições ruins dos sanitários, problemas de acessibilidade, e ambientes com sobreposição de funções.

A seguir, iremos expor as descobertas mais relevantes dentro dos estudos de caso. Os itens relacionados abaixo, não são os únicos resultados obtidos através da APO nas três unidades, porém foram os considerados mais importantes para se analisar, pois são coincidentes e apareceram com maior frequência nos resultados obtidos. Grande parte desses aspectos foram reforçados pelo respondentes das três unidades, através dos pontos positivos e negativos observados nas imagens da Seleção Visual. A síntese dos principais resultados identificados nos três estudos de caso estão anotados na Tabela 13 (pág. 141) para facilitar o seu entendimento e análise, e assim, auxiliar na elaboração das recomendações projetuais de UBS com caráter humanizador:

Conforto ambiental: observamos nas entrevistas e questionários uma baixa avaliação dos itens referentes ao conforto dos ambientes. As unidades foram consideradas quentes no verão, provavelmente pelas pequenas janelas que dificultam a ventilação, falta de manutenção dos ventiladores e alta incidência de sol nas salas em certos períodos do dia; e consideradas frias no inverno, principalmente pela falta de proteção dos ventos frios que entram pela porta da recepção, que permanecem abertas durante todo o expediente. Também foi observado,

principalmente nas UBSs β e γ , uma certa insatisfação com relação a ventilação e iluminação natural, provavelmente pelas suas orientações solares que são diferentes da UBS α . Nas três unidades foram relatados problemas de desconforto e número insuficiente de cadeiras na espera.

Área frontal: foi observada nas respostas do poema dos desejos, mapa mental e questionários das três unidades, a necessidade de uma cobertura maior na região frontal para a proteção nos dias de sol e chuva, como também a instalação de bancos e um maior cuidado com o jardim, justificando o comportamento observado na *walkthrough* mapa comportamental dessas unidades, com a presença de filas de espera na área externa antes da abertura da unidade e pela concentração de pessoas na região frontal, utilizando assentos improvisados ou permanecendo em pé nas regiões adjacentes à porta de entrada, enquanto aguardavam o atendimento. Ao contrário, quando analisados através do IGI, os quesitos “bancos no jardim” e “jardim bem cuidado” foram os itens menos votados dentro de suas categorias. Isso demonstra que o IGI pode medir a importância de um item em relação ao outro, mas não devemos menosprezar os que obtiveram índices menores de escolha. Também, foi mencionada pela coordenadora da UBS β , a necessidade de uma entrada para veículos para o embarque e desembarque de pacientes.

Privacidade: através do questionário, o item privacidade no atendimento obteve uma avaliação razoável (entre 4,5 e 5,68) nas três unidades, porém, podemos observar em outros instrumentos a existência de vários fatores que contribuem ainda mais para a falta de privacidade. Como observada na Walkthrough, em todas as unidades, as antigas salas de espera no corredor dos consultórios foram utilizadas para outras funções, como sala de observação e pré-consulta. Essa adaptação foi necessária para melhorar a forma e a agilidade do atendimento, porém essa atitude criou uma situação de falta de privacidade para o paciente, pois esses ambientes são separados por biombos que não garantem a privacidade necessária para os pacientes. O guichê da farmácia, com acesso direto à área de espera, também pode contribuir para a falta de privacidade e desconforto para o paciente e para o funcionário, como demonstrado pela coordenadora da UBS α , sendo que isso não ocorre nas outras unidades pois na UBS β esse acesso foi lacrado e na UBS γ não existe. Foi observado nas entrevistas e mapa comportamental, que os sanitários públicos não possuem privacidade adequada em razão de seu acesso acontecer diretamente na área de espera, deixando o usuário

exposto e constrangido, principalmente quando são utilizados para a realização da coleta de exames. Como relatado pelas coordenadoras, a privacidade do atendimento fica prejudicada pela falta de salas para acolhimento e muitas vezes esse primeiro contato acaba acontecendo em locais inapropriados, como corredores, ou em ambientes com outros pacientes.

Fluxos: as características dos fluxos existentes foram identificados principalmente através do mapa comportamental. Como descrito, a divisão da sala de espera gera conflitos de fluxo no dias de maior movimento, em razão da formação de filas, trânsito de pacientes de um espaço para outro e obstrução das portas dos sanitários. Essa questão se justifica pela configuração do edifício e se concentra apenas na área da recepção e nas demais regiões o fluxo é bem eficiente e sem conflitos. Uma característica interessante do projeto é a comunicação interna (corredor atrás da recepção) que une os três setores sem necessariamente passar pela recepção. Uma outra característica identificada foi o livre acesso dos pacientes por toda a unidade, com exceção do setor de serviços, o que pode gerar vários problemas como falta de privacidade, furtos e acidentes, como relatado pela coordenadora da UBS β .

Acessibilidade: em todas as unidades foram identificados problemas de acessibilidade, como a falta de guia rebaixada na calçada da UBS α (exposto pela coordenadora e reforçado pelo *walkthrough*), as rampas e a escadaria da UBS β sem corrimão, sanitários não acessíveis das UBS β e γ e ausência de piso tátil em todas as unidades. Essas observações foram realizadas, em sua grande maioria, pelo próprio pesquisador através dos levantamentos da *Walkthrough*, já que esse quesito parece não ter uma grande relevância para a maioria dos respondentes.

Manutenção e conservação: esse item foi bastante citado nas entrevistas, mapa mental, questionários e observado na *walkthrough* de todas as unidades. A falta de higiene dos ambientes, desgaste na pintura, vidros quebrados, pichações, mobiliários e equipamentos danificados, infiltrações nas paredes e teto, sem falar dos jardins que muitas vezes não são podados e acabam sendo tomados pelo mato, foram os itens mais relevantes nessa categoria. Infelizmente, a manutenção desses edifícios é de responsabilidade dos órgãos públicos e muitas vezes o descuido acaba gerando altos índices de insatisfação pelo usuário e também refletindo no atendimento fornecido.

Atendimento: mesmo com as grandes dificuldades e reclamações observadas nos diversos métodos utilizados, o questionário registrou um índice aceitável de satisfação do atendimento ($UBS\alpha = 7,09$; $UBS\beta = 5,37$; e $UBS\gamma = 6,42$). Esse é um reflexo da atuação dos profissionais de cada unidades e são proporcionais ao número de reclamações identificados no poema dos desejos. A $UBS\beta$ foi a única unidade em que os respondentes relataram o mau tratamento e falta de educação dos enfermeiros e atendentes. O tempo de espera foi considerado um dos piores índice avaliados, pois muitos pacientes acabam esperando por mais de duas horas pelo atendimento.

Característica estéticas do edifício: embora as três unidade possuam as mesmas características estéticas, o resultado do questionário identificou uma considerável diferença entre a $UBS\alpha$ e $UBS\gamma$ de mais de 3 pontos ($UBS\alpha=6,68$ e $UBS\gamma=3,57$), isso devido à idade de construção de cada unidade e ao seu estado de conservação. Uma observação interessante na seleção visual, foi a constatação de que os respondentes acham positiva a aparência institucional dos edifícios de saúde, contrariando Cavalcanti, Azevedo e Duarte (2007), que aconselham que esses edifícios não possuam características institucionais, para assim, proporcionar uma melhor humanização dos ambientes de saúde.

Ambientes e dimensionamentos: nas entrevista, walkthrough, mapa mental, poema dos desejos e questionários foram levantados diversos pontos referentes à ausência, quantidade ou ao mau dimensionamento dos ambientes. Em todas as unidades foram relatadas a ausência de sala de ACS, sala de coordenação, sala de reunião em grupo, local para descanso e convívio de funcionários, abrigo para o veículo da unidade e salas de acolhimento. Para os pacientes, os pontos principais são a falta de espaço nas salas de espera, falta de estacionamento para pacientes, ausência de fraldário e local adequado para as crianças e pouca quantidade de sanitários. A maioria dos itens identificados estão ligados à **flexibilidade e extensibilidade do edifício**, porém o seu partido parece não favorecer esse tipo de ação. O edifício possui diversos entraves que impossibilitam a ampliação de certos ambientes e a criação de outros novos. Também, no quesito flexibilidade, muitos ambientes não aceitam simples adaptações para novas funções ou mudanças de layout, devido a presença de mobiliários fixos, como pias e bancadas. De uma maneira geral, esse item parece ser o mais problemático, pois a

grande maioria dos métodos, nas três unidades avaliadas, identificaram sua insatisfação e necessidade de melhoria e adequação.

Segurança: esse item não obteve uma avaliação muito positiva no questionário, principalmente nas UBSs β e γ . Essa insatisfação pode ser observada através do vandalismo contra o edifício registrado na Walkthrough, em razão dos vidros quebrados, portas e janelas com sinal de arrombamento e pichações nas paredes. Identificamos, através das entrevistas com as coordenadoras, que esse índice de insegurança acaba gerando a necessidade de criação de proteções físicas, como ao fechamento das unidades com grades, garagem para a proteção dos veículos das unidades e contratação de vigilância.

Entretenimento: no questionário, esse foi o item que registrou um dos menores índices de avaliação em todas as unidades e se tornou um quesito muito citado pelos respondentes. Mesmo possuindo um televisor, as coordenadoras das unidades acabam deixando os aparelhos desligados para evitar maiores transtornos, como excesso de ruídos e desconforto dos funcionários. Também, as janelas existentes nas salas de espera possuem peitoril alto, o que impossibilita o contato visual da pessoa sentada com as áreas externas e jardins, e não proporciona a geração de distrações positivas ou contemplativas com os elementos naturais externos.

