

MIRELA PILON PESSATTI

**A INTERCESSÃO ARQUITETURA E SAÚDE:
"Quando o problema é a falta de espaço na unidade de
saúde, qual é o espaço que falta?"**

CAMPINAS

Unicamp

2008

MIRELA PILON PESSATTI

A INTERCESSÃO ARQUITETURA E SAÚDE:

"Quando o problema é a falta de espaço na unidade de saúde. qual será o espaço que falta?"

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO RESENDE CARVALHO

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

P438i Pessatti, Mirela Pilon
A intercessão arquitetura e saúde / Mirela Pilon Pessatti. Campinas,
SP : [s.n.], 2008.

Orientador : Sérgio Resende Carvalho
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Arquitetura. 2. Saúde. 3. Ambiente de Instituições de Saúde. 4.
Humanismo. I. Carvalho, Sérgio Resende. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The architecture - health intersection

Keywords: • Architecture
• Health
• Health Facility Environment
• Humanism

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho
Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos
Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros

Data da defesa: 18 - 02 - 2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof.(a) Dr.(a). Sergio Resende Carvalho

Membros:


Prof.(a) Dr.(a) Sergio Resende Carvalho

Prof.(a) Dr.(a) Gastão Wagner de Sousa Campos

Prof.(a) Dr.(a) Maria Elizabeth Barros de Barros

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/02/08

DEDICATÓRIA

Durante um curso para Formação de Apoiadores da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) no qual participei como apoiadora matricial, após a exposição dialogada com o grupo participante sobre a produção do espaço físico na saúde focada na discussão da "Ambiência", um dos participantes iniciou sua fala dizendo que quando ele escutava a palavra "Ambiência", sempre se lembrava do almoço aos domingos na casa da sua avó, pois ambiência para ele é isso: tem cor, tem cheiro (do molho a bolonhesa do macarrão?), tem som, tem gente, tem brigas, mas tem também acolhimento.

Dedico essa dissertação a minha avó Emília (in Memoriam) com quem aprendi um pouco do sentido das palavras afeto, paciência, humildade e que nos primeiros meses da minha caminhada nesse processo do mestrado deixou de estar em forma entre nós.

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores e usuários do SUS que contribuem para a construção dos sentidos desse trabalho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho por topar o desafio dessa caminhada, caminhando e apostando comigo.

Ao mestre, Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, por nos presentear o tempo todo com sua brilhante produção, pelas suas provocações e em especial por aceitar participar do meu exame de Qualificação e Banca de Defesa dessa Dissertação.

As Profas Dras. Rosana Tereza Onocko Campos e Cláudia Elizabeth Abbês Baeta Neves pelo compromisso de comporem como suplentes a Banca de Defesa.

A Profa Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros companheira de trabalho e professora comprometida cuja participação na Banca de Qualificação contribuiu muito para a continuidade deste trabalho e novamente por estar na Banca de Defesa.

A professora e amiga Dra Regina Benevides Barros, companheira comprometida que nas vésperas de assumir um trabalho no exterior com toda dedicação, amizade e competência participou com uma co-orientação deste trabalho que foi fundamental para re-organização, novas direções e desenvolvimento da dissertação.

As companheiras e aos companheiros que em algum momento estiveram comigo como consultores no Ministério da Saúde, apostando sempre no SUS, no trabalho da Humanização na Saúde e em especial na Política Nacional de Humanização (PNH).

À Raquel que pacientemente escutou as minhas lamentações durante o processo de produção dessa dissertação nas idas para as reuniões do Coletivo da PNH em São Paulo.

A Clara pelo companheirismo no trabalho da Humanização em São Paulo e incentivo durante esse processo de produção.

As amigas e companheiras de trabalho do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte: Suzana, Miriam, Yara, Andréa e Vera.

A Flávia Silva, amiga de muitos anos, pelas ricas discussões "conceituais" sobre arquitetura, ambiência, saúde e vida.

A Flávia Barros, companheira de batalhas das ambiências na PNH.

Ao Altair Massaro por co-produzir comigo algumas idéias.

Ao Adail e a Teresa queridos, pela amizade, compreensão e por me ensinarem muito sobre saúde, gestão e SUS.

Aos amigos arquitetos do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro: Leonardo, Luiz, Tereza e Luciene pelas discussões e trocas solidárias durante o processo de apoio à Região Metropolitana.

Aos trabalhadores da Santa Casa de Limeira com os quais tive a oportunidade de aprender, criar, recriar, discutir e co-produzir as intervenções no espaço físico daquele hospital durante os anos de 2000 a 2005, em especial as amigas Rita, Ana Carolina, Alessandra, Darlene, Rosangela, Mônica, ao engenheiro Fernando e todos os "meninos" da manutenção que participaram comigo do AMEH (Núcleo de Arquitetura, Manutenção, Engenharia e Hotelaria Hospitalar).

Aos artistas plásticos e amigos queridos Renata Lang e Fábio Jacon que nos ensinam solidariamente que é possível transformar em cores, artes e em outros sons as ambiências hospitalares. E simplesmente por serem artistas e meus amigos!

Aos companheiros do mestrado e do grupo de pesquisa na Unicamp, Ricardo, Juliana, Nunes, Anderson, Núncio, Daniel e Bruno pelas contribuições, discussões, críticas e especialmente pela amizade. A Manu e Paulinha por estarem sempre conosco.

A minha grande amiga Fabiani Gil pela sua amizade, força nos momentos de pressão e depressão e compartilhamento dos momentos de alegria, diversão, criação e muito trabalho.

Ao amigo Gustavo Tenório Cunha, pelo seu companheirismo, afecto, trabalho conjunto na humanização, por sempre apostar nas minhas viagens com a ambiência e me incentivar a cursar o mestrado e a produzir essa dissertação.

À Adriana Coser, companheira de (dês) estudos para ingresso no mestrado, para as provas de epidemiologia e bioestatística, também amiga de trabalho/produção e dos choros, chorinhos e sambas da vida.

À música que sempre me inspira e aos encontros que ela proporciona nos lugares, cores e pianos da vida... Que num momento quase árido dessa produção, num encontro feliz com Márcio, me foi (re) apresentada de outro modo: intensa e improvisada, desviante das partituras e regras tradicionais, trazendo novas e potentes energias para criação e continuidade desse processo.

Aos meus pais que sempre me apoiaram amorosamente em todas as empreitadas e viagens da vida, embora muitas vezes achando um tanto quanto esquisitas... E que não poderia ser de outro modo durante esse processo de produção.

Ao meu irmão Murilo, pela amizade, companheirismo nas raladas e baladas da vida e por nos presentear junto de Fabiana com a doce e alegre presença da Paula nas nossas vidas.

Aos sorrisos de Paula.

E a Vida

Muito Obrigada.

A Casa

*Era uma casa muito engraçada
não tinha teto não tinha nada
ninguém podia entrar nela não
porque na casa não tinha chão
ninguém podia dormir na rede
porque na casa não tinha parede
ninguém podia fazer xixi
porque pinico não tinha ali*

*Mas era feita com muito esmero
na rua dos bobos número zero*

Toquinho e Vinícius

	PÁG.
RESUMO	xxv
ABSTRACT	xxix
INTRODUÇÃO	33
CAPÍTULO 1	43
Arquitetura: destacando alguns discursos e movimentos.....	45
Arquitetura e Saúde no Brasil.....	52
Discursos e autores.....	52
CAPÍTULO 2	59
O que dizem as normas: arquitetura e o SUS.....	61
Uma descrição sobre o processo de constituição das normas que regulamentam os estabelecimentos de assistência a saúde no Brasil.....	63
Uma parada para uma Cena: A Cena "V".....	81
CAPÍTULO 3	85
A discussão do espaço físico numa Política Pública de Saúde: A Política Nacional de Humanização (PNH).....	87
Recuperando um pouco de história da humanização na saúde.....	89
O Conceito de Ambiência desenvolvido na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS.....	96
CAPÍTULO 4	109
Discussão de um método proposto para co-produção do espaço físico na saúde e suas variações.....	111

CENA I.....	113
CENA II.....	119
CENA III.....	125
CAPÍTULO 5- Considerações Finais.....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ESF	Equipe de Saúde da Família
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

LISTAS DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1- Tabela de Unidade Funcional Portaria 1884.....	69
Figura 2- Tabela de Unidade Funcional RDC 50/2002.....	73
Figura 3- Tabela de Cobertura de uma USF.....	77
Figura 4- Estrutura sugerida para USF com 1 ESF.....	77
Figura 5- Estrutura sugerida para USF com 2 ESF.....	78
Figura 6- Estrutura sugerida para USF com 3 ESF.....	79
Figura 7- CROQUI – Proposta para USF (Unidade de Saúde da Família.....	123
Figura 8- Imagem Fotográfica: Projeto Saúde com Arte no HOB....	131
Figura 9- Imagem Fotográfica: Projeto Saúde com Arte no HOB....	132
Figura 10- Diagrama de Massa.....	138
Figura 11- Planta Baixa de projeto arquitetônico.....	139

RESUMO



Este trabalho investiga a intercessão arquitetura e saúde destacando alguns modos como vem ocorrendo a produção do espaço físico nas instituições de saúde. Inicia com uma breve revisão da arquitetura e urbanismo, realçando dois movimentos importantes que influenciaram a formação dos arquitetos nas últimas décadas, o Movimento Modernista e o Movimento Situacionista, trazendo de forma sucinta como esses movimentos tangenciaram a temática da saúde. Faz uma síntese dos discursos e tendências de alguns autores brasileiros sobre o tema da arquitetura e saúde no Brasil, destacando que determinados modos de tratar e compreender a produção do espaço físico na saúde, assim como seus arranjos, possibilita dar visibilidade à relação desses pensamentos a própria compreensão do processo saúde-doença e aos modos de administração e gestão de que mais se aproximam. Descreve o processo de constituição das normas que regulamentam os Estabelecimentos de Assistência à Saúde, fazendo uma análise sobre os riscos do engessamento e da burocratização que as normas podem gerar e também aponta possibilidades para se lidar com a perspectiva restritiva e normativa da Vigilância Sanitária para além do "agir segundo regras". Relata a discussão do espaço físico numa política pública de saúde específica, a Política Nacional de Humanização no Ministério da Saúde, com uma nova proposta de conceito para a "ambiência" na saúde e modo de co-produção do espaço, com inclusão dos sujeitos trabalhadores, gestores e usuários no processo. Discute possibilidades para um método de co-produção do espaço e suas variações como potência e dispositivo que pode contribuir nas mudanças proposta para a gestão e atenção nas instituições de saúde, usando como material para problematização algumas cenas que são contadas inspiradas em memórias de vivências cotidianas. Conclui apontando alguns desafios e possibilidades para estudos futuros apostando na potência da composição dos saberes na intercessão arquitetura e saúde para a produção do espaço físico na saúde, e na inseparabilidade entre a produção do espaço, a produção de saúde e a produção de subjetividade. Na produção de um espaço que não é dado, estático, morto. E sim, um espaço que se habita, se experimenta e que se produz, onde tem processo de trabalho, encontros entre as pessoas e modos de se viver e conviver nesse espaço.

ABSTRACT



This research investigates the architecture-health intercession highlighting some ways the production of the physical space has been occurring in the health institutions. It starts with a brief review of the architecture and urbanism emphasizing two important movements that influenced the formation of architects in the last few decades: the “Modernist Movement” and the “Situational Movement” and how these movements influenced the subject of health. It makes a synthesis of the speeches and trends of the authors on the subject of the architecture and health in Brazil, showing that we determine ways to treat and to understand the production of the physical space in the health, as well as its arrangements. It makes possible to give visibility to the relation of these thoughts the proper understanding of the health-illness process and to the ways of administration and management to which they come closest. It describes the process of constitution of the norms that regulate the Health Assistance Establishments, analyzing the risks of bureaucracy that the norms can generate. It also points out possibilities to deal with the restrictive and normative perspective of the Sanitary Monitoring beyond “acting according to rules”. It reports the discussion about the physical space in a public policy of specific health, the National Humanization Policy in the Ministry of Health, with a new proposal of concept for the health ambience, and for the way of co-production of the space with inclusion of the workers, managers and users in the process. It points out possibilities of a method for co-production of the space and its variations as the power and a device that contribute to the changes of the health institutions, using as material for reflection some scenes that were clipped from the daily experience of the author regarding the work of health teams. It concludes by indicating some challenges and possibilities with respect to future studies believing in the power of the knowledge composition in the architecture-health intersection for the production of the physical space in the health, and in the inseparability involving the space production, health production and the production of subjectivity in the production of a space that is not given, static and dead, but a space that is inhabited, where people get experience and produce, where there is a process of work, where people meet, interact and share ways of living and coexisting in this space.

INTRODUÇÃO



Começando com algumas perguntas: Quando mudamos de casa que casa será que levamos ou queremos levar pra casa nova? De que casa Toquinho e Vinícius falam na letra da música? Quando achamos que o problema é a falta de espaço na unidade de saúde, qual será o espaço que falta? De que espaço está se falando?

Alguns efeitos produzidos no encontro entre os saberes e práticas da Arquitetura e Urbanismo e da Saúde, em especial a Saúde Coletiva para discutir e projetar os espaços físicos nas Instituições de Saúde gerou provocações e inquietações na minha produção de arquiteta, atuando no campo da saúde, sobre as quais proponho refletir e discutir nesse trabalho.

É comum identificar durante diferentes períodos da história da arquitetura e urbanismo e da saúde a aproximação dos diferentes campos: a arquitetura o urbanismo, a medicina, a saúde pública para uma ação comum, sendo a arquitetura e urbanismo muitas vezes usados como meios para se atingirem determinados fins.