Tabela 13 - Síntese dos principais resultados dos estudos de caso

Método	Objetivos	Resultados UBS α	Resultados UBS β	Resultados UBS γ
Walkthrough	<ul style="list-style-type: none"> • Exploração e familiarização das características locais. • Identificação dos problemas e qualidades dos ambientes, formas de utilização e alterações realizadas pelos usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos ambientes são pequenos; • Balcão de espera não adequado à todos os usuários • Problemas de comunicação visual e acessibilidade; • Ambientes escuros devido o uso de insulfilme; • Falta de privacidade em alguns ambientes; • <i>Layout</i> inadequado dos móveis; • Esperas monótonas e sem distrações; • Problemas de manutenção do edifício. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de manutenção e limpeza do jardim; • Problemas de comunicação visual e acessibilidade nas rampas e escadas; • Área frontal sem equipamentos; • Espera apertada e com <i>layout</i> inapropriado; • Falta de privacidade em alguns ambientes; • I.S. sem desenho universal; • Espera sem distrações; • Problemas de manutenção do edifício. 	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos ambientes são pequenos; Edifício com fechamento frontal; • Jardim frontal sem equipamentos e utilizado como estacionamento de motos e bicicletas; • Problemas de comunicação visual; • Arcas de vandalismo; Problemas de infiltração; • Recepção sem espaço para SAME; • Ambientes escuros devido o uso de insulfilme; • Falta de privacidade em alguns ambientes • Ambientes apertados e com <i>layout</i> inadequado; • Esperas com paredes coloridas e sem distrações.
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Subsidiar e informar com maior autoridade as necessidades e características de cada local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações realizadas para a adaptação de uso; • Farmácia sem privacidade; • Acessos não adequados à cadeirantes; • Falta de sala de reunião em grupo; • Instalações fixas dificultam a flexibilidade; • Falta de local de convívio para funcionários; • Mobiliários inadequados a certas atividades; • Problemas gerados por falta de proteção do sol; • Falta de manutenção do edifício e equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de grades gera insegurança; Espera pequena e inapropriada; • Falta de controle de acesso dos usuários; • Setorização do edifício auxilia o trabalho; • Falta local de convívio para funcionários; • Área frontal sem bancos e vegetação; • Difícil acesso para desembarque de pacientes; • Falta sala de coordenação; Existência de goteiras e infiltrações; • Necessidade de uma sala de supervisão; • Falta abrigo para o veículo da unidade; • Recepção exposta ao vento no inverno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade pequena para o número de usuários; • Falta de salas para atendimentos individualizados; • Fechamento frontal garante segurança; • Proposta de praça frontal desnecessária; • Falta sala de reunião em grupo; • Ambientes com sobreposição de funções causa conflitos internos; • Televisor instalado em local inapropriado; • Recepção escura e sem divisão do SAME; • Recepção exposta ao vento no inverno; • Mau cheiro nos ambientes; Falta de manutenção.
Mapa Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar o uso e a apropriação do ambiente pelo usuário 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso de pacientes sem controle; • Área externa sem estrutura para uso; • Sem garagem para o veículo da unidade; • Sala de espera pequena • I.S. em locais inadequados e sem privacidade; • Fluxos de usuários cruzados e com nós; • Quantidade de mobiliário inadequado; • Dificuldade de atendimento no balcão; • Sem distrações na espera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso de pacientes sem controle; • Área externa sem estrutura para uso; • Sala de espera pequena e apertada; • I.S. em locais inadequados e sem privacidade; • Fluxos de usuários cruzados e com nós; • Número de cadeiras dificultam o fluxo ; • Excesso de pessoas em pé; • Sem distrações na espera 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso de pacientes sem controle; • Área externa fechada e sem estrutura para uso; • Sala de espera pequena • I.S. em locais inadequados e sem privacidade; • Fluxos de usuários cruzados e com nós; • Quantidade de mobiliário inadequado; • SAME todo exposto • Sem distrações na espera

Mapa Mental	<ul style="list-style-type: none"> Identificar a visão que uma pessoa ou grupo de pessoas têm de um determinado ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> A maioria dos usuários possuem uma visão positiva da unidade; Avaliações negativas são originadas na falta de manutenção e falhas no atendimento; 	<ul style="list-style-type: none"> Visão negativa da maioria dos usuários devido às falhas de atendimento e insumos. Falta de assentos na recepção; Ambientes apertados e sem higiene; Calçadas sem acessibilidade Ambientes sem ventilação e e televisão desligado. 	<ul style="list-style-type: none"> A maioria dos usuários possuem uma visão negativa devido ao atendimento precário; Falta de higiene e mau cheiro; Falta de cobertura frontal; Falta de espaço interno;
Poema dos Desejos	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as necessidades e idealizações dos usuários para uma futura Unidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de reunião para grupos de atividade Farmácia mais ampla Sala para ACS I.S. em melhor condições de uso Armário para funcionário Bancos de espera na área externa Espera com maior número de assentos 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura frontal de proteção; Bancos externos Sanitários com acesso externo; Sanitários internos em melhores condições; Cadeiras melhores e em maior número; Academia ao ar livre; Melhores bebedouros; Melhor ventilação e higiene dos ambientes; Acessibilidade para pessoas e veículos. 	<ul style="list-style-type: none"> Grande maioria deseja um melhor atendimento; Necessidade de cobertura frontal; Desejo de espaços maiores e amplos; Ambientes acolhedores e adequados; Maior cuidado com os jardins; Equipamentos para agilizar o atendimento; Criação de uma nova unidade.
Seleção Visual	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os pontos positivos e negativos de um conjunto de imagens de fachada 	<ul style="list-style-type: none"> Ambientes amplos, com boa ventilação e iluminação; Jardins com bancos e árvores (sombra); Facilidade de acesso, com rampas e grandes portas; Estacionamento para veículos de pacientes; Edifício sem fechamento por grades; Comunicação visual adequada; Marquise frontal (abrigo); Edifícios com aparência de Unidade de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Ambientes amplos, com boa ventilação e iluminação; Jardins com bancos e sombra; Facilidade de acesso; Estacionamento para veículos de pacientes; Comunicação visual adequada; Portas amplas; Edifícios com características de Unidade de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> Ambientes amplos, com boa ventilação e iluminação; Jardins grandes, bem cuidados e com bancos externos; Facilidade acesso com portas amplas; Estacionamento para veículos de pacientes; Comunicação visual adequada; Marquise frontal (abrigo); Grande quantidade de janelas.
	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os pontos positivos e negativos de um conjunto de imagens de sala de espera e recepção. 	<ul style="list-style-type: none"> Espera: cadeiras confortáveis e em número suficiente; Atendimento individualizado na recepção; Televisão para distração durante a espera; Ambientes espaçosos, arejados, bem iluminados e com janelas amplas; Flores e plantas no interior do ambientes; Cores e elementos estéticos, 	<ul style="list-style-type: none"> Ambientes de espera com cadeiras confortáveis e em número suficiente; Faixa indicativa no piso; Televisão para distração durante a espera; Ambientes espaçosos, arejados, bem iluminados, ventilados e higiênicos; Flores e plantas no interior do ambientes; Elementos decorativos; Pisos antiderrapantes 	<ul style="list-style-type: none"> Ambientes de espera com cadeiras confortáveis e em número suficiente; Atendimento individualizado e com um número adequado de atendentes na recepção; Televisão para distração durante a espera; Ambientes espaçosos, arejados, bem iluminados e com janelas amplas; Flores e plantas no interior do ambientes; Cores nas paredes; Piso limpo e antiderrapante; Segurança; Facilidade de acesso; Bebedouro; Privacidade no atendimento da recepção
Questionários	<ul style="list-style-type: none"> Realizar uma análise quantitativa das necessidades e opinião dos usuários. 	<ul style="list-style-type: none"> Visão de aspectos positivos; Nota média 6,15 pontos; Maioria dos itens avaliados positivamente; Pontos negativos (entretenimento na espera / ventilação artificial / tempo de espera / proteção da entrada contra chuva e sol) 	<ul style="list-style-type: none"> Visão de aspectos negativos; Nota média 4,80 pontos; Maioria dos itens avaliados negativamente; Pontos negativos (ventilação artificial / entretenimento na espera / temperatura no verão / quantidade de sanitários / tempo de espera / tamanho da espera e recepção) 	<ul style="list-style-type: none"> Visão de aspectos negativos; Nota média 4,69 pontos; Grande maioria dos itens avaliados negativamente; Pontos negativos (entretenimento na espera / jardins externos / quantidade de sanitários / proteção na entrada contra chuva e sol / tempo de espera / tamanho da espera e recepção / ventilação artificial / aparência geral do edifício / higiene dos ambientes)

IGI	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir a importância de cada item dentro de sua categoria presentes na visão dos respondentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene dos ambientes • Espaço adequado para crianças • Privacidade no atendimento • Beleza estética do edifício • Fraldário • Estacionamento para pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene dos ambientes • Beleza estética do edifício • Espaço adequado para crianças • Espera ampla e arejada • Estacionamento para pacientes • Fraldário 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço adequado para crianças • Higiene dos ambientes • Fraldário • Beleza estética do edifício • Privacidade no atendimento • Cadeiras confortáveis
-----	--	---	---	---

Fonte: autor, 2013

6 RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS

As recomendações projetuais descritas abaixo foram elaboradas a partir dos dados levantados durante todo o desenvolvimento da pesquisa, principalmente através dos resultados obtidos nos estudos de caso, e têm por objetivo identificar as principais características à serem consideradas na concepção de projetos humanizados para futuras UBSs e como esses ambientes devem ser planejados. Essas recomendações foram elaboradas de maneira propositiva e conceitual, para auxiliar os arquitetos e projetistas no desenvolvimento de seus projetos, sendo necessária a realização de adaptações conforme as necessidades locais, região de implantação, e demais fatores que possam influenciar o seu programa.

Essas recomendações abordam características gerais de projeto, muitas delas pertencentes ao exercício da boa arquitetura, porém, a qualidade ambiental como um todo é sinônimo de humanização e deve ser considerada como elemento fundamental para o planejamento desse tipo de projeto de saúde. Muitos dos pontos descritos abaixo já foram abordados em diversas pesquisas anteriores da área, como conforto, manutenção, flexibilidade, entre outros, porém, os resultados das avaliações obtidas nesse trabalho, demonstram que esses quesitos ainda necessitam de uma atenção especial para que não sejam ignorados na elaboração dos futuros projetos arquitetônicos de saúde.

Inicialmente, destacamos algumas recomendações gerais de grande importância para os usuários, como demonstrado pelos resultados da APO realizada nos estudos de caso:

- **Localização e implantação:**recomendamos que as UBSs estejam localizadas estrategicamente dentro de sua área de abrangência, devidamente sinalizadas e em uma região de fácil acesso à população. O edifício deverá estar localizado o mais próximo possível do passeio público e permitir o acesso com facilidade à todas as pessoas, dentro das normas de acessibilidade.O terreno deverá ser proporcional ao projeto proposto, prevendo uma área para futuras ampliações e para a instalação de estacionamento de veículos para funcionários e pacientes.Nas áreas adjacentes deverão existir equipamentos de apoio à população, como ponto de ônibus, telefones públicos e elementos de recreação.

- **Conforto:**deve-se assegurar o conforto dos usuários em todos os níveis, sejam eles térmico, lumínico, acústico ou ergonômico. Recomendamos que os ambientes sejam amplos e providos de boa iluminação e ventilação natural e artificial, para evitar contaminação aérea,principalmente na recepção onde há uma grande concentração de pessoas; proporcionar mobiliário confortável e em número suficiente, tanto para pacientes como para os funcionários; e possibilitar que os ambientes tenham boa acústica para facilitar a comunicação interna e preservar a privacidade dos usuários. Recomendamos a instalação de portas amplas que se comuniquem com áreas verdes cercadas, possibilitando que o usuário possa esperar seu atendimento em um ambiente aberto,com ventilação e iluminação natural.

- **Visual estético e ambiência:** recomendamos que a unidade seja um ponto de referência dentro de sua região de abrangênciae, para isso, sua imagem arquitetônica deve ser pensada com o objetivo de criar uma identidade visual que valorize a sua integração com o entorno. Os ambientes internos e externos, devem proporcionar uma sensação de tranquilidade, bem-estar e acolhimento ao usuário, com a utilização de elementos sensíveis ao olhar, tato, audição e olfato. Aconselha-se a utilização de elementos naturais, como madeira, pedra e plantas para proporcionar aconchego e bem-estar aos usuários (SAMPAIO e CHAGAS, 2010).A utilização de cores nas paredes e mobiliários também é um artifício para a produção de ambiente menos estéreis e mais alegres.

- **Manutenção:**esse item deverá fazer parte do escopo do projeto arquitetônico, pois possui uma grande importância para que o edifício permaneça com suas originais características estético-funcionais, tanto dos ambientes internos quanto dos externos. A falta de manutenção é um dos elementos desumanizadores dos edifícios, principalmente dos ambientes de saúde onde a conservação e higiene são aspectos relevantes, conforme observados nos estudos de caso. Deve-se buscar soluções que contribuam com a conservação geral do edifício, como pisos de alta resistência e fácil limpeza; mobiliários de qualidade e com revestimento duradouro; bate-macas em todas as paredes e proteção nas portas para evitar os desgastes naturais ocasionados por impactos de uso; revestimentos cerâmicos nas áreas úmidas e, quando possível, nas regiões externas, ou outros revestimentos que minimizem as manutenções de pintura; esquadrias de alumínio ou PVC, pois possuem uma vida útil mais longa e não necessitam de pintura;vegetação resistente e de pouca manutenção, entre outras. Para isso, os projetos devem estardetalhados

e especificados com clareza, para demonstrar os materiais e padrões de qualidade necessários para a sua construção. De maneira geral, essas recomendações podem onerar o valor final da obra, porém podem acabar gerando redução dos custos com a manutenção no futuro.

- **Flexibilidade:** pela necessidade de adaptações de cada unidade, os ambientes devem ser dispostos para que esse tipo de solução possa ser realizada sem problemas futuros, sendo assim, a instalação de mobiliário fixo deve ser evitada. As alterações de cada ambiente devem ser pensadas e projetadas por profissionais da área. Recomendamos que os projetos sejam disponibilizados com diversas formas de layout para a escolha individual de cada unidade e para as atualizações futuras, de acordo com sua necessidade (números de ACSs, quantidade de pessoas assistidas, orientação solar e alterações de uso). O programa deve garantir possibilidade de ampliaçõessem prejuízo às funções exercidas e a sala de espera deve ser projetada de modo que possibilite ampliações que acompanhem o crescente aumento de usuários.

Com relação aos ambientes necessários para compor o programa de projeto das UBSs, a Portaria 340/2013 aborda com grande eficácia a resolução de grande parte dos aspectos negativos apontados nos resultados dos estudos de caso, e serve como diretriz geral para a elaboração de um programa satisfatório. Porém, como visto nos resultados, algumas necessidades não estão contempladas nessa Portaria, entre elas, ambientes de estar para funcionários, fraldário, local apropriado para criança e estacionamentos destinado aos pacientes. A seguir, serão descritas algumas características desejáveis para cada ambiente⁴¹ ou setor.

Sala de espera e recepção: Foi possível identificar que os pacientes e acompanhantes consultados permanecem grande parte do tempo aguardando o atendimento e por isso os ambientes de recepção e espera (interna e externa) foram os locais que mais tiveram citações, onde podemos inferir que esses ambientes são de grande importância para esses usuários e devem ser pensados com um maior cuidado. Foi observada uma significativa presença de pais com seus filhos em carrinhos de bebê, o que gera maior dificuldade de circulação interna e falta de

⁴¹ Para as áreas previstas e para aquelas não comentadas, deverão ser acatadas as normas contidas na Resolução RDC N° 50/2002 - ANVISA e alterações, e ainda estar em concordância com o descrito no Manual de Acessibilidades em Unidades Básicas de Saúde, disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas\(BRASIL,2002\)/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas(BRASIL,2002)/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf)

espaço para acomodá-los. Recomendamos que esse ambiente seja amplo o suficiente para permitir a circulação de pacientes com facilidade, principalmente os de mobilidade reduzida ou em cadeiras de rodas; o balcão de atendimento deve possibilitar a sua utilização tanto em pé quanto sentado, no caso de idosos e cadeirantes, e se possível com guichês de atendimento individual para garantir a privacidade; prever uma área livre razoável para a formação organizada de filas de espera e também, possuir acesso direto para a sala de prontuários e áreas internas; possuir fácil acesso aos sanitários, porém sem ligação direta com a sala de espera, se possível acessados através de uma antessala para garantir a privacidade do usuário; possuir equipamentos mínimos, como ventiladores/condicionadores de ar e bebedouros adulto e infantil; portas amplas para maximizar a ventilação e iluminação do ambiente e para acesso à área de espera externa ajardinada, que possa servir como área de entretenimento infantil. Sendo o ambiente mais utilizado e comum a todos os pacientes, sugerimos que seja pensado para proporcionar conforto e humanização, principalmente através da escolha dos materiais de acabamento interno, mobiliário prático e confortável, vasos com plantas, elementos decorativos, etc.; possibilitar a instalação de equipamentos de televisão para a distração dos pacientes, de uma maneira que não interfira nos atendimentos; prever área livre para a permanência de cadeiras de roda e carrinhos de bebê; e cadeiras exclusivas para obesos, gestantes e idosos. Nesse ambiente, deverão estar presentes todas as informações necessárias para o usuário, como placas de orientação (por sinais para analfabetos e em braile para deficientes visuais), tipos de serviços prestados e quadro de recados. Dependendo do porte da unidade, a sala de espera pode ser compartimentada em salas de espera internas (secundárias), para evitar a aglomeração de um grande número de pessoas em um mesmo local. Nesse caso, aconselha-se as mesmas recomendações já citadas acima.

Sanitários e fraldário: prever sanitários masculino e feminino para pacientes e acompanhantes na área de espera, devidamente adaptados de acordo com norma de acessibilidade. Evitar com que as portas não fiquem expostas diretamente na visão do público e que não estejam localizadas em regiões de circulação ou aglomeração de pessoas. Prever uma área destinada para fraldário, podendo estar presente em ambos os sanitários ou, quando possível, em um local apropriado para o uso, localizado próximo dos sanitários.

Ambiente infantil: recomenda-se a implantação de espaços destinados para o público infantil, com equipamentos e mobiliário adaptados às crianças e para a permanência de acompanhantes. Esse ambiente pode estar conjugado com a sala de espera, ser coberto ou descoberto, e conter equipamentos para o entretenimento das crianças, tais como áreas ajardinadas, playground, brinquedoteca, etc.

Consultórios médicos: recomenda-se que a quantidade de consultórios esteja de acordo com o número de médicos e de especialidades disponíveis na unidade, com equipamentos condizentes com cada função exercida. Para os consultórios de ginecologia e obstetrícia, deverá ser previsto sanitários acessíveis para as pacientes e cortinas ou biombos para garantir a privacidade.

Sala de observação e hidratação: esse ambiente deverá ser de fácil acesso, em uma região de pouca circulação, para manter a privacidade e tranquilidade do paciente. Recomenda-se a instalação de um visor para a observação do corpo clínico pelo lado externo. Esse ambiente deverá ser projetado para a instalação de macas e poltronas reclináveis e se possível com divisórias móveis para a compartimentação do ambiente.