Diversas dessas aproximações podem ser verificadas há tempos, por exemplo, nas medidas tomadas na Idade Média com relação ao leproso que era expulso do espaço comum, exilado, posto para fora dos muros da cidade como mecanismo de purificação do espaço urbano. Ou no final do século XVIII na Europa para controle e erradicação da peste onde se trabalhava com o policiamento das famílias contaminadas e o controle médico, sendo o espaço físico planejado e utilizado como estratégia para controlar, vigiar, isolar os enfermos na cidade. O esquema suscitado pela peste não era mais o da exclusão como o da lepra e sim o do internamento. E nesse sentido, se planejava e alterava o espaço físico para favorecer tanto as situações de exclusão quanto as de contenção.

Foucault (1979) ao descrever o desenvolvimento da Medicina Social na França em fins do século XVIII relata que é com o desenvolvimento das estruturas urbanas que se desenvolve nesse país a Medicina Social. Essa estratégia se

deveu a várias razões entre elas econômicas e políticas, pois a Paris, por exemplo, entre 1750 e 1780 não era uma unidade territorial, mas um emaranhado de territórios heterogêneos e poderes rivais. Sendo colocado como um problema a necessidade de unificação urbana, de constituir cidades como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e regulamentado.

No final do século XVIII, ainda de acordo com o autor, as revoltas urbanas tornam-se freqüentes com a formação de uma plebe em vias de se proletarizar e daí acha-se necessário um poder político capaz de esquadriñar a população urbana. Desenvolvendo-se sentimentos de medo e angústia com relação à cidade, aparecendo frases como a de Canabis a respeito da cidade: "Todas as vezes que homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que homens se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde" (Foucault, 1979).

Nesse período é instituída uma "medicina urbana com objetivos claros de análises das regiões de amontoamento, de confusão e perigo urbano, trabalhando o controle de circulação das coisas ou dos elementos como a água e o ar, a organização das distribuições e seqüências, o esquadriñamento da cidade, a regulamentação de algumas construções como, por exemplo, das caves. Nesse sentido a medicina urbana desse período tinha estabelecido o fio diretor do que uma verdadeira organização de saúde da cidade deveria realizar" (Foucault, 1979: pag. 91).

Ainda nessa época em nome da higiene controlava-se a alocação de uns e de outros e os médicos eram as pessoas que estavam entre os mais sensibilizados e preocupados pelos problemas do ambiente, levando problemas e formulando situações para a organização e estruturação dos espaços. Eles formulavam quatro problemas fundamentais para a organização dos espaços de acordo com Foucault (1979): o problema da localização (climas, regionais, natureza dos solos, estudavam os determinantes sazonais que poderiam favorecer determinado tipo de doença); o das coexistências (dos homens entre si

e dos homens entre as coisas, por exemplo, a questão da água, do esgoto, do ar, dos homens entre os animais e dos homens entre os mortos; o das moradias - habitat e urbanismo) e o dos deslocamentos (migração dos homens e propagação de doenças).

Assim são desenhados em diferentes períodos, contextos e movimentos da sociedade, diferentes discursos e ações para cada um desses campos, a arquitetura e urbanismo e a saúde, mais ou menos conectados.

A compreensão dessas relações que acontecem há muito tempo entre arquitetura, urbanismo, medicina e saúde somadas as percepções e as escutas que tive nas aproximações ao entrar no campo da saúde para planejar, projetar e alterar os espaços arquitetônicos provocaram-me a iniciar uma investigação sobre o tema da arquitetura na saúde e, observar no cotidiano de trabalho junto às equipes de saúde os efeitos produzidos nesse encontro de saberes.

Percebo que muitas “queixas” recorrentes nas falas dos gestores e dos trabalhadores da saúde quando demandam uma intervenção arquitetônica, na maioria das vezes referem à inadequação do espaço, queixando-se que a sua unidade de saúde está cheia de “puxadinhos”, que o projeto não foi discutido com a equipe e por isso muitas vezes um espaço que acabara de ser reformado não atende as necessidades do serviço, que o problema do seu hospital, da sua sala de emergência super lotada ou da sua enfermaria inadequada é a falta de espaço, ou melhor, a inadequação do espaço físico para uma determinada demanda.

É comum também na fala dos arquitetos "especialistas" em arquitetura para a saúde, em especial a hospitalar, que os edifícios para a saúde são construções complexas, pois estão em constante transformação devido ao desenvolvimento tecnológico e científico na busca da cura das doenças e por abrigarem atividades que lidam com a vida e a morte das pessoas, a dor, o sofrimento, as incertezas, a cura, a doença e o nascimento.

As falas que escutei e situações que experimentei junto às equipes no cotidiano de trabalho nos serviços de saúde me provocaram a buscar maior aproximação do campo da Saúde Coletiva. Tendo a pretensão de compreender

um pouco melhor, a partir do meu lugar de arquiteta que atua no campo da saúde, como tem acontecido e de que modo, os contextos e formulações das políticas públicas de saúde, as diferentes propostas para os modelos de atenção e gestão das organizações e do sistema, a própria constituição do Sistema Único de Saúde e as diferentes compreensões sobre o processo saúde-doença podem interagir, aproximar e se relacionar com a produção do espaço físico nesses lugares.

Essa aproximação instigou-me a problematizar algumas certezas que são transmitidas a nós arquitetos referentes às necessidades físicas e funcionais para os estabelecimentos de assistência à saúde. Por exemplo, nas propostas de compartimentação do espaço físico, indicadas como necessárias, e que podem estar expressando uma fragmentação do processo de trabalho e uma determinada compreensão do processo saúde e doença com foco num modelo higienista e tecnicista ou, outro exemplo, a necessidade de flexibilidade e expansibilidade do espaço com ênfase apenas para o desenvolvimento tecnológico, no sentido da tecnologia das máquinas, dos equipamentos.

A experiência nos serviços possibilitou-me experimentar novos modos de produção do espaço físico junto às equipes de saúde, apostando que ao intervir nos espaços físicos, não estamos apenas reformando ou ampliando áreas, mas transformando e criando novas situações de convivência e trabalho e que diversos são os vetores que agem para a criação dessas situações.

Dessa forma, apresenta-se como objetivo geral desse trabalho fazer uma discussão da intercessão arquitetura e saúde trazendo alguns movimentos e discursos da arquitetura e da saúde, assim como a própria temática da normatização com o objetivo de funcionarem como pano de fundo e subsídio para a problematização sobre a relação entre os modos de produzir e ocupar o espaço físico e os modos de produzir saúde.

O termo intercessão utilizado nesse trabalho é fundamentado na definição dada por Deleuze (1992) como a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do

atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político, etc.) sobre outro. Para o autor, a relação de intercessão é uma relação de perturbação, e não de troca de conteúdos, onde o outro provoca o que eu não sei.

A partir desse campo de discussão apontado foram delineados alguns objetivos específicos para a pesquisa:

1. Fazer uma revisão literária sucinta de movimentos representativos da teoria da arquitetura e urbanismo que incluam o tema da saúde e da arquitetura na saúde no Brasil contemplando diferentes enunciados e autores.
2. Fazer um levantamento documental das normas do Ministério da Saúde que regulamentam os estabelecimentos de assistência à saúde e contextualizar esta produção normativa no momento político e sanitário brasileiro (i) Anos 70 – portaria 400/77, (ii) anos 80 discussão da portaria e transição, (iii) anos 90 – portaria 1884/94 e (iv) ano 2002 resolução RDC 50.
3. Descrever e discutir um modo de intervenção e produção do espaço físico na saúde proposto no âmbito de uma política pública de saúde: conceito de “ambiência” na Política Nacional de Humanização (PNH).

A proposta deste estudo é, portanto, trabalhar no **Capítulo 1**: (i) a revisão literária de forma breve, mas que subsidie o debate trazido para a saúde sobre o tema da arquitetura, com diferentes discursos e olhares para os modos de produção do espaço e (ii) a revisão da especificidade da arquitetura na saúde no Brasil, trazendo autores que discutem o tema, com seus diferentes enunciados e propostas para o processo de projetar espaços físicos para a saúde.

No **Capítulo 2** será tratada a temática da normatização para os estabelecimentos assistenciais à saúde, à qual todo estabelecimento está subordinado para a aprovação dos seus projetos e regulação para funcionamento.

O **Capítulo 3** destacará a discussão do espaço físico numa política pública de saúde específica, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, com uma nova proposta de conceito para "ambiência" e modo de produção do espaço.

Para isso, será feita uma revisão de ações anteriores referentes à humanização, onde de alguma maneira são incluídas questões relacionadas ao espaço físico e à própria constituição da Política Nacional de Humanização no âmbito do SUS, agora não mais como programa, e sim como uma política transversal com princípios, diretrizes e dispositivos.

O **Capítulo 4** será de discussão de um método proposto para co-produção do espaço físico na saúde e suas variações.

No **Capítulo 5** serão trabalhadas as considerações finais com indicações de possíveis desvios a serem trabalhados nos estudos posteriores.

O caminho que venho percorrendo tanto na investigação teórica, trazendo as questões relacionadas aos movimentos de arquitetura, normas e compreensões da saúde, quanto nas experimentações no cotidiano dos serviços de saúde que em determinados momentos se confundem com a minha participação no processo de disseminação e implementação das propostas trazidas pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde referentes às ambiências das instituições de saúde me provocam inquietações que potencializam a criação de alguns entendimentos para a produção dos espaços físicos na saúde.

A vivência cotidiana como consultora da Política de Humanização junto aos serviços de saúde levam a uma escolha metodológica para este trabalho que é contar em forma de "cenas" algumas situações baseadas em memórias das vivências e experimentações, as quais são utilizadas como material para as análises.

As cenas são inspiradas na vivência cotidiana e contam acontecimentos e/ou situações singulares, porém são expressões de um coletivo, de um "comum", sendo uma situação a ser destacada e usada para análise e discussão e não como um estudo de caso ou método único que deva ser seguido.



CAPÍTULO 1

Arquitetura: destacando alguns discursos e movimentos

Arquitetura e Saúde no Brasil

Arquitetura: destacando alguns discursos e movimentos

“Em tempos antigos, toda a comunidade participava na construção das moradias e na fabricação dos implementos utilizados. O indivíduo estava em fecundo contato com essas coisas; as casas anônimas eram construídas com um sentimento natural em relação ao lugar, aos materiais e ao uso, e o resultado era uma edificação agradável à vista e perfeitamente adequada. Hoje, em nossa sociedade altamente civilizada, as casas que as pessoas comuns estão condenadas a contemplar e a habitar são, como um todo, desprovidas de qualidade. Não podemos, entretanto, retornar ao velho método artesanal supervisionado pessoalmente. Devemos esforçar-nos por avançar despertando interesse na obra que o arquiteto realiza e propiciando a compreensão dela. A base do profissionalismo competente é um grupo perspicaz e inteligente de amadores, amantes não profissionais da arte. O tema deste volume é perceber as coisas que nos cercam” (Rasmussen, 1986).

O trecho apresentado acima, extraído da epígrafe do livro “Arquitetura Vivenciada” (Rasmussen, 1986), traz interessantes enunciados do campo da arquitetura, entre os quais destacam-se: (i) a preocupação com o modo de participação dos sujeitos no processo de produção do espaço usado por eles quando ele se refere a casa construída artesanalmente; (ii) a adequação dos espaços às necessidades dos usuários que os habitarão e a problemática da elaboração de espaços que sejam mais de contemplação que de convivência. Paradoxalmente, o texto aponta também para uma compreensão do espaço físico como coisa, “coisas que nos cercam”, separado das pessoas que o vivenciam, fortalecendo assim a concepção da arquitetura produzida da melhor maneira possível, cuja finalização atenda prontamente as necessidades dos seus usuários.

A história da arquitetura e urbanismo nos remete a diferentes movimentos, discursos e formalizações, desde as construções arquitetônicas da Grécia antiga, com seus templos e concepção de cidades democráticas até as diferentes edificações e planejamento das cidades da contemporaneidade.

A arte de construir durante séculos respondia a determinadas necessidades como: manifestar o poder do soberano com as construções dos castelos, a divindade com os templos, a força na construção das fortalezas, desse modo a arquitetura se desenvolveu durante muito tempo em torno dessas exigências: manifestar os soberanos, a força e Deus ou os deuses. Para Foucault (1979) foi no final do século XVIII que novos problemas aparecem e a arquitetura, ou melhor, a organização do espaço passa a ser utilizada de outra forma, para alcançar também objetivos econômicos e políticos em outro modo de se expressar.

O mesmo autor quando é questionado sobre a sua obsessão pela metaforização espacial, diz crer ter descoberto através dela o que no fundo procurava: as relações que podem existir entre poder e saber, especialmente quando mostra como um determinado saber psiquiátrico exigia a reclusão, como o saber disciplinar trazia consigo o modelo da prisão, a medicina de Bichat o espaço do hospital e a economia política de um determinado período a estrutura da fábrica.

"Desde o momento em que se pode analisar o saber em termos de região, de domínio, de implantação, de deslocamento, de transferência, pode-se apreender o processo pelo qual o saber funciona como um poder e reproduz os seus efeitos." (Foucault, 1979, p. 158)

Michel Foucault afirma ainda que tentar decifrar as transformações do discurso através de metáforas espaciais e estratégicas permite perceber exatamente os pontos pelos quais os discursos se transformam em, através de e a partir das relações de poder (Foucault, 1979).

Para tratar o problema apresentado neste trabalho que é o da intercessão entre arquitetura e saúde para a produção do espaço físico das instituições de saúde nos dias de hoje é usado um agenciamento¹ de saberes oriundos de diferentes campos, entre eles: a arquitetura, o urbanismo, a saúde, compreendendo que cada um possui as especificidades dos seus núcleos e que é na intercessão desses saberes que são produzidos os efeitos que nos interessam destacar.