Sala de Reuniões: esse ambiente deve ser projetado para a realização de reuniões de funcionários e comunidade externa. Recomenda-se que esteja equipado para as reuniões de grupos de apoio (grupo de hipertensão, gestantes, etc.), com a instalação de uma pequena cozinha para cursos de culinária e reeducação alimentar, equipamentos áudio visuais (televisão, projetor, aparelho de som, etc.) para exposições de palestras e vídeos, cadeiras com prancheta, persianas para as janelas e ventiladores ou climatizadores de ar. Esse ambiente pode ter acesso às áreas externas possibilitando sua “ampliação” se necessário.

Circulações e fluxos: prever áreas de circulação amplas, sem a presença de mobiliário desnecessário que possa atrapalhar a passagem (mesas, cadeiras e armários), com placas indicativas e orientativas dos setores e salas de atendimento existentes e com iluminação e ventilação preferencialmente naturais. Recomendamos que os ambientes internos sejam dispostos de uma forma que não crie conflitos de fluxos, como o ocorrido no estudo de caso. Recomenda-se a setorização dos ambientes em procedimentos, consultório e administrativo/serviços, como já acontece no estudo de caso, sendo que apenas o último seja restrito apenas para médicos e profissionais. Ainda, recomendamos que o acesso de pacientes aos

setores de procedimento e consultórios seja controlado, evitando possíveis furtos e acidentes como relatado por uma das coordenadoras.

Sala de ACS: essa sala deve estar localizada na região restrita da unidade (setor administrativo/serviços), próxima da sala da coordenação e ser prevista para o uso diário das ACSs e para as suas reuniões. Deve dispor de uma mesa de reunião e armários para a guarda de materiais de trabalho e pertences pessoais.

Farmácia: deverá estar localizada em uma região que proporcione privacidade no atendimento e facilidade de acesso pelo usuário. Recomendamos que o atendimento não seja realizado através de guichês na recepção, como acontece no estudo de caso, e quando possível, prever um balcão ou mesa exclusiva para a distribuição de medicamentos, possibilitando que o paciente seja atendido tanto sentado quanto em pé e proporcione um contato mais privado e direto com o funcionário. Por uma questão técnica, a farmácia deverá possuir climatizadores de ar e proteção contra a incidência direta de raios solares nos medicamentos.

Área externa: as áreas externas são de grande importância para o convívio entre os usuários e a comunidade. Nessa região, recomendamos a criação de uma praça frontal, com bancos, árvores e plantas em geral. Deverá possuir passeios calçados para o acesso a unidade e áreas gramadas. Recomendamos que a instalação de rampas e escadas sejam evitadas porém, quando necessárias, devem sempre obedecer as normas de acessibilidade. Deve-se prever uma entrada de veículos e ambulâncias para o embarque e desembarque de pacientes, protegida por uma cobertura ou marquise. Essa cobertura servirá também para a proteção dos pacientes que aguardam a abertura da unidade, como relatado na APO, e para proteção da porta de entrada contra chuva e sol. Como demonstrado do estudo de caso, deve ser previsto também nessa região, vagas para veículos, motos e bicicletas de pacientes. Aconselha-se que a unidade não possua muros ou grades frontais no alinhamento predial, porém quando necessário, instalar elementos que minimize o impacto visual, apenas para auxiliar na proteção do patrimônio e privacidade nas salas de atendimento (evitar a visão de fora para dentro).

Sala de acolhimento: recomendamos que exista em cada unidade pelo menos uma sala exclusiva para realizar o acolhimento e o atendimento da primeira escuta do paciente. Essa medida pode contribuir na redução dos problemas de privacidade, como os registrados nos estudos de caso, onde os pacientes

são atendidos em locais inadequadas devido a falta de salas disponíveis. Nessa sala deve existir uma mesa de atendimento ou, quando possível, poltronas para que o paciente se sinta mais confortável, acolhido e seguro para a conversa.

Sala administrativa / gerência: através das observações realizadas, identificamos que a presença do coordenador é de extrema importância para a humanização do atendimento nas UBSs. Sendo assim, aconselha-se que a sala da coordenação ou gerência esteja localizada em uma região mais próxima da recepção e possibilite a atuação mais direta do coordenador junto a comunidade. Ao mesmo tempo, essa sala deve garantir privacidade para o atendimento e utilização pelo coordenador.

Apoio de funcionários: como relatado, as UBS não contemplam ambientes de estar e convívio para os funcionários, por exemplo no horário de almoço ou na troca de turno. Recomenda-se a implantação de locais destinados para esse tipo de necessidade, podendo ser um ambiente interno, uma varanda coberta, ou bancos de jardins instalados na região dos fundos da unidade. **Copa/cozinha** deve ser provida de equipamentos destinados ao apoio da equipe de funcionários, que possibilite a preparação e consumo de bebidas e refeições rápidas. Recomenda-se a instalação de uma mesa para refeições, já que muito funcionários acabam almoçando na própria unidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com um olhar direcionado para a humanização dos ambientes de saúde, em especial das Unidades Básicas de Saúde, buscou-se na presente dissertação a possibilidade de identificar os aspectos humanizadores prioritários e o nível de importância atribuído pelos usuários para a criação de recomendações projetuais que auxiliem na construção de futuras UBSs mais humanas, de acordo com seus desejos e necessidades e em conformidade com os conceitos estabelecidos pelo HumanizaSUS.

Podemos considerar que, com as opiniões, críticas e sugestões fornecidas pelos usuários, foi possível identificar suas maiores necessidades e idealizações para uma unidade com características humanizadoras e mais próximas de sua realidade. Com isso, a APO demonstrou ser um instrumento facilitador e eficaz na geração de critérios de humanização dos ambientes de saúde. Embora uma UBS seja um local de atendimento relativamente rápido (consultas, coletas e tratamentos primários), onde a maioria dos usuários permanecem no local em torno de duas horas, o ambiente possui um papel significativo no bem-estar físico e emocional dos usuários, onde a humanização desses locais se torna um importante aspecto a ser desenvolvido tanto pelos arquitetos responsáveis por tais projetos, quanto pelos gestores desse tipo de edifício de saúde com relação à manutenção do edifício e a adaptação do processo de trabalho. Nesse caso podemos concordar com a tríade associada por Lopes e Medeiros (2004), pois a assistência, o ambiente físico e a instituição, são os elementos-chaves para proporcionar a humanização desejada aos serviços de saúde, e devem estar presentes em todas as discussões relativas ao tema.

Por definição, as UBSs são edifícios de baixa complexidade técnica e projetual, com ambientes e dimensionamentos mínimos pré-estabelecidos por resoluções normativas e portarias governamentais (RDC n. 50, Portarias n. 2.226/2009 e n. 340/2013), porém o desafio se concentra na forma como se realiza o arranjo desses elementos dentro de padrões técnicos eficientes, para assim, proporcionar ambientes de qualidade e com alto nível de desempenho, assim como recomenda Teixeira (2005). Além disso, observou-se que existem aspectos não abordados nas normas e portarias citadas acima, que foram considerados de grande importância pelos usuários desses edifícios, principalmente quando observados no

sentido comportamental, na forma de utilização e nas características socioeconômicas e culturais peculiares de cada comunidade.

De acordo com os relatos da coordenadora de uma das unidades, como falado anteriormente, o projeto modelo analisado foi desenvolvido com o objetivo de auxiliar ou proporcionar a humanização das UBSs da cidade de Londrina. Porém, após a exposição dos dados, podemos observar uma grande diferença nos níveis de satisfação dos usuários de cada unidade e uma demonstração dos aspectos desumanizadores de seus ambientes.

A grande dificuldade encontrada nessa pesquisa está na visão indissociável entre humanização do ambiente físico e a qualidade de atendimento recebido. Muitas vezes, em razão da insatisfação com o atendimento, os usuários não direcionam o seu olhar à análise dos ambientes físicos, pois a prioridade principal para essa população não está na qualidade ambiental, mas sim em necessidades mais básicas, como a falta de profissionais e a baixa qualidade dos serviços públicos de saúde prestados. Essa observação pode ser reforçada através do padrão de satisfação de Maslow, onde uma necessidade só será almejada se a necessidade anterior tiver sido contida completamente (SOMMER, 1979; GRASSELLI, 2007; ELALI, 2009).

As diferentes formas de gestão de cada unidade podem influenciar o ponto de vista do usuário e conseqüentemente sua satisfação com o atendimento e o ambiente físico. Observamos que, como apontado por uma das coordenadoras, “o processo de trabalho influencia muito na qualidade de trabalho e também no acolhimento das pessoas”. Esse processo de trabalho é fundamental para que, junto com projetos arquitetônicos eficientes, as UBS possam acolher as pessoas com dignidade, segurança, conforto e privacidade, garantindo bem-estar e satisfação à população assistida. Foi observado que a unidade que recebeu as maiores notas de satisfação do usuário (Gráfico de Pareto), possui uma gestão mais ativa, onde a coordenadora participa com maior intensidade nas ações de atendimento dos usuários, como observado na *Walkthrough* e Mapa Comportamental. Além de sua constante presença e contato direto com os pacientes, a intensa participação do coordenador pode estimular o trabalho dos funcionários e também possibilitar a identificação, com uma maior facilidade, dos possíveis erros e problemas do atendimento e dos ambientes físicos, podendo remediá-los com soluções alternativas mais próximas às necessidades e à realidade dos usuários locais.

Entendemos que essa estreita relação entre os usuários deva servir também como metodologia de trabalho para os profissionais que elaboram os projetos de edifícios de saúde. A busca em compreender as necessidades dos usuários é uma das formas mais eficazes de se obter resultados satisfatórios e humanizadores para o ambiente construído e mais próximos da realidade de cada comunidade.