Deste modo, para fins didáticos e de produção de conhecimento, devido ao fato deste trabalho estar sendo desenvolvido no campo da Saúde Coletiva e tendo como um dos objetivos a discussão de como os espaços da saúde vem sendo produzidos, antes mesmo de problematizar-se que relações existem entre as configurações desses espaços e os processos de trabalho que neles acontecem e em quais modelos se inserem, é interessante mostrar que no campo da arquitetura e urbanismo especificamente acontecem movimentos que exercem influência sobre o modo como os arquitetos e urbanistas são formados e trabalham atualmente, de modo mais ou menos prescritivo ou democrático.

Um movimento representativo da arquitetura e urbanismo que interessa destacar como contribuição para o pano de fundo deste trabalho é o Movimento Moderno do início do século XX, com seus conteúdos conceituais fundamentados na forma – função, em algumas falas como a da “casa como máquina de morar” e o hospital como máquina de curar. Movimento que influenciou a criação de importantes escolas de arquitetura no mundo e a formação de arquitetos como Le Corbusier, Mis Van der Rohe, Frank Loyd Wright e no Brasil, entre eles, Lúcio Costa, Paulo Mendes da Rocha e Oscar Niemeyer.

O documento marco desse movimento foi a Carta de Atenas, resultante do IV Congresso Internacional de Arquitetura Moderna, realizado na cidade de Atenas no ano de 1933. Seus preceitos que tratavam da chamada “Cidade

¹ Sobre agenciamento: Força capaz de articular um fenômeno ou um processo. Implica territórios e desterritorialização. Significa lidar com um sistema vivo/instável com imensa capacidade de circulação e mobilidade.
(<http://www.agenciamento.art.br/glossario.html#agenciamento>)

Funcional” influenciaram o desenvolvimento e a reconstrução das cidades européias após a 2ª Guerra Mundial, o que incluiu a própria concepção arquitetônica, plástica e formal dos edifícios que seriam implantados nessas cidades (Corbusier, 1993).

Nos princípios da Carta de Atenas foram apontadas situações e indicadas orientações e condutas para um planejamento urbano ideal, considerando que a cidade é parte de um conjunto econômico, social e político que constitui a região, justapostos aos valores de ordem psicológica e fisiológica dos seres humanos, eles introduziram no debate preocupações de ordem individual e de ordem coletiva.

O conteúdo do documento aponta que as chaves do urbanismo estão nas quatro funções: habitar, trabalhar, recrear-se (nas horas livres cultivar o corpo e o espírito) e circular, apostando que ao se organizar essas quatro funções chaves, estariam promovendo a organização da sociedade contemporânea. O modelo proposto na Carta de Atenas, de caráter regulatório, propõe diretrizes e metas para o uso, controle de expansão, áreas verdes, densidades de ocupação, zoneamentos, entre outros.

Segundo Kanashiro (2004), ideologicamente, o Estilo Internacional difundido pelo Urbanismo Moderno estava atrelado às questões do homem-tipo (biologicamente idêntico independentemente de seus valores sociais e culturais) e, conseqüentemente, à habitação como uma “máquina de morar”. Admitindo um modelo de homem universal, reduz-se a vida urbana àquelas quatro funções básicas e ignoram-se as condições específicas do local, tanto em termos físico-ambientais quanto socioculturais. Surgem concepções de cidades baseadas em princípios formais e funcionais, com tendência a uma maior homogeneização dos espaços urbanos.

Nesse contexto a inclusão de princípios da saúde pública no documento de planejamento urbano é fundamentado no higienismo, característico do período como se pode verificar nos trechos abaixo transcritos da Carta de Atenas:

[...] As leis de higiene universalmente reconhecidas fazem uma grave acusação contra as condições sanitárias das cidades. Não basta, porém, formular um diagnóstico e nem sequer encontrar uma solução; é preciso, ainda, que ela seja imposta pelas autoridades responsáveis. Bairros inteiros deveriam ser condenados em nome da saúde pública.

Alguns frutos de uma especulação prematura, só merecem a picareta; outros, em função das memórias históricas ou dos elementos de valor artístico que contêm, deverão ser parcialmente respeitados; há modos de preservar o que merece ser preservado, destruindo implacavelmente aquilo que constitui um perigo. Não basta sanear a moradia, mas é preciso, ainda, criar e administrar seus prolongamentos exteriores, locais de educação física e espaços diversos para esporte, inserindo, antecipadamente, no plano geral, as áreas que lhes serão reservadas (Corbusier, 1993).

No que se refere ao projeto de edifícios, incluindo-se aqui os hospitalares, os preceitos modernistas prevêm a elaboração dos programas físicos funcionais com princípios de “planta livre”, ou seja, com ampla flexibilidade e adaptabilidade, de modo que, pelo menos em teoria, sejam cumpridas as exigências de funcionalidade e de implantação adequadas no terreno integrado ao entorno (Goulart, 1997).

Anos se passaram da elaboração da doutrinante Carta de Atenas, e em 1998 novamente os países se reuniram em Lisboa para a formulação da chamada Nova Carta de Atenas, que é resultante de uma série de discussões nos anos anteriores sobre o tema do urbanismo contemporâneo.

Os ideários para a Nova Carta de Atenas apontam para o desenvolvimento de cidades sustentáveis, com maior participação da comunidade no processo de discussão e decisão das suas necessidades. Sendo quatro os novos pontos-chaves desenvolvidos: promover a competitividade econômica e emprego; favorecer a coesão social e econômica; melhorar o transporte; e promover o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida (Lisboa, 1998).

Algumas recomendações finais foram delineadas no documento referentes à: demografia e habitação; questões sociais; cultura e educação; sociedade informatizada; meio ambiente; economia; movimento, escolha e diversidade; segurança e saúde.

A saúde e a segurança aparecem juntas entre as recomendações, como se pode observar no trecho transcrito abaixo do documento, sendo que as recomendações estão relacionadas aos desastres naturais, intervenções militares, conflitos sociais e que de acordo com a Nova Carta acarretam a privação e constante desumanização nas cidades. Apostando que a promoção de uma “cidade saudável” pode ser alcançada elevando a habitabilidade e melhorando as questões ambientais.

Salud y Seguridad

La concentración de gente y de actividades en la ciudad confieren una importancia especial a las cuestiones de salud y seguridad. Estas están vinculadas a tres factores: el riesgo de acciones militares, las catástrofes naturales y la amenaza que suponen los conflictos sociales, las reyertas y el crimen. La pobreza e insalubridad son a menudo producto de la espiral de privación y de deshumanización que sufren ciertos barrios de muchas ciudades de Europa.

Debe cultivarse y fomentarse el concepto de áreas urbanas como zonas libres de conflictos, resultantes de los acuerdos y tratados internacionales. Deben incorporarse medidas de protección contra las catástrofes naturales a todos los niveles de planificación y gestión urbanística.

El urbanismo debe fomentar medidas para paliar las causas que llevan al desorden público y al crimen.

También debe tratar de restablecer el sentido de comunidad y del bienestar social, para aumentar el nivel de seguridad personal en la ciudad.

El urbanismo debe fomentar y promover el establecimiento de “Ciudades Saludables” siguiendo las pautas que establece la Organización Mundial para la Salud. Puede lograrlo de modo directo elevando la calidad de la vivienda y mejorando la situación del medio ambiente. E indirectamente, reduciendo los niveles de contaminación y conservando los escasos recursos que nos quedan (Nueva Carta de Atenas, 1998, p. 19.).

Retornando às décadas de 50 e 60, em especial na França, ocorreu outro movimento por parte de alguns filósofos, artistas e arquitetos, entre outros, com forte interesse pelas questões urbanas que foi o Movimento da Internacional Situacionista em contraposição ao Movimento Moderno. Enquanto os modernistas acreditavam, ao menos em um determinado momento, que poderiam mudar a sociedade por meio da arquitetura e do urbanismo, os situacionistas estavam convictos de que a sociedade é que deve transformar a arquitetura, o urbanismo e a cidade (Jacques, 2003).

O Movimento Situacionista, que teve uma atuação com ênfase na produção teórica, teceu críticas severas ao monopólio dos urbanistas e planejadores em geral, posicionando-se sempre a favor do modo de produção coletiva dos espaços das cidades. O movimento não propôs modelos de cidades ou espaço urbano situacionista e sim formas de se construir, vivenciar e experimentar as cidades, acreditando que quando os habitantes passassem de simples espectadores a construtores, transformadores e “vivenciadores” dos seus espaços, diminuir-se-ia a espetacularização urbana, (Jacques, 2003) os espaços de contemplação e o grau de alienação e passividade dos sujeitos nas cidades.

O pensamento urbano situacionista esteve fortemente fundamentado na idéia de construção de situações, definindo que uma situação construída seria então “um momento de vida, concreta e deliberadamente construído pela organização coletiva de uma ambiência unitária e de um jogo de acontecimentos” (Debord, apud Jacques 2003).

Destacar esses dois momentos de reflexão e produção teórica sobre a arquitetura e em especial do planejamento urbano é um modo de trazer para o trabalho partes do contexto em que se inserem as discussões e os movimentos no campo da arquitetura e urbanismo, pressupondo que essas diferentes concepções e discursos, com diferentes formas de fazer tendem a influenciar as propostas das edificações destinadas à saúde que são criadas pelos arquitetos atualmente, somadas às discussões, tendências e especificidades do campo da saúde gerando situações de interferência entre os campos.

Arquitetura e Saúde no Brasil

Discursos e autores

O arquiteto Luiz Carlos Toledo no livro intitulado “Feitos para Curar” (2006), fala do processo projetual da arquitetura hospitalar no Brasil, trazendo uma revisão literária sobre o tema, suas compreensões, análises, críticas, e destaca entrevistas que fez com arquitetos reconhecidos como ícones da arquitetura hospitalar brasileira, como não poderia deixar de ser, tem uma conversa com o arquiteto Oscar Niemeyer.

Durante a conversa, Niemeyer declara que não tem muito a falar sobre o tema da arquitetura hospitalar, pois em sua opinião esse é um tema para *especialistas* e pergunta ao entrevistador o porquê de todo esse interesse pela arquitetura hospitalar (Toledo, 2006).

A opinião de Niemeyer remete à problematização sobre a ampla discussão dos "especialismos" e dos "especialistas", na qual não se pretende entrar agora por exigir uma investigação mais criteriosa e detalhada, porém não posso deixar de apontar sua existência e importância para o tema aqui discutido e que deverá ser foco de estudos futuros.

Outro estudo recente sobre o tema da arquitetura na saúde foi desenvolvido por Sampaio (2005) na tese de doutorado, apresentada a Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, onde a autora faz uma

investigação teórica sobre a produção da arquitetura hospitalar no Brasil, trazendo sua compreensão, análises e preocupações com ênfase à interface da arquitetura na saúde pautadas no conforto ambiental, na sustentabilidade, na segurança, na tecnologia, na produtividade e na qualidade dos ambientes, como se pode observar no trecho abaixo citado:

“O projeto de um ambiente hospitalar, mais do que qualquer outro tipo de projeto, deve ser desenvolvido considerando-se: o clima onde ele está construído, a insolação, a tipografia local, as condições ambientais e paisagísticas, o programa com toda sua complexidade e diversas especialidades; a sua flexibilidade e expansibilidade, a segurança, a eficiência no desenvolvimento das atividades; adaptabilidade às novas descobertas e tecnologias² e a satisfação e bem estar de seus usuários” (Sampaio, 2005)

Para Sampaio, os ambientes hospitalares, por estar diretamente ligados à saúde do homem, requerem mais do que qualquer outro ambiente de conforto e de qualidade. Conforto e qualidade em se tratando de ambiente hospitalar, de acordo com a autora é a satisfação das necessidades tecnológicas da medicina, ou seja, ter espaços flexíveis que possam acomodar sofisticados equipamentos, constantemente redesenhados, satisfação dos pacientes, permitindo tranqüilidade, bem-estar, confiança e condições de uma pronta recuperação, satisfação da equipe de profissionais, com locais de trabalho que propiciem um atendimento de qualidade, um maior rendimento e mais produtividade, segurança e o mais importante, que o profissional desempenhe melhor a sua função e satisfação dos administradores, sendo uma construção econômica, de fácil manutenção e operação.

² A definição apresentada pelo dicionário de língua portuguesa para o termo tecnologia refere a um conjunto de conhecimentos, processos especiais que se aplicam a um determinado ramo de atividade, arte ou indústria. (Michaelis, 2007). Porém, observa-se neste caso que o termo "tecnologia" está mais associado ao desenvolvimento e incorporação de novas máquinas, novos instrumentos e equipamentos.

A produção acadêmica sobre o espaço físico na saúde, em especial no Brasil, ainda é modesta, no entanto já traz diferentes discursos, olhares e propostas dos autores no tema arquitetura e saúde. A discussão que é trazida pelo arquiteto Lauro Carlos Miquelin, por exemplo, tem forte componente histórico com um pensamento evolucionista que trata da evolução das morfologias, ou configuração formal dos edifícios para a saúde, em especial os hospitalares de acordo com o período em que está inserido.

Miquelin,(1992) no livro “Anatomia dos Edifícios Hospitalares”, apresenta inicialmente um histórico do desenvolvimento das anatomias (morfologia) dos edifícios de saúde, da arquitetura templária da Antiguidade clássica aos monoblocos verticais do início do século XX, relacionando como se configuravam as diferentes tipologias da edificação hospitalar em cada período e contextos político, econômico e social por ele descritos.

Atualmente, um foco de discussão no âmbito da arquitetura na saúde no Brasil fundamenta-se nos princípios da Economia da Saúde, voltada especialmente para a qualidade da edificação hospitalar e a necessidade de se planejar edifícios que favoreçam a eficiência na atenção e otimização de recursos. Uma forma de abordagem que em muito se aproxima dos princípios da qualidade total para a administração e gestão e da medicina baseada em evidências.