Identificamos que a repetição e padronização de unidades de saúde podem interferir na qualidade e no nível de humanização desse tipo de edifício, ou até mesmo ser um elemento desumanizador do ambiente. Entendemos que a humanização deve ser um produto customizado e direcionado às necessidades e expectativas de uma certa população, porém, sabemos que essa forma de construção está se tornando uma tendência no Brasil, em razão da sua desoneração e rapidez na construção. Sendo assim, espera-se que futuras pesquisas possam dar continuidade a esse trabalho através dos estudos de customização em massa e assim contribuir na humanização das UBSs.

Contudo, cabe ao profissional arquiteto conscientizar de que essas recomendações são apenas sugestões propositivas de se desenvolver edifícios de saúde mais humanos, de acordo com o ponto de vista dos usuários e das necessidades do local. A união dessas propostas, junto com sua criatividade e competência técnica, pode auxiliar na concepção de futuros ambientes de saúde com caráter humanizador e mais próximos às necessidades e expectativas de seus usuários.

7.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A METODOLOGIA

Na presente pesquisa foram utilizados diversos métodos e técnicas de APO, sendo necessário realizar algumas considerações e recomendações sobre suas aplicações e contribuições, como também expor as fragilidades e dificuldades observadas.

A realização da *walkthrough* foi de grande contribuição pois facilitou o reconhecimento dos estudos de caso, além de facilitar a elaboração dos demais instrumentos. Acreditamos que a *walkthrough* seja um método exploratório rápido, eficaz e essencial para qualquer pesquisa em APO. Esse método poderia ter uma melhor eficiência se fosse realizado junto com a companhia de algum funcionário do

local, como recomendado por Rheingantz *et al* (2009), para elucidar dúvidas e levantar diferentes observações.

Por sua vez, as **entrevistas** realizadas com as coordenadoras solucionaram várias dúvidas anotadas nas *walkthroughs* e também possibilitaram observar as diferentes formas de visão e gestão de cada entrevistada e as suas opiniões sobre os ambiente físicos. Identificamos que o roteiro de perguntas utilizado se mostrou muito extenso e cansativo, tanto para a realização das entrevistas quanto para a transcrição e análise dos dados obtidos, onde algumas das questões poderiam ser suprimidas para deixar a entrevista mais rápida e dinâmica.

O **Mapa comportamental** foi realizado inicialmente através da observação sistemática dos fluxos dos usuários de cada unidade. Essa forma de abordagem se mostrou desnecessária para o nosso objetivo e, a partir desse ponto, a observação se focou na identificação das concentrações de pessoas e conflitos de fluxos, pois dessa forma o método se demonstrou muito mais relevante à pesquisa. Ainda, o registro de fotos sequenciais a cada minuto e a mudança de posicionamento do observador se mostrou desnecessário, cansativo e poderia ser repensado em futuras pesquisas semelhantes, já que o grande tumulto de pessoas registrado nas imagens, muitas vezes, impossibilitou o seu entendimento e sua análise.

O **Mapa Mentalse** mostrou muito eficiente para identificar a imagem que cada usuário possui de sua unidade de saúde, principalmente as sensações subjetivas que foram transmitidas. A aplicação fora do espaço analisado e em grupo possibilitou uma maior rapidez na aplicação e estimulou que o usuário utilizasse de sua memória para fornecer a informação. Essa rapidez na aplicação também foi observada durante os processos do Poema dos desejos. A possibilidade de discussões e debates, estimulou o interesse entre os respondentes e proporcionou uma maciça participação de todos os presentes. Ambos os métodos, se mostraram de fácil entendimento e preenchimento devido a sua forma flexível e descontraída de aplicação e expressão.

Na aplicação da **Seleção Visual**, identificamos inicialmente um grande interesse por parte dos respondente, porém, no decorrer da aplicação esses se mostraram muito inseguros para apontar os aspectos positivos e negativos de cada imagem. Por isso, esse instrumento dispendeu muito tempo do pesquisador para sua aplicação, principalmente porque foram analisadas duas categorias de imagens (fachada e sala de espera), o que impossibilitou a aplicação de um maior

número de formulários. Para pesquisas com tempo de execução restrito aconselha-se a simplificação do formulário ou a aplicação de apenas uma categoria, pois seus resultados demonstraram aspectos únicos e significados em comparação aos outros métodos utilizados.

Nessa pesquisa, o questionário foi o único método quantitativo que se utilizou. Sua relevância é consagrada e sua aplicação se torna fundamental para um melhor entendimento dos estudos em APO. A aplicação direta e a anotação realizada pelo próprio pesquisador foi de extrema importância para o efetivo preenchimento de todos os itens do questionário e a certeza de entendimento de todas as perguntas relacionadas. Mesmo assim, o questionário se mostrou um pouco longo e muitas vezes o respondente se cansava e deixava de cooperar com o pesquisador. Mesmo após a realização de pré-testes dos questionários, algumas inconsistências foram apontadas pela banca de qualificação, como por exemplo a pergunta 12, que se mostrou tendenciosa e, assim, poderia influenciar a opinião do respondente quando questionados sobre "o que te deixa desconfortável?". Infelizmente essa correção no questionário não foi realizada pois todos os métodos já haviam sido aplicados antes da qualificação. A escolha da escala de 1 à 10, no entanto, se mostrou extremamente eficiente e de fácil assimilação por parte dos respondentes, ao contrário das escalas bom-ruim.

A aplicação do IGI foi realizada como uma pergunta dentro do questionário. Essa técnica apresentou algumas falhas de formulação, como a má escolha dos certos desenhos e categorias. Embora fosse uma abordagem experimental, essa técnica não se mostrou muito relevante, pois não demonstrou resultados muito precisos e confiáveis, podendo ser suprimida sem prejuízos à presente pesquisa. Para futuros trabalhos, aconselha-se uma melhor formulação das categorias e dos quesitos que serão analisados, de acordo com os objetivos propostos.

No geral, a utilização de multimétodos possibilitou uma maior abrangência da pesquisa e uma melhor abordagem dos quesitos de humanização de modo qualitativo. Essa opção foi necessária devido a natureza complexa e subjetiva do tema, porém, em futuras pesquisas de APO no geral, esse número de métodos poderá ser reduzido através da utilização de objetivos mais focados e precisos.

Essa pesquisa demonstrou que os edifícios de Atenção Básica à Saúde, no caso as UBSs, ainda necessitam de pesquisas e estudos que forneçam

subsídios para a elaboração de projetos mais eficientes, principalmente quando o objetivo está direcionado à humanização de seus ambientes físicos. A participação e contribuição dos usuários se mostrou de grande importância para a compreensão e reconhecimento das características do público que será atendido, para que o ambiente construído esteja mais próximo de suas necessidades físicas e psicológicas e que possa auxiliar na humanização do território de atendimento básico do SUS. Espera-se que esse trabalho contribua na disseminação dos conceitos humanizadores e que estes estejam presentes nos futuros projetos de UBSs, para que assim, possa promover a qualificação desse importante equipamento de saúde brasileiro, dentro das diretrizes da Política Nacional de Humanização (HumizaSUS).

REFERÊNCIAS

- AALTO, A. **La Humanizacion de la Arqitetctura**. Barcelona: Tusquets Editores, 1982.
- AGREST, D. I. À margem da arquitetura: corpo, lógica e sexo. In: NESBITT, K. **Uma nova agenda para a arquitetura**. São Paulo: Cosac Naify, 2006. p. 585-599.
- ALEXANDER, C.; ISHIKAWA, S.; SILVERSTEIN, M. **Uma linguagem de padrões**. Porto Alegre: Bookman, 2013.
- ANVISA. **RDC n. 50 -Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: ANVISA, 2002.
- ARZABE, P. H. M.; GRACIANO, P. G. **A declaração universal dos direitos humanos: 50 anos**, São Paulo, 1998. Disponível em: <<http://pge.sp.gpv.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/direitos/humanos.htm>>. Acesso em: 23 maio 2013.
- BARROS, R.; KOWALTOWSKI, D. C. K. Do projeto urbano ao detalhe construtivo: "A Pattern Language" finalmente traduzida. **Arquitextos**, 2013. Disponível em: <<http://vitruvius.com.br/revistas/read/resenhasonline/12.137/4734>>. Acesso em: 29 junho 2013.
- BARROS, R. R. M.; PINA, S. A. M. G. **Uma abordagem de inspiração humanizadora para a qualificação espacial do projeto de habitação coletiva**. Recife: ELECS, 2009. Disponível em: <http://www.elecs2013.ufpr.br/wp-content/uploads/anais/2009/2009_artigo_191.PDF>. Acesso em: 28 junho 2013.
- BECHTEL, R. B. **Environment & Behavior: an introduction**. Thousand Oaks: Sage, 1997.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, v. 9, n. 17, 2005. 389-394.
- BOTAZZO, C. **Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada**. Bauru: EDUSC, 1999.
- BOTTON, A. D. **Arquitetura da felicidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.
- BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família**. 2ª ed. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012.

_____. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4 ed. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Humanização na Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Ambiência.** 2 ed. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2010b.

_____. **Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2010c.

_____. **Ampliação de UBS: manual instrutivo**, 7 junho 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/qualificaUbs/manual_instrutivo_sistema_ampliacao.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Manual de identidade visual, Brasília**, 2012b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/13/manual_rede_basica.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Mais médicos. **Portal da Saúde**, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11746&codModuloArea=1053&chamada=home-_investimentos-e-m-infraestrutura>. Acesso em: 06 dez. 2013.

_____. MS oferece projetos-padrão de UBS para acelerar obras. **Portal da Saúde**, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/13194/162/ms-oferece-projetos_padrão-de-ubs-para-acelerar-obras.html>. Acesso em: 27 out. 2013.

BUENO, F. D. S. **Minidicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Ed. Lisa, 1992.