Guelli (2005) apresenta um estudo que situa os edifícios da saúde na discussão da Economia da Saúde e relata que uma variável que se relaciona com a eficiência da recuperação do paciente, influenciando inclusive nos custos hospitalares, é sua percepção e da equipe sobre o espaço construído onde ocorre o cuidado.

De acordo com Guelli, a disciplina que estuda a influência do espaço físico na recuperação dos pacientes é chamada de Evidence Based Design. Os estudos testam a maneira como o entorno do paciente interfere no cuidado médico, na doença e os atributos do espaço são realizados com base na técnica da medicina baseada em evidência, buscando a comprovação científica da

efetividade ou mesmo da eficiência das intervenções através de ensaios randomizados, revisões sistemáticas da literatura e metanálises.

Outro debate que tem se apresentado a partir das décadas de 1980 e 90 é o da concepção e constituição dos planos diretores físicos para as edificações da saúde como uma "ferramenta" de organização espacial, na busca principalmente da flexibilização e modernização dessas edificações, sendo entendido por alguns autores como o elo entre o planejamento estratégico e a arquitetura do empreendimento (Mendes, 2008).

A discussão sobre conceitos e métodos para a elaboração dos planos diretores físicos tem se estendido no campo da arquitetura em saúde e não é objetivo deste trabalho ir além de apontá-la como uma das correntes de pensamento do campo. Mas interessa chamar a atenção para o modo como esses planos diretores são discutidos, desenvolvidos e articulados com o processo de planejamento organizacional, em uma situação onde são escolhidos como a ferramenta para organização e planejamento do espaço físico. Uma vez que a própria discussão sobre o planejamento estratégico na saúde é complexa, tendo diferentes propostas teórico-metodológicas (Onocko, 2000) e a discussão dessas interfaces não pode ser simplificada, o que impulsiona maiores investigações sobre o tema.

Antonio Pedro de Carvalho tem uma produção acadêmica que apresenta avanços para o debate, no texto "As Dimensões da Arquitetura de Estabelecimentos de Assistenciais de Saúde (EAS)" define que a complexidade é a característica marcante da arquitetura de EAS e que, na prática, intervêm características geográficas e de planejamento de saúde, de programação arquitetônica, além do conhecimento das tendências das filosofias de cuidados de saúde, diretriz econômica, histórica, epidemiológica e estruturação do sistema para a definição de EAS (Carvalho, 2002)

Nesse mesmo texto, Carvalho (2002) propõe uma ampliação do olhar para outros determinantes que compõem a complexidade de uma edificação da saúde para além da simples relação espaço – atividade, e afirma que o papel do

arquiteto no projeto arquitetônico de um EAS será o de idealizador do espaço, devendo dominar e participar de todas as fases do planejamento do edifício de modo a prescrever a solução mais adequada para cada caso.

O autor agrega outras dimensões importantes para a produção do espaço físico na saúde para além da restrição à observância do instrumento normativo e da concepção tecnicista. Sua produção permite ainda a abertura para um questionamento que tensiona tanto o campo da arquitetura quanto da saúde: será que a melhor maneira de se produzir esses espaços é o arquiteto dominar e participar de todas as fases do planejamento, prescrevendo a solução mais adequada? Ou será mais potente a utilização de um método que possibilite a ampliação da participação dos trabalhadores e usuários no processo de produção do espaço?

A intenção em trazer, ainda que de forma sucinta nesse momento, alguns desses pensamentos, modos de compreender e tratar a produção do espaço físico na saúde no Brasil é também para possibilitar que se apontem as aproximações desses pensamentos e compreensões da arquitetura na saúde aos temas específicos do campo da saúde.

Retornando as observações feitas por Rasmussen (1986) ao definir que durante séculos, a arquitetura, a pintura e a escultura têm sido denominadas as Belas-Artes, ou seja, as artes que estão envolvidas com o "belo" e agradam aos olhos, tal como a música agrada ao ouvido.

O arquiteto ainda de acordo com o autor trabalha com forma e volume, à semelhança do escultor, e, tal como o pintor, trabalha com cor. Mas é uma arte também funcional, que cria espaços para que possamos residir, trabalhar, nos divertir, conviver, nos relacionar. E como uma arte, não é produzida apenas pela adição de planos e seções, é algo diferente, é algo mais que é impossível explicar precisamente, pois a arte não é explicada e sim sentida.

Até o momento foram destacados discursos, pensamentos e modos de fazer tratados por alguns autores da arquitetura que atuam, intervêm e se relacionam no campo da saúde. Entre outros entendimentos desta breve revisão

julgo pertinente destacar que os modos de compreender e tratar a produção do espaço físico da saúde nos possibilita dar visibilidade à conexão desses pensamentos a própria compreensão do processo saúde-doença e aos modos de administração e gestão de que mais se aproximam. Uma constatação que parece ser de caráter universal, mas que tem especial interesse para refletirmos sobre os avanços e desafios do Sistema Único de Saúde.

Há ainda outro componente que influencia diretamente na produção do espaço físico na saúde, o normativo, que será discutido no capítulo seguinte apontando questões referentes aos "riscos" e limites aos quais os sujeitos estão submetidos pelo simples *cumprimento alienado* da normatização ou priorizando-se a técnica dura em detrimento do espaço enquanto território no qual se vive e convive.

CAPÍTULO 2

O que dizem as normas: arquitetura e o SUS
Uma descrição sobre o processo de constituição das normas
que regulamentam os estabelecimentos de assistência a
saúde no Brasil

O que dizem as normas: arquitetura e o SUS

Alguns discursos de profissionais de arquitetura que atuam no campo da saúde referem-se às normas que atualmente regulamentam os estabelecimentos de assistência à saúde como regras rígidas, engessadas e o fato do seu cumprimento ser compulsório e obrigatório por força de lei torna-se uma tarefa difícil em determinados momentos, especialmente por haver um descompasso entre a elaboração dessas normas, os avanços tecnológicos e as transformações nos modos de se produzir saúde e nos processos de trabalho em saúde.

As normas referidas nessa discussão são as Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que regulamentam a estrutura física dos Estabelecimentos de Assistência a Saúde que tem um processo de construção, o qual será descrito posteriormente. No entanto, para debater os sentidos de se ter uma normatização e de como lidar com elas desviando dos riscos de somente criticar a sua existência é interessante recuperar mesmo que de forma sucinta a discussão de como surgiu a necessidade de normalização e da criação das normas.

Em meados do século XVIII, na França, institui-se a normalização da produção dos canhões e dos fuzis, a fim de assegurar a utilização de qualquer fuzil por qualquer soldado e a reparação de qualquer canhão em qualquer oficina. Depois dessa normalização dos canhões, normalizaram-se os professores, que eram formados nas chamadas escolas normais, onde todos recebiam o mesmo tipo de formação e, por conseguinte a mesma qualidade do ensino seria repassada aos alunos. "Já na Alemanha nesse período normalizava a prática e o saber médico" (Foucault, 1979, pag. 83).

Ainda na França do século XVIII as caves eram os únicos locais da habitação privada a serem normatizados, regulamentados e inspecionados quanto ao uso e quanto às galerias que poderiam ser construídas, sendo colocado nesse momento o problema da propriedade do subsolo, pois a partir do momento em que

se aprendeu a construir as minas houve a necessidade de saber a quem elas pertenciam.

Uma norma de acordo com Canguilhem (2007) se propõe como modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença, nesse sentido, uma norma é uma possibilidade de referência e de regulação quando instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como um instrumento para substituir um estado de coisas insatisfatório por outro satisfatório.

O mesmo autor traz a definição de norma como uma palavra latina que vem de *normalis* e significa perpendicular. Uma norma, uma regra por tanto é aquilo que serve para retificar, por de pé, endireitar. "Normar, normalizar é impor uma exigência a uma existência, a um dado, a uma variedade e disparidade que se apresentam" (Canguilhem, 2007, p. 201).

Ainda de acordo com Canguilhem (2007) a normalização no caso da normalização técnica para produção de objetos é considerada como uma solução para evitar a confusão dos esforços, a singularidade das proporções, a dificuldade e a demora da substituição de peças, sendo que a uniformização dos desenhos de peças e das tabelas de dimensões, a imposição de padrões e modelos tem como conseqüência, a precisão das peças separadas e a regularidade da montagem.

E no que se refere à saúde das populações o autor diz que a definição de normas higiênicas supõe o interesse que se dá, do ponto de vista político, à saúde das populações consideradas estatisticamente, à salubridade das condições de vida, à extensão uniforme dos tratamentos preventivos e curativos elaborados pela medicina (Canguilhem, 2007), afirmando que:

[...] Normal é o termo pelo qual o século XIX vai se designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica. A reforma da medicina como teoria se baseia na reforma da medicina como prática e está intimamente ligada, especialmente na França e na Áustria com a reforma hospitalar. E assim, pode-se dizer

que tanto a reforma hospitalar como a pedagógica exprimem exigência de racionalização que se manifesta na política, na economia, sob influência de um maniqueísmo industrial nascente que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, de normalização (Canguilhem, 2007, p. 199).

Nesse sentido pode-se ter uma compreensão de que uma norma é constituída num processo com objetivos de padronização, de uniformização, de racionalização, de controle de qualidade, de gestão de riscos, de antecipação das possibilidades para a constituição das coisas, por exemplo, quando dita dimensões ou unificação dos modos de se executar um determinado objeto ou espaço. E existe um contexto no qual ela se insere e é constituída que é econômico político e social.

Uma descrição sobre o processo de constituição das normas que regulamentam os estabelecimentos de assistência a saúde no Brasil.

Em 31 de dezembro de 1975 foi publicado pelo Ministério da Saúde o Decreto nº 76.973, que foi resultado de um grupo de trabalho para revisar, organizar e reformular todas as publicações referentes às construções hospitalares.

O referido decreto instituiu normas e padrões para:

- 1- definição dos conceitos das edificações;
- 2- localização adequada;
- 3- áreas de circulação, externas e internas;
- 4- área total construída;
- 5- acomodação dos pacientes;

- 6- locais para o adequado atendimento clínico, cirúrgico e de recuperação dos pacientes;
- 7- instalações sanitárias, elétricas, mecânicas e hidráulicas;
- 8- instalações para atendimento de pacientes;
- 9- áreas destinadas à alimentação e ao lazer dos pacientes;
- 10- serviços gerais especializados;
- 11- detalhes sobre os tipos de materiais de construção;
- 12- sistemas de segurança contra acidentes e de emergência;
- 13- instalações para o destino adequado final dos dejetos;
- 14- pormenores, atendidas as peculiaridades, necessidades locais e condições específicas em cada caso.

Em seu artigo 4º, o decreto definia também que as instituições financeiras oficiais somente concederiam créditos para a construção, ampliação ou reforma de Unidades de Saúde, assim como para a aquisição de equipamentos, quando os respectivos projetos estivessem previamente aprovados pelo Ministério da Saúde. E ainda que a inobservância do disposto no referido Decreto e nas normas e padrões a serem baixados pelo Ministério da Saúde configuraria infração de natureza sanitária a ser apurada e punida na forma do Decreto-Lei nº 785, de 25 de agosto de 1969.

Para efeitos do referido decreto entendeu-se como serviços ou unidades de saúde os hospitais, os postos ou casas de saúde, consultórios, clínicas em geral, unidades médico-sanitárias, outros estabelecimentos afins ou locais onde se exerçam atividades de diagnóstico e tratamento, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em 06 de dezembro de 1977 baseada nessas disposições anteriores, foi aprovada e publicada a Portaria nº 400 que estabelece as normas e padrões sobre construções e instalações de serviços de saúde a serem observados em todo o território nacional.

A Portaria nº 400/ 1977

A portaria 400 tinha como título " Normas para Instalações de Hospitais Gerais até 150 leitos. Trabalhava como tipologias pré-definidas, com uma lista de ambientes que cada tipologia deveria conter. As três tipologias de edificação hospitalar normatizada pela portaria foram as construções hospitalares, os postos de saúde e as unidades mistas com atendimento de emergência.

Por se tratar de uma norma, cujo cumprimento era obrigatório e compulsório, todas as construções financiadas pelo Ministério da Saúde nesse período estavam subordinadas a essas tipologias e aos seus respectivos programas de ambientes.

A portaria esteve vigente durante os anos 70 e 80, sendo produzida e publicada no contexto do Governo Geisel, um período considerado de autoritarismo, com políticas públicas que privilegiavam o setor privado, mediante compra de serviço. Nesse período também foram implantados no ano de 1976 o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e o "regime de Vigilância Sanitária (Paim, 2003)

A Portaria nº 1884/ 1994

O texto de introdução da portaria 1884/1994 fala sobre o caráter restritivo que a portaria anterior, a 400, apresentava e da necessidade da sua revisão e substituição devido aos novos rumos tomados na saúde pública brasileira após o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a constituição do

Sistema Único de Saúde, em especial para atender os critérios epidemiológicos, ambientais, culturais e geográficos, substitui modelos rígidos por tipologias adotados na portaria 400, passando a trabalhar com a composição de atribuições funcionais na concepção básica do edifício.

O objetivo dessa normalização é obter uma racionalização no uso dos espaços e uniformidade de informações, para que sejam superadas as dificuldades que se apresentam diante de decisões praticamente cotidianas, mas tão específicas como são as reformas, ampliações, construções, localizações de equipamentos, manutenção e em geral a dotação, distribuição e utilização dos recursos físicos, para enfrentar a demanda dos serviços de saúde com critérios de equidade, eficácia e eficiência. As vantagens obtidas na utilização de normas se traduzem diretamente na melhoria da qualidade dos serviços, redução dos custos, facilidade de interpretação e de comunicação no uso de processos e métodos aperfeiçoados. (Barcellos, 1999)

O documento também de caráter normativo e compulsório, passa a ser o instrumento utilizado pelas Secretarias de Estado e Municípios para elaboração e análise de projeto.