CAVALCANTE, S.; ELALI, G. A. **Temas básicos em Psicologia Ambiental.** Petrópolis: Vozes, 2011.

CAVALCANTI, B.; AZEVEDO, G. A. N.; DUARTE, C. R. Humanização, imagem e caráter dos espaços de saúde. **Cadernos do PROARQ**, Rio de Janeiro, 11, n. 1, 2007. 7-11. Disponível em: <<http://cadernos.proarq.fau.ufrj.br/public/docs/cadernosproarq11.pdf>>.

CAVALCANTI, P. B. **A humanização de unidades clínicas de Hospital-Dia: vivência e apropriação pelos usuários.** Tese (Doutorado em Ciências em Arquitetura). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2011.

CIACO, R. J. A. S. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia). São Carlos: Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2010.

CISMEPAR. **Quem somos**. Disponível em: <http://www.cismepar.org.br/quem_somos.php>. Acesso em: 15 junho 2013.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 196, 10 out. 1996**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 27 jun. 2012.

COUTO, R. S. **Hospital Municipal Lourenço Jorge: um estudo sobre a contribuição da arquitetura para o processo terapêutico**. Dissertação (Mestrado em Ciências em Arquitetura) Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2009.

DALMASSO, G. L. **A relação entre espaço e saúde: uma contribuição da arquitetura para a humanização das Unidades de Tratamento Intensivo**. Dissertação (Mestrado em Ciências em Arquitetura). Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2005.

DAMODARAN, L. User involvement in the systems design process - a practical guide for users. **Behaviours & information technology**, v. 15, n. 6, 1996. 363-377.

DUARTE, C. R.; COHEN, R. O ensino da arquitetura inclusiva como ferramenta para a melhoria da qualidade de vida para todos. In: _____ **PROJETAR 2003**. (Org.). *Projetar: Desafios e conquistas da pesquisa e do ensino de projeto*. Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2003. p. 159-173.

ELALI, G. A. **Elementos do processo projetual como fonte de stress ambiental: explorando aspectos que podem influenciar a relação usuário-ambiente**, São Carlos: SBQP, 2009, p. 80-95.

FERRAZ, M. C. **João Filgueiras Lima -Lelé**. São Paulo: Editorial Blau Instituto Lina Bo Bardi e P. M. Bardi, 2000.

FERREIRA, S. M. G. Principais sistemas de informações de abrangência Nacional. In: **SUS - O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Assoc. Paulista de Medicina, v. II, 2001. p. 35-44.

FONTES, M. P. Z. **Humanização dos espaços de saúde: contribuições para a arquitetura na avaliação da qualidade do atendimento**. Tese (Doutorado em Ciências em Arquitetura). Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2007. 282f p.

GIL, C. R. R. Londrina e sua contribuição para a descentralização do acesso aos serviços de saúde: um pouco de história. **Revista Londrina**, Londrina, ano 1, n. 4, março 2000. 21.

_____. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun 2006.

GRANJA, A. D.; KOWALTOWSKI, D. C. C. K.; PINA, S. A. M, G.; FONTANINI, P. S. P.; BARROS, L. A. F.; PAOLI, D. De;. JACOMIT, A. M.; MAÇANS, R. M. R. A natureza do valor desejado na habitação social. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v.9, n. 2, abr/jun 2009. 87-103.

GRASSELLI, M. F. **Marketing na arquitetura: um hiato entre a imagem e a identidade profissional**. Dissertação (Mestrado em Administração). Belo Horizonte: FUMEC/Faculdade de Ciências Econômica, Administrativas e Contábeis, 2007.

HOWARD, J. Humanization and dehumanization of health care. In: HOWARD, J.; STRAUSS, A. **Humanizing health care**. New York: John Wiley & Sons, 1975. p. 57-102.

IMAI, C. **Avaliação Pós-Ocupação (APO) no Projeto Casa Fácil: o caso de Londrina, Paraná**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

KOWALTOWSKI, D. C. K. **Arquitetura escolar deve dialogar com o projeto pedagógico, afirma arquiteta**. Portal Aprendiz, 2011. Disponível em: <<http://portal.aprendiz.uol.com.br/2011/10/06/arquitetura-da-escola-deve-dialogar-com-o-projeto-pedagogico-afirma-arquiteta/>>. Acesso em: 11 fevereiro 2013.

_____. Arquitetura e humanização. **Revista Projeto**, 1989. 129-132.

LINDHEIM, R. An architect's perspective. In: HOWARD, J.; STRAUSS, A. **Humanizing health care**. New York: John Wiley & Sons, 1975. p. 293-304.

LONDRINA. **Plano Municipal de Saúde 2006-2007**. Londrina: Prefeitura do Município. Secr. Munic. de Saúde, 2007.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Londrina: Prefeitura do Município. Conselho Municipal de Saúde, 2010.

_____. **Relatório Anual de Gestão da Saúde 2011**. Londrina: Prefeitura do Município. Secr. Munic. de Saúde, 2011.

LOPES, M. A.; MEDEIROS, L. Humanização hospitalar: origem, uso e banalização do termo. **Revista Propec**. Belo Horizonte: IAB/MG, 2004.

MACHADO, E. S.; AZEVEDO, G. A. N.; ABDALLA, J. G. F. **A percepção dos usuários da AACD em relação aos ambientes de terapias: uma aplicação do instrumento seleção visual (visual cues)**. Juiz de Fora: XIV ENTAC - Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído, 2012. p. 4156-4165.

MARCHESI, C. E. P. **Unidades Básicas de Saúde Padrão**. Londrina, MEP, 11 nov. 2013. Entrevista concedida ao autor.

MEDEIROS, L. D. **Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais: a percepção de arquitetos especialistas.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) Natal: UFRN - Programa de Graduação em Psicologia, 2004.

NESBITT, K. **Uma nova agenda para a arquitetura.** São Paulo: Cosac Naify, 2006.

OKAMOTO, J. **Percepção ambiental e comportamento: visão holística da percepção ambiental na arquitetura e na comunicação.** São Paulo: Editora Mackenzie, 2002.

ORNSTEIN, S. W. **Avaliação pós-ocupação do ambiente construído.** São Paulo: Studio Nobel: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

_____. **Ambiente construído & comportamento: a avaliação pós-ocupação e a qualidade ambiental.** São Paulo: Nobel:FAUUSP:FUPAM, 1995.

PALLASMAA, J. A geometria do sentido: um olhar sobre a fenomenologia da arquitetura. In: NESBITT, K. **Uma nova agenda para a arquitetura.** São Paulo: Cosac Naify, 2006. p. 482-489.

PLANETREE. About us. **Planetree**, 2013. Disponível em: <planetree.org>. Acesso em: 12 jan. 2014.

PORPHYRIOS, D. A pertinência da arquitetura clássica. In: NESBITT, K. **Uma nova agenda para a arquitetura.** São Paulo: Cosac Naify, 2006. p. 109-114.

RAPOPORT, A. **The meaning of the built environment.** Tucson: University of Arizona, 1990.

RASMUSSEN, S. E. **Arquitetura vivenciada.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.

REIS, A. T. L.; LAY, M. C. D. Métodos e técnicas para levantamento de campo e análise de dados: questões gerais. In: _____ **Workshop Avaliação Pós -Ocupação.** NUTAU:ANTAC, 1994. p. 28-49.

RHEINGANTZ, P. A. Uma pequena digressão sobre conforto ambiental e qualidade de vida nos centros urbanos. **Cidade & Ambiente**, v.1, n. 22, jan/jun 2001. 35-58.

RHEINGANTZ, P. A.; AZEVEDO, G.; BRASILEIRO, A.; ALCANTARA, D. de; QUEIROZ, M. **Observando a qualidade do lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação.** Rio de Janeiro: PROARQ/FAU-UFRJ, 2009. Disponível em: <http://www.fau.ufrj.br/prolugar/arq_pdf/livros/obs_a_qua_lugar.pdf>. Acesso em: 02 out 2012.

RHEINGANTZ, P. A.; ARAÚJO, M. Q.; ALCANTARA, D. D. **Os sentidos humanos e a construção do lugar: em busca do caminho do meio para o desenho universal.** Rio de Janeiro: Anais do Seminário de Acessibilidade do cotidiano, 2004. Disponível em: http://www.fau.ufrj.br/prolugar/arq_pdf/diversos/os_sentidos_humanos_safe.pdf. Acesso em: 20 jun. 2013.

ROCHA, A. P. Arquiteto Arthur Brito recebe certificação em Evidence-Based Design. **Pini Web**, 15 junho 2009. Disponível em: <<http://piniweb.pini.com.br/construcao/arquitetura/arthur-brito-e-o-primeiro-arquiteto-brasileiro-a-receber-certificacao-141597-1.aspx>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

SAMPAIO, A. V.; CHAGAS, S. S. Avaliação de conforto e qualidade de ambientes hospitalares. **Gestão & Tecnologia de Projetos**, São Paulo, 5, n. 2, novembro 2010.

SANOFF, H. **Community participation methods in Design and planning**. New York: John Wiley & Sons, 2000.

SANTANAA, P. **Paciente em evidência**, São Paulo, p. 28-30, agosto 2012. Disponível em: <http://issuu.com/revista_fh/docs/fh_202#embed>. Acesso em: 18 dez. 2013.

SATTLER, M. A. Habitação de baixo custo mais sustentável: a casa Alvorada e o Centro Experimental de tecnologias habitacionais sustentáveis. **Coleção Habitare 8**. Porto Alegre: ANTAC, 2007.

SCHERER, R. In: CORBUSIER, L. **A Carta de Atenas**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA, J. C. P.; MARTINS, A. P.; SOARES, J. M. R.; LEITE, M. K., BOURELI, J. J. Antropometria: uma visão histórica e sua importância para o design. **Revista Assentamentos humanos**, Marília, v. 9, n. 1, 2007. 9-16.