A Portaria 1884 foi composta por três partes e propõe uma metodologia para elaboração dos projetos, a primeira descrita como "projetos para estabelecimentos assistenciais de saúde" apresenta as "peças" que deverão compor os projetos (projetos de arquitetura, hidráulica, elétricas, instalações, relatório técnico) e as terminologias que deverão ser utilizadas.

A segunda parte dessa norma tem o título de "programação físico funcional dos estabelecimentos de assistência à saúde", sendo composta por um conjunto de atribuições e atividades que compostas definirão os diversos tipos de estabelecimento. Entendem-se nesse caso as atividades como geradoras ou definidoras dos ambientes.

Dessa forma os projetos elaborados deverão ser norteados pela "listagem" de ambientes que a norma apresenta, as quais se relacionam com as atividades que serão desenvolvidas no estabelecimento, a partir da sua atribuição.

As atribuições apresentadas pela Portaria 1884 são assim descritas:

- 1- Realização de ações básicas de saúde: atenção a saúde incluindo atividades de promoção, prevenção e vigilância à saúde da comunidade.
- 2- Prestação de atendimento eletivo de assistência a saúde em regime ambulatorial: atendimento a pacientes externos, programado e continuado.
- 3- Prestação de atendimento imediato de assistência a saúde:- atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência).
- 4- Prestação de atendimento de assistência a saúde em regime de internação- atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos).
- 5- Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia- atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde (contato direto).
- 6- Prestação de serviços de apoio técnico- atendimento direto a assistência à saúde em funções de apoio.(contato indireto)
- 7- Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa - atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa.

8- Prestação de serviços de apoio a gestão e execução administrativa- atendimento ao estabelecimento em funções administrativas

9- Prestação de serviços de apoio logístico - atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

As cinco primeiras são consideradas as atribuições fim, isto é, constituem funções diretamente ligadas à atenção e assistência à saúde. As quatro últimas são atribuições entendidas como meio para o desenvolvimento das primeiras e de si próprias.

A metodologia apresentada nessa portaria e que direciona a tipologia do estabelecimento, propõe que a partir da definição de quais atribuições terá o estabelecimento, se direcione as atividades correspondentes e os ambientes que serão necessários para se realizar essas atividades. Por exemplo:

Um estabelecimento que realizará a atribuição 1: **Realização de ações básicas de saúde**, deverá contemplar as seguintes atividades:

- 1.1- Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças transmissíveis, visita domiciliar, coleta de material para exame, etc;
- 1.2- Realizar vigilância epidemiológica através de: coleta e análise sistemática de dados, investigação epidemiológica, informação sobre doenças, etc;
- 1.3- Promover ações de educação para a saúde; através de palestras; demonstrações e treinamento “in loco”; campanha, etc.
- 1.4- Orientar as ações em saneamento básico através da instalação e manutenção de melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, dejetos e lixo.

1.5- Realizar vigilância nutricional através das atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e disseminação da informação referente ao estado nutricional, desde a ingestão de alimentos à sua utilização biológica; e

1.6- Realizar vigilância sanitária, através de fiscalização e controle que garantam a qualidade aos produtos, serviços e do meio ambiente.

Descritas as atividades, a norma apresenta uma tabela com os ambientes que deverão estar contemplados no projeto, a fim de se desenvolver as respectivas atividades.

Descrição da lista de ambientes que deverão compor a unidade funcional 1, cuja atribuição é realizar atividades para as ações básicas de saúde:

Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	QUANT. (min.)	DIMENSÃO (min.)	INSTALAÇÕES
1.1	Sala de atendimento individualizado	1	9,0 m ²	HF
1.1, 1.3, 1.4 e 1.5	Sala de demonstração e educação em saúde	1	1,0 m ² por ouvinte	HF
1.1	Sala de imunização	1	9,0 m ²	HF
1.5	Sala de armazenagem e distribuição de alimentos		1,0 m ² por tonelada para empilhamentos com, H.= 2,0 m e com aproveitamento de 70% da m ³ do ambiente.	
1.2, 1.4, 1.5 e 1.6	Sala de relatório		1,0 m ² por funcionário	

Figura 1- UNIDADE FUNCIONAL1: AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

Portaria Anvisa1884/94

AMBIENTES DE APOIO:

- Área para registro de pacientes
- Arquivo médico
- Sala de espera de pacientes e acompanhantes
- Sanitários para público e/ou funcionários
- Copa
- Sala de utilidades
- Depósito de material de limpeza
- Sala administrativa

A Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC 50/ 2002

A RDC 50/2002 é a norma vigente atualmente que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A metodologia para elaboração dos projetos utilizada nessa resolução segue os mesmos parâmetros da portaria 1884, sem definição pré-estabelecida de tipologias, com atualizações de algumas atividades e modificação na junção da atribuição 1 e 2 com relação a portaria anterior numa mesma atribuição (ações básicas de saúde e atendimento ambulatorial).

A RDC redefine como atribuições dos estabelecimentos de assistência a saúde:

1. Prestação de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital Dia
2. Prestação de Atendimento Imediato de Assistência à Saúde

3. Prestação de Atendimento e Assistência a Saúde em Regime de Internação
4. Prestação de Atendimento de Apoio ao Diagnóstico e Terapia
5. Prestação de Serviços de Apoio técnico
6. Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos
7. Prestação de Serviços de Apoio de Gestão e Execução Administrativa
8. Prestação de Serviços de Apoio logístico

A atualização e modificação apresenta a nova forma da atribuição 1 como descrito abaixo:

ATRIBUIÇÃO 1: Prestação de Atendimento Eletivo de Promoção e Assistência à Saúde em Regime Ambulatorial e de Hospital Dia.

Atividades:

- 1.1- Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, visita domiciliar, coleta de material para exame, etc.;
- 1.2- Realizar vigilância epidemiológica através de coleta e análise sistemática de dados, investigação epidemiológica, informação sobre doenças, etc.;
- 1.3- Promover ações de educação para a saúde, através de palestras, demonstrações e treinamento “in loco”, campanha, etc.;
- 1.4- Orientar as ações em saneamento básico através da instalação e manutenção de melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, esgoto e resíduos sólidos;

- 1.5- Realizar vigilância nutricional através das atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e disseminação da informação referente ao estado nutricional, desde a ingestão de alimentos à sua utilização biológica;
- 1.6- Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas;
- 1.7- Proceder à consulta médica, odontológica, psicológica, de assistência social, de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de enfermagem;
- 1.8- Realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsia, etc);
- 1.9- Realizar procedimentos diagnósticos que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por período de até 24 horas *;
- 1.10- Realizar procedimentos terapêuticos, que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por período de até 24 horas *;
- 1.11- executar e registrar a assistência médica e de enfermagem por período de até 24 horas; e
- 1.12- Realizar treinamento especializado para aplicação de procedimento terapêutico e/ou manutenção ou uso de equipamentos especiais.

Desse modo a RDC 50/2002 traz a seguinte listagem de ambientes para compor a unidade funcional 1:

Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	QUANT. (min.)	DIMENSÃO (min.)	INSTALAÇÕES
1.1. a 1.5	Ações Básicas à Saúde			
1.1	Sala de atendimento individualizado	1	9,0 m ²	HF
1.1, 1.3, 1.4 e 1.5	Sala de demonstração e educação em saúde	1	1,0 m ² por ouvinte	HF
1.1	Sala de imunização	1	9,0 m ²	HF
1.5	Sala de armazenagem e distribuição de alimentos		1,0 m ² por tonelada para empilhamentos com h.= 2,0 m e com aproveitamento de 70% da m ³ do ambiente	
1.2, 1.4, 1.5	Sala de relatório		1,0 m ² por funcionário	
1.11	Enfermagem			
1.11	Sala de preparo de paciente (consulta de enfermagem, triagem, biometria)		6,0 m ²	HF
1.11	Sala de serviços		8,0 m ²	HF
1.8; 1.11	Sala de curativos / suturas e coleta de material (exceto ginecológico)		6,0 m ² por paciente	HF
1.11	Sala de reidratação (oral e intravenosa)		6,0 m ² por paciente	HF;EE
1.11	Sala de inalação individual	01, obrigatório em unidades p/tratamento de AIDS	3,2 m ²	HF;FAM;FO

1.11	Sala de inalação coletiva		1,6 m ² por paciente	HF;FAM; FO
1.11	Sala de aplicação de medicamentos		5,5 m ²	HF
1.7	Consultórios			
1.7; 1.8	Consultório indiferenciado	NC=(A.B): (C.D.E.F.)	7,5 m ² com dim. mínima=2,2 m	HF
1.7	Consultório de serviço social – consulta de grupo		6,0 m ² + 0,8 m ² p/paciente	HF
1.7; 1.8	Consultório de ortopedia		7,5 m ² ou 6,0 m ² (+ área de exames comum a outros consultórios com área mínima de 7,0 m ²). Dim. mínima de ambos=2,2 m	HF
1.7; 1.8	Consultório odontológico coletivo			HF;FAM; FVC
1.7; 1.8	Consultório odontológico		9,0 m ²	
	Internação de Curta Duração			
1.11	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de curta duração	6,0 m ²	HF;EE
1.11	Área de prescrição médica		2,0 m ²	
1.8; 1.9; 1.10; 1.11; 1.12	Quarto individual de curta duração	1	10,0 m ² = quarto de 1 leito. 7,0 m ² por leito = quarto de 2 leitos 6,0 m ² por leito = quarto de 3 a 6 leitos N.º máximo de leitos por quarto = 6	HF; HQ; FO; FAM; EE; ED
1.8; 1.9; 1.10; 1.11; 1.12	Quarto coletivo de curta duração			

			<p>Distância entre leitos paralelos = 1m</p> <p>Distância entre leito e paredes: cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m</p> <p>Na pediatria e na geriatria devem ser previstos espaços para cadeira de acompanhante ao lado do leito</p>	
--	--	--	---	--

Figura 2- UNIDADE FUNCIONAL1: ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Resolução Anvisa RDC 50/2002

A RDC 50/2002 traz a seguinte definição de ambiente: "Ambiente é entendido como espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas." (Ministério da Saúde, 2002)

A constituição de uma norma tende a ser prescritiva, e de algumas prescrições provavelmente não se pode abrir mão, porém o que se pretende realçar aqui é a discussão de como essa norma é usada. De modo verticalizado, autoritário, enrijecedor, cujo perigo é a excessiva burocratização? Ou existem outras formas de utilização?

Outra questão apontada é a do descompasso/morosidade entre as alterações nas normas e as inovações que são necessárias no espaço físico a partir de mudanças nos modelos.

O suposto descompasso poderá se confirmar se observarmos a maneira em que é incluída a atribuição 1, por exemplo, que a princípio não contempla o conceito e as necessidades dos espaços para se trabalhar com a Estratégia da Saúde da Família, sendo que atualmente esta é uma orientação da Política Nacional de Atenção Básica, a qual tem como documento orientador para as construções, ampliações e reformas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o trabalho das equipes de Saúde da Família o "Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família" (Ministério da Saúde, 2006c).

Ao analisarmos os conteúdos de cada um dos documentos podemos observar que eles não são conflitantes ou excludentes, sendo possível trabalhar com os dois ao mesmo tempo para a elaboração de um projeto e intervenção num determinado espaço físico. Porém, o conteúdo da norma deve obrigatoriamente ser seguido ao se realizarem determinadas atividades, enquanto que o manual possui informações e propostas de caráter orientador indicando um arranjo de ambientes com as respectivas quantidades, não entrando em detalhes de dimensões, afirmando que o manual seguiu os princípios da norma RDC 50/2002.

Nesse sentido cabe problematizar o modo como se atende a prescrição normativa e as orientações e sugestões trazidas no manual. Pode-se trabalhar tanto de um modo alienante, endurecido e verticalizado ficando exclusivamente com a norma que é a obrigatoriedade ou de outros modos que favoreçam a análise com relação às singularidades de cada lugar compondo para cada situação e proposta assistencial configurações espaciais e arranjos diferenciados.

O referido manual (Brasil, 2006c) propõe as seguintes sugestões para as unidades de saúde da família de acordo com o número de equipes implantadas e a cobertura populacional:

Nº de ESF trabalhando na UBS ³	População Coberta
1 ESF ⁴	De 2400 a 4000 pessoas
2 ESF	De 4000 a 8000 pessoas
3 ESF	De 8000 a 12000 pessoas

Figura 3- Quadro de relação nº de ESF na UBS x População coberta

AMBIENTES	Numero de salas ou espaços
Recepção para pacientes e acompanhantes	1
Sala de Espera para pacientes e acompanhantes	1 a 3
Consultório com sanitário	1
Consultório	1
Sala de procedimentos	2
Almoxarifado	1
Consultório de odontologia com área para escovário	1
Área para compressor e bomba a vácuo	1
Área para depósito de material de limpeza (DML)	1
Sanitário (para usuários)	2
Copa / Cozinha alternativa	1
Sala de utilidades	1
Área para reuniões e educação em saúde	1
Abrigo de resíduos sólidos	1
Se a USF proceder à esterilização no local	
Sala de recepção, lavagem e descontaminação*	1
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	1

Figura 4- Estrutura Sugerida para UBS com 01 ESF

³ UBF é a abreviação de Unidade Básica de Saúde.

⁴ ESF é a abreviação de Equipe de Saúde da Família.