SINCLAIR, I. M. Enshrining humanistic design in the project plan. **International Academy for Design and Health**. Estocolmo: Design and Health, 2003. 207-215 p. Disponível em: <<http://www.designandhealth.com/uploaded/documents/Publications/Papers/Ian-Sinclair-WCDH-2003.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

SOMMER, R. **Conscientização do design**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

TEIXEIRA, R. F. **Avaliação Pós-Ocupação e humanização e humanização em ambientes de saúde: um estudo de caso na área de Reabilitação, em Niterói, RJ**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2005.

TOLEDO, L. C. M. **Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) Rio de Janeiro: UFRJ/PROARQ, 2002.

_____. **Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. Tese (Doutorado em Ciência da Arquitetura) Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, 2008.

TSCHUMI, B. Arquitetura e limites I. In: NESBITT, K. **Uma nova agenda para a arquitetura**. São Paulo: Cosac Naify, 2006a. p. 173-177.

_____. Arquitetura e limites II. In: NESBITT, K. **Uma nova agenda para a arquitetura**. São Paulo: Cosac Naify, 2006b. p. 179-182.

ULRICH, R. S. Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. **Journal of healthcare interior design**, v. 3, p. 97-109, 1991. Disponível em:

<<http://www.majorhospitalfoundation.org/pdfs/Effects%20of%20Interior%20Design%20on%20Wellness.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

_____. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. Svensk Byggtjänst: **Design and Health: Proceedings of the Second International Conference on Health and Design**. Estocolmo, 2001. p. 49-59.

VASCONCELOS, R. T. B. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) Florianópolis: UFSC, 2004.

VASCONCELOS, C. M. D.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. V. S., MYNAIO, M. C. S., AKERMAN, M., DRUMOND JR., M., CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Ed. Hucitec; Ed. Fio Cruz, 2006. p. 531-562.

ANEXOS

ANEXO 1

Modelo da ficha de avaliação da Walkthrough aplicada

FICHA DE AVALIAÇÃO WALKTHROUGH UBS				
local:	data: (/ /)	início	: : hs	
condições (climáticas):		fim	: : hs	
QUALIDADE	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
qualidade (e) aparência (do) piso				
qualidade (e) aparência (das) paredes				
qualidade (e) aparência (do) teto				
qualidade (e) aparência (das) esquadrias				
qualidade (e) aparência (dos) mobiliários				
VENTILAÇÃO E ILUMINAÇÃO	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
presença (de) ventilação (natural) (da) recepção				
presença (de) ventilação (natural) (na) espera				
presença (de) ventilação (natural) (nas) circulações				
presença (de) ventilação (natural) (nos) consultórios				
ventilação (artificial) (na) recepção				
ventilação (artificial) (na) espera				
ventilação (artificial) (nos) consultórios				
SENSAÇÃO TÉRMICA	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
sensação (de) temperatura				
RUIDOS	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
presença (de) ruídos (internos)				
presença (de) ruídos (externos)				
CIRCULAÇÃO	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
impressão (geral) (sobre) a (circulação) (da) UBS				
circulação (no) atendimento				
circulação (na) espera				
circulação (do) corredor (de) consultórios				
circulação (no) corredor (de) procedimentos				
DIMENSIONAMENTO DOS AMBIENTES	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
dimensionamento (da) recepção				
dimensionamento (das) esperas				
dimensionamento (dos) consultórios (e) salas				
dimensionamento (do) estacionamento				
dimensionamento (do) setor (administrativo)				
dimensionamento (do) setor (de) serviços				
dimensionamento (dos) banheiros				
LOCALIZAÇÃO	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
localização (da) recepção				
localização (da) espera				
localização (dos) consultórios				
localização (das) salas (de) procedimentos				
localização (da) farmácia				
localização (do) setor (de) serviços				
localização (do) estacionamento				
ACESSO	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
impressão (geral) (sobre) o (acesso) (principal)				
impressão (geral) (sobre) o (acesso) (de) funcionários				
impressão (geral) (sobre) o (acesso) (do) estacionamento				
QUANTIDADES	PÉSSIMO	RUIM	BOM	ÓTIMO
quantidade (de) pontos (de) atendimento (na) recepção				
quantidade (de) assentos (na) espera				
quantidade (de) consultórios (e) salas (de) atendimento				
quantidade (de) bebedouros				
quantidade (de) banheiros				

ANEXO 2

Modelo de roteiro das entrevistas aplicadas

ENTREVISTA

Data: ___/___/___ Entrevistador: _____
Entrevistado: _____ Local: _____

1. Você conhece a **PNH** e a **Cartilha Ambiência do HUMANIZASUS**? Quais os princípios aplicados e quais você considera mais importantes? Alguma sugestão para complementar?

2. O que você entende por humanização do atendimento e dos espaços físicos ambientes de saúde? Qual sua importância para os usuários (pacientes/funcionários)?

3. Qual a sua opinião sobre as características físicas dos ambientes dessa UBS? Os espaços são suficientes? Recepção/ Espera/ Consultórios/ Serviços.

4. Com relação ao respondido na pergunta anterior, quais características existentes contribuem ou não para a humanização desses ambientes?

5. Quais as maiores reclamações dos usuários? Essas reclamações poderiam ser sanadas com alterações dos ambientes físicos?

6. Nessa unidade, como é realizada a limpeza, manutenção do jardim, pintura e reformas? Como você acha que isso influencia no bem estar dos usuários?

7. Você acredita que os edifícios e seus ambientes podem influenciar o comportamento ou humor dos usuários? Como?

8. Qual a necessidade dos espaços externos de uma UBS? Como esses espaços são utilizados?

9. Qual o tempo de espera, em média, de um paciente? O que você acha que poderia existir para distrair os usuários durante a espera de atendimento? Por quê?

10. Qual a importância de um ACS e como o espaço físico influencia a sua atuação?

11. Como essa unidade é vista pela comunidade? Qual o seu alcance social?

12. Você acha importante que uma UBS seja um local de interação social dentro da comunidade? Como isso poderia acontecer? Existe algum exemplo de sucesso?

13. Você acredita que exista algum tipo de envolvimento emocional entre os trabalhadores e a comunidade de uma UBS? Você acha importante? Quais as vantagens e desvantagens disso?

14. Quais os elementos geradores de estresse nos ambientes?

15. Os pacientes reclamam de falta de privacidade / exposição e falta de segurança? Como isso pode influenciar o atendimento aos pacientes e os funcionários?

16. Qual sua opinião sobre os aspectos estéticos desse edifício.

17. Como é vista a utilização de cores nos ambientes de saúde? Quais as vantagens?

18. Em uma escala de 0 à 10 como você classificaria os aspectos de conforto e bem estar dos pacientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acesso à unidade | <input type="checkbox"/> Mobiliário |
| <input type="checkbox"/> Convivência com a comunidade | <input type="checkbox"/> Temperatura |
| <input type="checkbox"/> Interação entre as pessoas | <input type="checkbox"/> Iluminação natural e artificial |
| <input type="checkbox"/> Jardim | <input type="checkbox"/> Ruídos internos |
| <input type="checkbox"/> Acolhimento | <input type="checkbox"/> Odores internos |
| <input type="checkbox"/> Simpatia no atendimento | <input type="checkbox"/> Higiene dos ambientes |
| <input type="checkbox"/> Tempo de espera | <input type="checkbox"/> Privacidade no atendimento |
| <input type="checkbox"/> Entretenimento na espera | <input type="checkbox"/> Segurança |
| <input type="checkbox"/> Fluxo interno | |

19. O que você mudaria no projeto para melhorar os aspectos de humanização e bem estar dessa unidade? Como seria para você um ambiente perfeito para se trabalhar e receber a população?

ANEXO 3

Modelo de planilha do Poema dos desejos aplicada

POEMA DOS DESEJOS	
LOCAL:	DATA:
<p>Prezado respondente,</p> <p>Este exercício faz parte de um conjunto de instrumentos de avaliação para a pesquisa Diretrizes projetuais para a humanização nas Unidades Básicas de Saúde: estudo de casos na cidade de Londrina - PPU/UEL/UEM, desenvolvido pelo arquiteto Fernando Gargantini Gratton.</p> <p>SUA IDENTIDADE SERÁ PRESERVADA!!!</p> <p>No espaço abaixo, complete através de desenhos ou por frase a seguinte sentença:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 20px; margin: 10px 0;"><p style="text-align: center;">PARA MELHORAR OS AMBIENTES, EU GOSTARIA QUE ESSE POSTO DE SAÚDE...</p></div>	
OBRIGADO !	

ANEXO 4

Modelo de planilha da Seleção Visual 1 aplicada

DATA:	SELEÇÃO VISUAL – 01	Nº:
HORA:	COND. CLIMÁTICAS:	LOCAL:

Prezada respondente,

Este exercício faz parte de um conjunto de instrumentos de avaliação para a pesquisa Diretrizes projetuais para a humanização nas Unidades Básicas de Saúde: estudo de casos na cidade de Londrina – PPU/UEL/UEM, desenvolvido pelo Arquiteto Fernando Gargantini Gratton.

OBSERVE AS IMAGENS ABAIXO QUE REPRESENTAM VÁRIOS TIPOS DE EDIFICAÇÕES DE SAÚDE. DEPOIS, ANOTE QUAIS AS SUAS IMPRESSÕES SOBRE CADA UMA DELAS.