AMBIENTES	Numero de salas ou espaços
Recepção para pacientes e acompanhantes	1
Sala de Espera para pacientes e acompanhantes	3 a 5
Consultório com sanitário	1
Consultório	3
Sala de procedimentos	3
Almoxarifado	1
Consultório de odontologia com área para escovário	1
Área para compressor e bomba a vácuo	1
Sanitário	3
Copa / Cozinha alternativa	1
Área para depósito de material de limpeza (DML)	1
Sala de utilidades	1
Área para reuniões e educação em saúde	1
Abrigo de resíduos sólidos	1
<i>Se a USF proceder à esterilização no local</i>	
Sala de recepção, lavagem e descontaminação*	1
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado	1

Figura 5- Estrutura Sugerida para UBS com 02 ESF

AMBIENTES	Numero de salas ou espaços
Sala de Espera para pacientes e acompanhantes	Mais de 5
Recepção-área para registro de pacientes	1
Área para arquivo dos prontuários junto a recepção	1
Consultório com sanitário	2
Consultório	3
Sala de vacina	1
Sala de Curativos	1
Sala de Nebulização	1
Sala de procedimentos	2
Sala de armazenamento e distribuição de medicamentos/ farmácia	1
Almoxarifado	1
Consultório de odontologia (Obs.: com 2 equipos odontológicos na Modalidade II)	1
Área para compressor e bomba a vácuo	1
Escovário	1
Sanitário	3
Gerência e Administração	1
Depósito de lixo	1
Sala de arsenal (estoque material limpo)	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1
Copa / Cozinha alternativa	1
Sala de Reuniões e educação em saúde	1
Sala de utilidades	1
Abrigo de resíduos sólidos	1
<i>Se a UBF proceder à esterilização no local</i>	
Sala de recepção, lavagem e descontaminação*	1
Sala de esterilização e estocagem de material esterilizado.	1

* Pode ser substituída pela sala de utilidades, se essa for contígua à sala de esterilização e estocagem de material esterilizado.

Figura 6- Estrutura Sugerida para UBS com 03 ESF

O objetivo em dar visibilidade ao que a norma traz para a regulamentação dos estabelecimentos que se destinam a "Atenção Básica", se deve tanto ao fato de o caráter da normatização, ainda hoje, ter forte componente que favorece um modelo hospitalar para a atenção a saúde, sendo o conteúdo trazido acima a única referência sobre o tema nesta norma quanto ao fato destas informações e reflexões serem subsídios para a discussão de uma situação, chamada de "Cena SES" que será material de análise no capítulo IV.

No texto apresentado por Luiz Carlos Toledo (2006), Regina Barcellos que participou da organização da Portaria 1884/1994 e da RDC 50/2002, quando entrevistada, fala da necessidade de normatizar os projetos, para garantir a qualidade, a segurança, evitar infecções. A estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para a garantia da segurança, eliminação, controle e gerenciamento dos riscos sanitários foi a normatização dos compartimentos para a realização das atividades. Cabe-nos a pergunta, se a normatização é a forma mais adequada para a garantia da qualidade e da humanização nos serviços de saúde? E mais, de que "risco" está se falando aqui?

As normas existem, seu cumprimento é compulsório por força de lei, e somos obrigados a lidar com elas cotidianamente. Como escapar da captura, do controle, das práticas alienantes que as normas tendem a fortalecer. Uma estratégia potente é apostar na co-produção e na negociação para a singularização, uma vez que a norma vigente, a RDC 50/2002, permite que se disponha de arranjos diferenciados aos edifícios, baseados no projeto assistencial de determinada instituição de saúde, não se restringindo às tipologias, como pode-se observar no trecho da norma descrito abaixo:

[...] deve selecionar as atribuições que participarão do programa de atividades do estabelecimento, de acordo com as necessidades da instituição, do município, da região e do estado, baseadas na proposta assistencial a ser adotada. Desta forma a decisão do tipo de estabelecimento a ser implantado será dos gestores, dos técnicos e da comunidade envolvida, e não mais de acordo com padrões preestabelecidos nacionalmente (RDC 50/2002, p. 22).

Uma parada para uma Cena: A Cena "V":

A Cena "V" conta memórias de situações vivenciadas durante a participação em grupo de trabalho para discussão dos conceitos arquitetônicos e necessidades para espaços físicos das maternidades:

Em um determinado momento quando se listavam os materiais e mobiliários necessários para um espaço de pré-parto foi sugerida a inclusão de outros objetos entre os mobiliários do quarto, tais como: uma escadinha, uma corda e ou uma barra de apoio, para as parturientes pendurarem-se; um banquinho para mudança de posição e uma bola.

A possibilidade de incorporação dos novos objetos no quarto, embora não requeiram aumento de área física e nem elevados investimentos financeiros foi motivo de exaustivo debate no grupo. Os discursos de resistência encaminhavam-se no sentido de que não existe evidência científica de que tais métodos e materiais/objetos são de fato eficazes, portanto não deveriam ser incluídos numa normatização.

A partir do que foi contado na cena acima nos cabe perguntar se o que mais incomodou na discussão foi somente o fato de não haver evidência científica ou também o desafio de lidar com as mudanças de paradigma, por exemplo, no que se refere à liberdade possibilitada a mulher para escolher e negociar outras posições que não as convencionais e os elementos que desejar no momento em que sentir necessidade para alívio da dor e melhoria do seu bem-estar? Pois são situações que parecem escapar ao controle e a padronização conhecida, requerendo mudanças dos processos de trabalhos, um processo que passa a ir além da técnica repetitiva, controlada, de certa maneira alienante para os trabalhadores.

Nota-se que apesar da discussão ter sido iniciada no dimensionamento da estrutura física, termo usado pelo grupo, e nos materiais e objetos conjugados a esta estrutura, com o intuito de se normatizar o espaço físico, outros vetores

agem num espaço virtual que se atualizam, concretizam ou não nas formas. E ainda, que na sua atualização outras formas são produzidas (subjetividades?) além do espaço pelo espaço.

A história trazida nessa cena contribui para problematizarmos sobre o processo de construção das normas que atualmente regulam os estabelecimentos de assistência a saúde e as possibilidades de outros modos de utilização que escapem do engessamento, da burocratização e do seu uso alienado, a medida que destacamos que ainda há limites nessas normas, como por exemplo, tratar os ambientes como compartimentos ou determinar a existência de alguns ambientes que reforçam princípios higienistas e a fragmentação do processo de trabalho.

O texto de abertura da resolução RDC 50/2002 apresenta o enunciado de que deverá ser obedecida a norma mais rígida, expressando o forte componente do controle trazido pela normatização. Qual o motivo? O que se pretende controlar? Que efeitos isso produz na vida das pessoas que trabalham e usam esses serviços?

Por que não trabalhar com estratégias que favoreçam a negociação, a construção coletiva, propondo novos arranjos de acordo com as necessidades singulares, por exemplo, na situação apresentada na Cena "V"?

É mais potente se pensar em programa físico funcional ou em conceitos arquitetônicos e arranjos espaciais que se conectem com os modos de produzir saúde num determinado lugar?

Campos (2003) destaca o debate da Vigilância Sanitária quando discute a forma e organização da Vigilância em Saúde. Para o autor, as práticas da vigilância sanitária têm características autoritárias, formalizando seu agir pelas normas e regras, em geral, sobre o contexto e, especificamente, sobre algum grupo vulnerável. Trabalhando dessa forma em três dimensões: o ambiente, a organização social e as pessoas. Porém, o autor chama a atenção para o modo

de agir valorizando as regras voltadas para as doenças e para o ambiente, esquecendo-se de que atua sobre pessoas (Campos, 2003).

O autor não apenas enfatiza esse tensionamento, mas aponta possibilidades para se lidar com a perspectiva restritiva e normativa da Vigilância Sanitária para além do "agir segundo regras" ou "agir estratégico", por meio do trabalho compartilhado, do agir com as pessoas e não sobre elas, de tal forma que se produza um aumento da capacidade de análise e intervenção dos agrupamentos humanos em geral, e não apenas dos grupos técnicos.

Tensionamentos e problematizações sobre outros modos de produção do espaço físico na saúde para além do normativo que ganham espaço na discussão da ambiência feita no âmbito da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

A Política com seus princípios e diretrizes que serão descritos no próximo capítulo dá visibilidade a outras possibilidades de produção dos espaços na saúde, de modo a compor com a obrigatoriedade do cumprimento normativo, apostando em "dispositivos" e modos de produção que criam possibilidades de desenvolver alguns movimentos desejados. Por exemplo, na discussão coletiva sobre a produção do espaço conectada aos processos de trabalho gerando efeitos nesses processos. Efeitos previstos, desejados ou não.

CAPÍTULO 3

A discussão do espaço físico numa Política Pública de Saúde: A Política Nacional de Humanização (PNH).

Recuperando um pouco de história da humanização na saúde.

O Conceito de Ambiência desenvolvido na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS

A discussão do espaço físico numa Política Pública de Saúde: A Política Nacional de Humanização (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH)⁵ no Ministério da Saúde tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, e como um dispositivo, para contribuir na mudança das relações de trabalho e viabilização dos princípios, a elaboração de projetos de construção coletiva da ambiência (Passos, 2006).

O novo posicionamento do olhar para o espaço físico na saúde, com a proposta de se operar como um dispositivo solicitou a criação de um conceito específico para a ambiência junto com uma nova proposta de método para a discussão e produção do espaço no contexto da política de humanização.

A definição dada para o termo “dispositivo”, nessa situação, é de tecnologias ou modos de fazer (Passos, 2006, p.19). Um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes, oficinas), mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo (Brasil, 2006. p.39).

Na PNH entende-se por princípio aquilo que causa ou força determinada ação ou o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A política de humanização, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui dois princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde:

O primeiro princípio da política de humanização é a “inseparabilidade” entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, entendendo que a gestão do processo de

⁵ No decorrer do texto a referência à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde será feita também pela utilização da sigla PNH ou simplesmente política de humanização.

trabalho em saúde não pode ser compreendida como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado.

O segundo é o princípio da “transversalidade”, enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, provocando a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos das relações de trabalho, promovendo mudanças nas práticas de saúde (Brasil, 2006.p. 46).

Uma das fragilidades apontadas pelos críticos aos programas fragmentados de humanização que até então se desenvolviam no âmbito do SUS, é que essas iniciativas, na maior parte das vezes, não chegaram a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos, nem a propor efetivamente dispositivos para alterações dos mesmos. Transformações essas, necessárias e já apontadas pelas correntes da Saúde Coletiva Brasileira que detectaram problemas nos modos instituídos e hegemônicos de se produzir saúde com ênfase na doença, na prática fragmentada, impessoal e com uma lógica de produção taylorista que favorece a alienação do trabalho (Campos, 2000).

Essas correntes segundo Carvalho e Cunha (2006) indicam caminhos para a alteração nos modos de relação entre os trabalhadores e usuários do SUS; nos processos de trabalho em saúde e nos modelos de atenção que resultam, entre outros, da coerência entre as definições sobre o complexo universo das relações causais que conformam certa compreensão do processo saúde-doença; das respostas tecnológicas daí resultantes; e nos modelos de gestão das instituições de saúde.

As alterações propostas nos modelos de atenção, a compreensão do processo saúde-doença, no sentido da produção de saúde e de sujeitos, e do modelo de gestão, no sentido da democratização da gestão, geram tensionamentos e provocações, ainda pouco explorados ou claros, na produção do espaço físico na saúde, pois parece não ser mais suficiente somente o olhar normativo, tecnicista e regulador para a produção das ambiências.

Isso se deve ao fato de que, para conceber a produção do espaço de modo conectado com a produção de saúde e produção de sujeitos, é necessário outro modo de operar as ambiências com uma lógica de inclusão que vá além da prescrição de um especialista, preocupado apenas com o melhor e mais funcional arranjo físico de ambientes, no sentido de atender aos modos específicos de se operar a assistência e o trabalho em determinado lugar, a partir de decisões verticalizadas e centralizadas na gestão.

A provocação sustentada aqui se refere a uma aposta na potência que poderá vir a ter um dispositivo que se baseie no modo de produção coletiva da ambiência como fundamental para contribuir nas alterações dos processos de trabalho; entendendo que, as alterações na ambiência produzem determinados efeitos e alterações nos processos de trabalho e nas relações de convivência num determinado lugar, e que essas alterações também produzem efeitos na produção de subjetividades.

Recuperando um pouco de história da humanização na saúde:

A iniciativa de humanização mais expressiva e anterior ao PNH, foi o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), entre os anos de 2000 e 2002, instituído pelo Ministério da Saúde. O programa foi o precursor de alguns avanços para essa temática, porém, focado num modo fragmentado de operar na lógica de projetos, com recomendações para os hospitais desenvolverem um processo de humanização.

As recomendações do PNHAH incluíam: a gestão participativa, a formação de grupos de trabalho de humanização (GTH) e a participação do hospital na rede nacional de humanização. O Programa destacou ainda a importância para a inclusão do voluntariado e dos usuários nesse processo de humanização, indicando orientações chamadas de “cinco passos para o desenvolvimento de um processo de humanização”, a saber: a sensibilização da

gestão, a criação do grupo de trabalho de humanização, fazer um diagnóstico da instituição em termos de serviço humanizado, elaborar um plano operacional para a implantação da humanização e avaliação dos resultados da implantação do processo de humanização.

Dois parâmetros principais de humanização foram estabelecidos no Programa, o primeiro, para humanização do atendimento aos usuários, e o segundo, para humanização do trabalho do profissional. Em ambos os parâmetros estão incluídas ações relacionadas ao espaço físico no que se refere à adequação normativa, à segurança, condições de trabalho e condições mínimas de conforto (Brasil, 2001).

Por exemplo, o parâmetro para a humanização do atendimento aos usuários se propunha a desenvolver ações para garantir a qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital, tais como a adequação e criação de áreas de espera, sinalização das áreas e serviços do hospital, cuidar da aparência e das instalações físicas e criar espaços de recreação e convivência para os pacientes. No que se refere aos parâmetros para humanização do trabalho, a proposta foi de garantia nas condições de trabalho e apoios logísticos como: a criação de áreas de conforto, recreação e convivência; garantias de segurança e higiene; boas condições de acesso; estacionamentos e refeitórios adequados; entre outros (Brasil, 2001).

Nesse mesmo período outras ações e programas voltados para a humanização foram propostos, alguns deles trazendo o debate da qualidade da atenção hospitalar. Vale citar o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); o Programa de Acreditação Hospitalar (2001); o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); a Norma de Atenção Humanizada de Recém Nascido de Baixo Peso – Método “Canguru” (2000).

Para Regina Benevides e Eduardo Passos (2005), a humanização, quando expressa em ações fragmentadas e com uma imprecisão e fragilidade conceituais, desenvolve-se com uma forte tendência ao voluntarismo,

assistencialismo, paternalismo, ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Ainda segundo os autores, para que se desenvolva a força necessária que dê direção a um processo de mudança nos modelos de atenção e gestão, respondendo aos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, impõe-se na formulação de uma política transversal um duplo desafio: conceitual e metodológico (Barros 2005 & Passos 2005).

O desafio conceitual exposto pelos autores se refere,, em parte,, em enfrentar o próprio destaque que o tema da humanização vem ganhando em Programas no campo da saúde, sendo utilizado de forma padronizada, repetindo sintomaticamente modos de funcionar sem força de um movimento instituinte.

Essa forma padronizada da humanização nas práticas de saúde, a que os autores chamam de “conceito-sintoma”, tem se apresentado de modo segmentado em áreas específicas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (atenção hospitalar, atenção primária), estando relacionado ao exercício de certas profissões como assistentes sociais e psicólogos e orientado por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e garantir qualidade total nos serviços.

Enfrentar esse desafio conceitual implica em enfrentar a redefinição do próprio termo “humanização”, aqui não no sentido do tornar-se humano, do “bom homem” ou do homem ideal, mas de um novo posicionamento do olhar para o homem comum, do ser humano na sua existência concreta, em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos.

A redefinição do conceito investe na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde como uma das estratégias da humanização para interferência nas práticas de saúde - considerando que os sujeitos sociais, como atores concretos e engajados nas práticas locais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades e a se transformarem no processo (Barros & Passos, 2005).

A proposta de uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS implica em traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, oferecendo um eixo articulador das práticas em saúde que destaque o aspecto subjetivo nela presente, contribuindo para as trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

A humanização é vista, nesse sentido, segundo os autores, não como um programa, mas como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, sendo desenhada de forma a se constituir por meio de Princípios, Diretrizes e Dispositivos. Os princípios norteadores da PNH, dos quais já falei sucintamente, são: (i) Transversalidade, (ii) Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, entendendo que são práticas interdependentes e complementares e (iii) Autonomia e protagonismo dos sujeitos.

Entre as diretrizes⁶ apontadas pela política de humanização, de acordo com o texto que compõe o documento base para gestores estão:

1. A valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero; cor/etnia; orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negra, rurais, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, entre outros);
2. O fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, com fomento à transversalidades e à grupalidade;

⁶ Por diretriz entende-se na PNH como o conjunto de orientações gerais da política, às quais desdobram de forma mais operacional os princípios. (Brasil, 2006)

3. O apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos sociais;
4. O aumento dos graus de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
5. A co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de atenção e gestão;
6. O fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;
7. O compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
8. *A valorização da Ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (Brasil, 2006a).*

A dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos se refere em uma democracia institucional à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde, pressupondo que a produção das condições de uma vida saudável não pode ser pensada sem a implicação, no processo, de sujeitos (Brasil, 2006a.p. 46).

É conveniente, mesmo que resumidamente, destacar que a compreensão de produção de saúde que se utiliza no contexto da PNH, parte do entendimento dos processos de produção de saúde como algo vinculado à potência do “vivo” em atender ao desafio de criar e recriar normas que lhe permitam lidar melhor com um espaço que a todo instante se transforma, apresentando sempre desafios e situações com os quais se deve lidar, diferente da visão hegemônica que se satisfaz em associar saúde à manutenção de certas condições biológicas e ambientais (Santos & Barros 2007).

"Produzir saúde significa contribuir para aumento do coeficiente de autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença, da genética e do contexto psicossocial. Isto demanda capacidade de discernimento, condições dignas de vida e oportunidade para utilizar instrumentos naturais e artificiais para afastar a dor, o sofrimento, a morte e para poder escolher os vários modos de seguir a vida" (Carvalho, 2005, p.125)

Nessa situação, a produção de espaços saudáveis e acolhedores não pode ser pensada sem a implicação e protagonização dos sujeitos que neles e com eles convivem e se inter-relacionam: os trabalhadores e os usuários, favorecendo a valorização das subjetividades e da autonomia, procurando no protagonismo a sua expressão.

Uma redefinição conceitual e de método que tem como desafio para o dispositivo da ambiência, assim como para todos os demais dispositivos da política de humanização, sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade.

No enfrentamento do desafio metodológico aposta-se que o apoio institucional⁷, tanto intensivo quanto extensivo é estratégia prioritária para a disseminação das diretrizes e dos dispositivos da humanização, assim como para a formação de multiplicadores que apoiem processos de transformação nas instituições em que atuam. Sendo a qualificação fundamental para que assumam a protagonização nas mudanças das práticas de saúde.

O apoio extensivo se pauta no fortalecimento do processo de capilarização da política nos Estados e Municípios para disseminação da política e sensibilização, em especial, das equipes gestoras.

⁷ “A função de apoio foi proposta por Campos (2000) como resultante da ação de sujeitos que ‘atravessam o processo de trabalho de coletivos, ajudando-os nas tarefas de qualificar suas ofertas clínicas e de saúde pública, de um lado e ampliar o grau de grupalidade de outro lado. A função apoio institucional tem sido implantada e experimentada em vários serviços do país, apresentando-se como uma das principais novidades na gestão do trabalho em saúde no Brasil.” (Passos, 2006)

O apoio intensivo trata-se das ações de intervenção sistemática e continuada com um coletivo para apoiar os processos de transformações nos modos de produzir saúde.

A inclusão da valorização da ambiência como um dos princípios norteadores da humanização requer, além do apoio institucional, que os profissionais de arquitetura que atuam nas instituições de saúde se apropriem da discussão da ambiência, articulando a produção do espaço aos novos modos de se produzir saúde e sujeitos.

O método intensivo como trabalhado na PNH se faz por meio de apoio institucional numa tríplice inclusão:

- (i) A primeira é a inclusão dos sujeitos, dos sujeitos cidadãos com seus direitos fundamentais a bens e serviços, no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade.
- (ii) A segunda é a inclusão dos analisadores sociais, no sentido dos efeitos que se produz com as conexões num plano coletivo, desestabilizando os modelos tradicionais de atenção e gestão.
- (iii) A terceira inclusão é a dos movimentos coletivos, numa dupla inclusão: movimentos sociais organizados e movimentos sensíveis ou regimes de sensibilidades. É um modo para incluir pessoas e coletivos de forma que compartilhem do processo de construção de mudanças, ampliando seu próprio protagonismo e co-responsabilização fomentando as redes.

Os analisadores⁸ decorrem dessa própria inclusão das pessoas e dos coletivos no processo de mudança, provocando e despertando para tensionamentos aos modos instituídos de funcionamento dos grupos, das

⁸ Analisador é utilizado aqui como aquilo que coloca em análise. A partir da definição dada pela Análise Institucional como "acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores; produtos de uma situação que agem sobre ela" (Lourau, 2004, p.132)

organizações e das regras como força-motriz para as transformações, possibilitando que se questionem seus efeitos.

A inclusão de um novo olhar para as alterações propostas no espaço físico nas instituições de saúde, articulado a uma proposta de método - modo de fazer, no contexto de uma política pública de saúde, provocou um reposicionamento inclusive em relação ao uso do termo “ambiência” com a criação de um conceito para esse termo no contexto da PNH, onde seja possível expressar o desejo dos ambientes em saúde serem de fato confortáveis, acolhedores, resolutivos e que contribuam para a produção de saúde e de sujeitos.

Tendo passado pelas questões referentes aos diferentes discursos, concepções e compreensões dos saberes específicos da arquitetura e urbanismo, que influenciam a formação dos profissionais de arquitetura, e colocado o debate sobre a normatização específica para os estabelecimentos de assistência à saúde nos capítulos anteriores, a presente contextualização da PNH no âmbito do SUS, com seus princípios, diretrizes e dispositivos, ainda que de maneira sucinta, é fundamental para subsidiar a discussão que pretende-se dar visibilidade da Ambiência como uma diretriz/dispositivo da PNH, incluindo a construção do conceito e as propostas de método.

O Conceito de Ambiência desenvolvido na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS

No Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS a Ambiência é definida como 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 (Brasil, 2006 a). O material oficial sobre o tema da ambiência no âmbito da Política Nacional de Humanização está em uma cartilha de Ambiência que tem seu sentido potencializado quando

compreendida e trabalhada no contexto da política de humanização e em conjunto com as demais diretrizes e dispositivos proposto por essa política.

Ao propor um método de trabalho com a inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários associados ao saber da arquitetura, aposta-se na intercessão do núcleo de saber especialista da arquitetura com saberes do campo da saúde, com o objetivo de alterar as situações e os espaços de trabalho e produção de saúde.

Essa proposta de método e inserção no campo da saúde não exclui o olhar para as questões relacionadas às especificidades do saber do arquiteto, inerentes a todo projeto e ou espaço arquitetônico construído, mas evidencia e destaca o que se expressa nesse encontro dos saberes que faz com que as intervenções no espaço sejam potencializadoras de mudanças e não apenas prescritivas para suprir determinadas necessidades expressas nos discursos da falta e da inadequação dos espaços para realização do trabalho em saúde.

A mesma questão é posta para as novas construções, pretendendo-se que a decisão para sua implantação passe pelas instâncias de discussão do SUS dos municípios e estados e o seu conceito, planejamento e projetos sejam discutidos num grupo ampliado e multiprofissional, contando com os saberes da arquitetura, do planejamento urbano e da saúde, de modo a favorecer também, nessa situação, o processo de produção e criação coletiva e as singularidades de cada local.

Para trabalhar na PNH com uma concepção de uso e produção do espaço que pretensiosamente dê conta de expressar e se articular com os princípios e diretrizes da política, foi necessária a formulação de um novo conceito⁹ para definir a compreensão da Ambiência.

⁹ A noção de conceito utilizada é a de “conceito-ferramenta”, aquele que serve para alguma coisa, que produz efeitos como destacam Passos e Barros: “ Um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar. É assim que entendemos a idéia de “intercessor” (Deleuze,1990/1992). O conceito é um intercessor quando é capaz de produzir tal tipo de efeito.”

Os espaços físicos na saúde durante muito tempo foram pautados em princípios higienistas, com fortes componentes normativos e funcionais e em paradigmas de padronização, com pouco ou nenhum investimento estético, transmitindo sensações de frieza e impessoalidade.

O Tema da qualidade do espaço físico na saúde há alguns anos vem se destacando nos congressos de arquitetura e hotelaria hospitalar e em estudos acadêmicos com ênfase nas questões relacionadas ao conforto, à sustentabilidade, funcionalidade e a flexibilidade na lógica do profissional de arquitetura colaborar para minimizar o desconforto dos ambientes hospitalares e na construção de ambientes que possibilite melhorias no rendimento, produtividade e satisfação do trabalhador, como podemos verificar na citação abaixo:

“O arquiteto pode colaborar para minimizar o desconforto dos ambientes hospitalares, geralmente frios, impessoais, com cheiros e ruídos peculiares, com pessoas sofrendo e profissionais agitados, projetando ambientes de descanso, tranquilidade, relaxamento, que permite que o paciente se sinta mais confiante e que tenha condições de se recuperar mais rapidamente e por sua vez, que também propiciem à equipe de profissionais um local de trabalho que possibilite atendimento de melhor qualidade, resultando em maior rendimento, mais produtividade, segurança e o mais importante que o profissional desempenhe melhor a sua função e com satisfação.” (Sampaio, 2006, p. 153)

O que se observa, porém, é que pouco se discute sobre o processo de projeto ou modo de produção do espaço, que na maioria das vezes, ocorre de forma verticalizada e prescritiva, restringindo as discussões a um pequeno grupo de direção dos serviços de saúde ou na própria pessoa do gestor e do profissional de arquitetura.

A problematização sobre modo de produção do espaço na saúde, que ganha visibilidade na inclusão da Ambiência como um dos dispositivos da PNH, não está isolado à condição do espaço físico, sendo parte de uma rede de

enfrentamentos que são colocados em relação ao compromisso da PNH nos processos de ação e intervenção da política para contribuir nas mudanças concretas dos modelos de atenção e gestão do SUS.

A utilização do termo "ambiência" é alvo de críticas por parte de alguns profissionais da arquitetura que questionam o motivo de se utilizar "ambiência" e não "ambiente", um dos fundamentos é definição de ambiência dada no dicionário de língua portuguesa: "am.bi.ên.cia sf (ambiente+ia²) 1 > Qualidade do que é ambiente. 2 O meio em que vive um animal ou vegetal. 3 Conjunto de condições morais que cercam uma pessoa e nela podem influir" (Michaelis).

"Ambiência" não é um termo comum para a arquitetura, tendo sido mais utilizado com diferentes fins e elaborações conceituais no campo da psicologia institucional e do urbanismo, sendo que para esse trabalho interessa destacar o modo como é tratado na Política de Humanização (PNH).

O termo é afirmado na PNH com a proposta de utilização através de uma definição conceitual que sirva para expressar um modo de compreender inseparável do modo de produzir o espaço físico na saúde, acreditando na potência de se trabalhar a ambiência como um dos dispositivos¹⁰ da política de humanização.