		
	OS 3 MELHORES ASPECTOS	OS 3 PIORES ASPECTOS
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	OS 3 MELHORES ASPECTOS	OS 3 PIORES ASPECTOS
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	OS 3 MELHORES ASPECTOS	OS 3 PIORES ASPECTOS
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	OS 3 MELHORES ASPECTOS	OS 3 PIORES ASPECTOS
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	OS 3 MELHORES ASPECTOS	OS 3 PIORES ASPECTOS
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

ANEXO 5

Modelo de planilha da Seleção Visual 2 aplicada

DATA:	SELEÇÃO VISUAL – 02	N°:
HORA:	COND. CLIMÁTICAS:	LOCAL:

Prezado respondente,

Este exercício faz parte de um conjunto de instrumentos de avaliação para a pesquisa Diretrizes projetuais para a humanização nas Unidades Básicas de Saúde: estudo de casos na cidade de Londrina – PPU/UEL/UEM, desenvolvido pelo Arquiteto Fernando Gargantini Gratton.

OBSERVE AS IMAGENS ABAIXO QUE REPRESENTAM VÁRIOS TIPOS DE SALAS DE ESPERA E RECEPÇÕES. DEPOIS, ANOTE OS PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DE CADA UMA DELAS





	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS POSITIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS NEGATIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div>		<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS POSITIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS NEGATIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div>
	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS POSITIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS NEGATIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div>		
	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS POSITIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS NEGATIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div>		
	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS POSITIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">PONTOS NEGATIVOS</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> </div>		

ANEXO 6

Modelo do Questionário final aplicado

Data: ____/____/____ "Questionário Nº: _____"



Programa Associado de Pós-graduação em Metodologia de Projeto de Arquitetura e Urbanismo
Universidade Estadual de Maringá
Universidade Estadual de Londrina

Mestrado em Metodologia de Projeto

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PÓS-Ocupação+

'UBS'Vivi'Xavier'

Este questionário tem como objetivo avaliar a estrutura física da UBS para subsidiar a pesquisa realizada pelo mestrando Fernando Gargantini Graton.

VOCÊ NÃO DEVERÁ SE IDENTIFICAR.

Condições climáticas: _____ "Horário da aplicação: ____: ____ hs"

Assinale apenas **UMA ALTERNATIVA** de cada questão**1. Sexo#** Masculino Feminino**2. Idade#** até 20 anos 21 – 30 anos 31 – 40 anos 41 - 50 anos 51 – 60 anos 61 – 70 anos Acima 70 anos**3. Qual sua função ou atividade na UBS#** Paciente Acompanhante Médico/enfermeiro Funcionário Outro**4. Qual sua frequência de uso nessa UBS?#** diária semanal mensal 2 a 3 x sem. semestral anual**5. Qual seu tempo médio de permanência na UBS?#** 15 min 30 min 1 hora de 1 à 2 horas Mais de 2 h**6. Qual sua maior necessidade nessa UBS? (ASSINALE APENAS UMA ALTERNATIVA)** Consultas médicas Exames Psicólogo Fisioterapia Nutricionista Outras _____**7. Existe alguma coisa nesse prédio que causa desconforto para você?#**

8. Quando você chega para esse prédio que mais chama a atenção? Por quê?#

9. **CARTÕES ILUSTRADOS.** De acordo com as categorias, classifique em uma escala de prioridades os aspectos que podem tornar os ambientes dessa unidade mais humanos e agradáveis:#

	1ª RODADA	2ª RODADA	3ª RODADA	4ª RODADA	5ª RODADA
ORDEM DE#	ENTRETENIMENTO	VISUAL-ESTÉTICO	CONFORTO-AMB.	EQUIPAMENTOS	MANUTENÇÃO
IMPORTÂNCIA	(VERDE)	(AZUL)	(AMARELO)	(LARANJA)	(VERMELHO)
1ª					
2ª					
3ª					
4ª					
5ª					

Obs: _____

10. Classifique o grau de Satisfação e Bem-Estar Sobre os Tópicos Relacionados abaixo:
(ASSINALE DE 01 À 10, sendo 01 totalmente insatisfeito e 10 totalmente satisfeito)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	N.D.A
10.1	Distância do UBS à sua casa											
10.2	Facilidade de acesso à unidade											
10.3	Convivência com a comunidade											
10.4	Interação entre as pessoas											
10.5	Jardins externos											
10.6	Acolhimento											
10.7	Tempo de espera											
10.8	Entretenimento na espera											
10.9	Tamanho da espera/recepção											
10.10	Atendimento recebido											
10.11	Qtde. de pontos de atendimento (recepção)											
10.12	Mobiliário											
10.13	Quantidade de cadeiras na espera											
10.14	Distribuição dos móveis (mesas/bancos/etc)											
10.15	Higiene dos ambientes											
10.16	Privacidade no atendimento											
10.17	Sensação de segurança											
10.18	Proteção da entrada contra chuva e sol											
10.19	Tamanho total dessa UBS											
10.20	Facilidade de circulação no setor público											
10.21	Facilidade de circulação no setor restrito											
10.22	Localização dos consultórios											
10.23	Tamanho dos consultórios											
10.24	Ventilação natural											
10.25	Ventilação artificial											
10.26	Ruídos internos											
10.27	Ruídos externos											
10.28	Iluminação natural											
10.29	Iluminação artificial											
10.30	Temperatura no inverno											
10.31	Temperatura no verão											
10.32	Localização dos sanitários											
10.33	Quantidade de sanitários											
10.34	Aparência geral do edifício (estético)											

Obs: _____

11. Quais São Suas Sensações Emocionais Quando Você Entra Nessa Unidade? Por quê?

12. O que te deixa desconfortável ou incomodado(a) dentro desse prédio? Por quê?






13. Na sua opinião, quais características desse prédio que te deixa mais humano e agradável?

14. O que você acha que poderia ser mudado ou acrescentado para tornar essa SUBS mais humana e agradável?

Observações finais: _____

Agradecemos sua colaboração!!!

ANEXO 7
Cartas de pesquisa do IGI

CARTAS		COMENTÁRIO
ENTRETENIMENTO		<p>NESSA CATEGORIA BUSCOU-SE IDENTIFICAR QUAIS OS ITENS RELACIONADOS NAS CARTAS SÃO MAIS IMPORTANTES PARA AS PESSOAS DURANTE SUA ESPERA. ENTENDE-SE POR ENTRETENIMENTO A DISTRAÇÃO QUE O AMBIENTE PODE PROPORCIONAR PARA QUE O USUÁRIO TENHA UMA MELHOR QUALIDADE DURANTE SUA ESPERA.</p>
VISUAL ESTÉTICO		<p>NESSA CATEGORIA BUSCOU-SE IDENTIFICAR OS ELEMENTOS ESTÉTICOS E VISUAIS QUE SÃO MAIS IMPORTANTES PARA O USUÁRIO A TRAVÉS DE ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM A LEITURA DO AMBIENTE.</p>
CONFORTO AMBIENTAL		<p>NESSA CATEGORIA BUSCOU-SE IDENTIFICAR QUAIS ELEMENTOS RELACIONADOS SÃO MAIS IMPORTANTES PARA PROPORCIONAR CONFORTO AO USUÁRIO DURANTE SUA ESPERA E ATENDIMENTO.</p>
EQUIPAMENTOS		<p>NESSA CATEGORIA BUSCOU-SE IDENTIFICAR QUAIS OS EQUIPAMENTOS NÃO EXISTENTE NOS LOCAIS SÃO MAIS IMPORTANTES. NESSA CATEGORIA BUSCOU-SE OS EQUIPAMENTOS DESEJADOS PELOS USUÁRIOS.</p>
MANUTENÇÃO		<p>NESSA CATEGORIA BUSCOU-SE IDENTIFICAR QUAIS OS ITENS RELACIONADOS NAS CARTAS SÃO MAIS IMPORTANTES PARA AS PESSOAS COM RELAÇÃO À MANUTENÇÃO DO EDIFÍCIO.</p>

OBS: OS ITENS DE CADA CATEGORIA FORAM ESCOLHIDOS DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES E OBSERVAÇÃO COLETADAS NOS MÉTODOS ANTERIORES.

Fonte: autor, 2013

ANEXO 8

Autorização de pesquisa 01



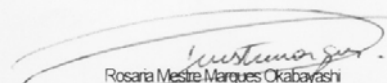
**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ**

C.D.15/2012 - GES/DGTES/AMS/PML

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“DIRETRIZES PROJETUAIS PARA A HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASOS NA CIDADE DE LONDRINA, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pelo aluno Fernando Gargantini Graton do Programa Associado de Pós-Graduação em Metodologia de Projetos de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Londrina e Universidade Estadual de Maringá; sob a orientação do Professor César Imai, docente da Universidade Estadual de Londrina; e por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96. Desta forma, sua execução nesta Autarquia, está sendo autorizada considerando a Declaração assinada pelo docente acima citado, datada em 27 de junho de 2012, devendo haver planejamento prévio com as unidades de serviço envolvidas.

Londrina, 21 de junho de 2012.


Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. De Ed. Permanente/ Estágio/ Pesquisa da
Gerência de Educação em Saúde
DGTES/AMS/PML

ANEXO 9

Autorização de pesquisa 02

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

C.D. 008/2013/CEEPC/GPQS/AMS/PML.

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“DIRETRIZES PROJETUAIS PARA A HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ESTUDO DE CASOS NA CIDADE DE LONDRINA, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pelo aluno Fernando Gargantini Graton do Programa Associado de Pós-Graduação em Metodologia de Projetos de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Estadual de Londrina e Universidade Estadual de Maringá; sob a orientação do Professor César Imai, docente da Universidade Estadual de Londrina; e por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96. Desta forma, sua execução nesta Autarquia, está sendo autorizada considerando a Declaração assinada pelo docente acima citado, datada em 27 de junho de 2012, devendo haver planejamento prévio com as unidades de serviço envolvidas.

Autorização de fotografias por Valéria Barbosa – Diretora Executiva da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina

Londrina, 17 de abril de 2013.

Enf^a. Rosária Mestre Marques Okabayashi
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada
GPQS/DGTES/AMS/PML