O processo de construção do conceito e das possibilidades de modos de uso da ambiência como dispositivo teve maior visibilidade no âmbito da PNH a partir do início de 2004, sendo discutido e produzido coletivamente junto aos consultores da política a partir de experiências concretas e necessidades, a priori identificadas nas instituições já apoiadas pela PNH, resultando num documento chamado de Cartilha de Ambiência que foi publicado no ano de 2005.

¹⁰ A noção de dispositivo é trabalhada por diferentes autores, no entanto, como já comentado anteriormente no contexto da PNH se utiliza o conceito de dispositivo como um arranjo de elementos que podem ser concretos ou imateriais e que catalizam, fazem funcionar, produzem efeitos ou se potencializa um processo. Compreendo, dessa maneira, que o dispositivo é mais uma estratégia e um modo de se operar e que a ambiência propriamente dita, como é trazida no conceito se aproxima mais de uma diretriz da humanização.

O conceito de ambiência, construído na política de humanização, para efeitos didáticos é norteado por três eixos prioritários: o espaço que visa a confortabilidade; a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho (Brasil, 2006b).

O primeiro eixo norteador que trata da confortabilidade destaca a importância de conceber ambiências confortáveis e acolhedoras, de modo a favorecer a privacidade e individualidade dos sujeitos que usam o espaço: usuários do serviço e trabalhadores, valorizando a utilização de componentes do ambiente que interagem com as pessoas, em especial, a cor, a luz, as texturas, os sons, os cheiros e a inclusão da arte nas suas mais diferentes formas de expressão.

Esses componentes, quando presentes na concepção da ambiência, atuam como qualificadores e modificadores do espaço estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras que podem contribuir no processo de produção de saúde e de espaços saudáveis.

Estudos da percepção ambiental relatam que é possível a pessoa ter a sensação do ambiente pelos estímulos sensíveis e cuja apreensão influencia no comportamento e na relação afetiva dos sujeitos com o território que vivenciam (Okamoto, 2002).

[...] os cheiros atraem, repelem, excitam, causam ojeriza ou repulsa. Generalizando, também se pode dizer isso de um ambiente. É a primeira impressão de compatibilidade. Pelo olfato estabelecemos o contato efetivo com o mundo, sem necessidade de intérprete (Okamoto, 2002, p.126).

Goethe ao falar das cores diz que o “olho é o solar, constitui-se na luz e para a luz” e que as cores tem dois aspectos: o da percepção e o da sensação, o da ação e o da paixão (Goethe, 1993, p. 15).

Assim como para as cores e os cheiros, a valorização de outros elementos sensíveis como a luz, o som, e a inclusão das artes demonstram o olhar que essa aposta na ambiência tem para as dimensões subjetivas das pessoas e das suas relações afetivas com o território que vivenciam.

No eixo da confortabilidade discutido na cartilha de ambiência na PNH, é proposta ainda a criação de ambiências que afirmem os valores culturais das comunidades com as quais se está interagindo, em todos os níveis de atenção à saúde, seja nas unidades básicas de saúde, nos centros de referências, nos hospitais, nos prontos socorros, de modo a proporcionar bem estar, sentimento de apropriação e pertencimento do espaço aos usuários e trabalhadores. Pois, acredita-se que é possível ao entrar nesses espaços, que os usuários, arrisquem-se a deixar para o lado de fora referências do seu cotidiano, da sua cultura, seus desejos. Há aqui uma desconstrução do paradigma das unidades de saúde serem herméticas, frias, impessoais.

O segundo eixo trabalhado com relação à ambiência junto a PNH, traz a dimensão do espaço físico como ferramenta facilitadora do processo de trabalho que deve propiciar a otimização de recursos e o atendimento com resolutividade aos se planejar e construir espaços que favoreçam esses processos.

É importante enfatizar que preconiza-se na política de humanização que a ambiência, isoladamente, não altera o processo, mas pode ser usada como uma das ferramentas facilitadoras que contribua para as mudanças, através da co-produção dos espaços aspirados pelos profissionais de saúde e pelos usuários, com funcionalidade, possibilidades de flexibilidade, garantia de bio-segurança relativa à infecção hospitalar, prevenção de acidentes biológicos e com arranjos que favoreçam o processo de trabalho (Brasil, 2006b).

E o terceiro eixo aborda a ambiência como espaço de encontros entre sujeitos, destacando o modo de produção coletiva, que se relaciona ao método da inclusão adotado pela PNH, como um dispositivo de transformação, facilitador de agenciamentos coletivos e da produção de protagonismos (Brasil, 2006b).

Nesse sentido acredita-se na PNH, que a discussão do espaço físico pode ser usada como aglutinadora de pessoas, possibilitando a criação de espaços coletivos para o processo de discussão dos projetos arquitetônicos e de intervenções na ambiência.

A proposta é que, ao serem criados espaços coletivos com a inclusão de diferentes saberes para as discussões das transformações nas ambiências, se favoreça a problematização sobre os modos de operar, as práticas instituídas e os processos de trabalho nesse espaço, contribuindo para o aumento da capacidade de análise e intervenção (Campos, 2000) sobre esses processos, para a construção de novas situações, relações de trabalho e convivência.

Assim é inserida a Ambiência na Política Nacional de Humanização, baseada nos princípios da transversalidade e da indissociabilidade entre gestão e atenção, compreendendo que a produção do projeto arquitetônico para as mudanças nos espaços deverão ser pautados na discussão coletiva e democrática do processo de trabalho, favorecendo a co-produção.

A produção dos projetos de arquitetura e das próprias alterações nas ambiências dos serviços de saúde, de acordo com a proposta da humanização, podem aumentar a potência das transformações nas instituições de saúde se acontecerem articuladas e pactuadas com as propostas de mudança nos modelos de atenção, gestão e nos processos de trabalho, incluindo os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários no processo.

A proposta é trabalhar a Ambiência em conjunto com as demais diretrizes e dispositivos da PNH, sendo que a entrada em cada instituição de dependerá das pactuações de apoio institucional e da singularidade de cada local (Brasil, 2006b).

Pode-se entrar e ficar exclusivamente com a norma ou com a arquitetura prescritiva sem inclusão dos sujeitos na discussão e construção do processo, ou pode-se entrar de outro modo como o proposto na Política de

Humanização e aproveitar o momento das discussões para explorar outros registros e problematizar também os processos de trabalho.

Em determinadas situações pode-se observar que a entrada inicialmente pela discussão da ambiência foi considerada estratégica para a constituição de um espaço coletivo para discussão a priori “das plantas” do espaço físico, mas que a partir do momento em que esse grupo foi se legitimando e aumentando sua capacidade de análise, a problematização dos processos de trabalho ganhou visibilidade e força, disparando um processo dinâmico de propostas de alterações no espaço que alteraram processos de trabalho, essas alterações nos processos de trabalho que provocaram novas alterações no espaço e que estimularam alterações nos modos de estar, de ocupar e de conviver naquele espaço.

A produção de um espaço, ou de uma ambiência, na saúde baseado nessa compreensão proposta pela humanização vai além de uma composição apenas técnica, normativa funcionalista e formal dos ambientes, se configurando na construção de uma situação, num determinado tempo e lugar, que é vivenciada por um grupo de pessoas, que se encontram, trabalham, se relacionam, trocam experiências e vivências, que identificam ou não valores de uso nessa situação, sentidos de pertencimento e apropriação deste determinado território.

Aponta-se, portanto, uma relação entre as alterações no espaço e as alterações nos processos de trabalho e nas relações de convivência nesse lugar, que tem como objetivo/atividade a produção de saúde. E ainda, que o espaço físico não é dado, estático, e sim que existe uma temporalidade no espaço e um processo para a sua construção que é possível ser reinventado e potencializado quando se trabalha de modo coletivo apostando na composição de saberes.

O apoio para a implementação da Ambiência acontece na PNH de modo matricial com consultores de referência da área de arquitetura para apoiar a discussão do tema articulado ao apoio intensivo dos consultores regionais, nas secretarias municipais, estaduais e nos serviços de saúde. O apoio tem a dupla

tarefa de disseminação, sensibilização para a implementação do dispositivo e de formação de multiplicadores e apoiadores nos locais. No processo de formação de apoiadores e multiplicadores são incluídos trabalhadores e gestores da saúde, profissionais de arquitetura e engenharia das instituições de saúde e representantes dos usuários.

Uma "Cena" vivenciada recentemente foi a solicitação de um estudo de fluxo para um complexo de saúde que se compõe por uma unidade hospitalar referenciada, com um centro cirúrgico, uma UTI e aproximadamente 200 leitos de internação; um centro de atendimento de oncologia; um ambulatório de atendimento básico e de especialidades e uma área de diagnóstico laboratorial e de imagem.

A demanda colocada pelo restrito grupo gestor a um "especialista em arquitetura hospitalar" foi fazer um estudo de fluxo e propor a alteração na configuração ou ampliação da portaria de entrada e recepção que se mostrava insuficiente em função da demanda, especialmente, no horário de visita da enfermaria, que ocorre em apenas meia hora no período da tarde, e no horário de confirmação da agenda do ambulatório (todos os pacientes agendados para o dia têm que chegar às sete horas da manhã para confirmar a consulta, pois de acordo com a fala da coordenação do serviço, as faltas devem ser otimizadas).

A proposta/provocação feita para a solução desse problema de "insuficiência de espaço físico" foi da composição de um grupo ampliado, com a inclusão de trabalhadores das diferentes áreas deste serviço de saúde, do grupo gestor e representação dos usuários, para coletivamente fazerem o estudo deste fluxo, com a proposta de rever o espaço físico que aparentemente é inadequado junto com o processo de trabalho, por exemplo, com propostas de ampliação do horário de visita na enfermaria e a mudança na gestão da agenda do ambulatório para que os usuários não precisem chegar de manhã para confirmação da consulta, ações que contribuem tanto para a concentração de fluxo de pessoas num determinado horário quanto para a humanização do atendimento.

A estratégia apontada nesse caso é fazer a primeira aproximação ao conflito pela discussão do espaço físico, que inicialmente foi apresentado como o problema, compreendendo que este não é um problema só de espaço físico, mas também de gestão do serviço. O desafio colocado é de pensar as mudanças no espaço e nos processos de modo coletivo, inicialmente numa oficina de ambiência, com a aposta de que serão disparadas provocações e propostas de intervenção para alteração nos modos de "ocupar" o espaço.

É uma aposta que o método de co-produção da ambiência traz como força-motriz para contribuir nas mudanças das organizações, destacar que ao se alterar os espaços físicos não está alterando apenas formas abstratas, ou compartimentos e sim está se alterando modos de habitar, de ocupar, de conviver, de se fazer a gestão num determinado lugar e no sentido inverso que as alterações nessas situações também geram ou deveriam gerar tensionamentos para as mudanças no espaço, inclusive no seu modo de produção.

A discussão/alteração do espaço físico em algumas situações é estratégica para se desestabilizar "guetos/feudos" existentes na instituição e mexer com as relações de poder, sendo que a potência desse dispositivo está na inclusão dos sujeitos no processo, de maneira que estes sintam-se provocados a interrogar seus modos de produção e relação.

A proposta da humanização é de que os dispositivos estejam arranjados de tal maneira, que mexendo em um deles, mexe também nos demais. Que os dispositivos se diferenciam entre si, mas não se separam.

É nesse sentido que a Política Nacional de Humanização aponta como guia para a condução dos processos de transformação das ambiências na saúde a inseparabilidade entre o que fazer e o como fazer (Barros & Passos, 2005). Uma produção num espaço coletivo que favorece a intercessão dos saberes da arquitetura e da saúde potencializando a criação de novas situações. E que nessa discussão, possam ser colocados em análise também os processos de trabalho além das propostas de alteração no espaço físico.

Um modo de fazer que afirme as especificidades do saber de cada profissional, mas que trabalhe numa relação de interferência para a produção do comum. Sabe-se, entretanto que no caso de elaboração de projetos de arquitetura e alterações no espaço físico, o saber técnico e a habilitação do arquiteto são indispensáveis e que tem especificidades que só cabem a ele executar, como por exemplo, o conhecimento das normas técnicas, o processo de projeto, a escuta qualificada e sensível.

E quanto aos gestores e trabalhadores da saúde como ser incluídos nesse processo para que ao se depararem com situações de alteração nos seus espaços físicos, aproveitem o momento para oportunizar também alterações nos modos de estar nesse espaço, colocando em análise os seus processos de trabalho? Negociando suas necessidades de mudança e co-construção dos projetos e das ambiências?

Um modo proposto pela PNH para inclusão dos sujeitos nos processos de transformação das ambiências é por meio das Oficinas de Ambiências como será apresentado nas Cenas que são contadas no próximo capítulo.

A Política de Humanização na aposta da disseminação de suas diretrizes e dispositivos como modo de interferência concreta para a mudança nos modelos de atenção e gestão do SUS tem como proposta "a formação de apoiadores institucionais, de maneira que estes sejam capazes de compreender a complexa dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e intervir em problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas, tomando por referência a PNH" (Passos, 2006).

Nesse sentido, no conteúdo dos cursos de formação de apoiadores a Ambiência é incluída junto com as demais diretrizes da humanização, trabalhando-se nos grupos com textos de apoio e questões para reflexão que problematizem como a ambiência tem interferido nas relações, nos processos de trabalho e na produção de saúde nos serviços em que os participantes estão inseridos. Assim como o modo que as alterações nos espaços são produzidas,

com inclusão ou não dos trabalhadores e usuários. Sendo propostos como atividades de dispersão que os participantes dos cursos realizem ações de sensibilização e disseminação nos locais de trabalho, além de apoiarem os processos de mudança.

A provocação trazida no título do trabalho: "Quando o problema é a falta de espaço, qual é o espaço que falta" nos possibilita tensionar tanto com relação à adequação dos espaços aos processos de trabalho que nele acontecem quanto com o seu modo de produção. Será que quando um gestor ou trabalhador da saúde se refere à falta de espaço, o que falta é só o espaço físico ou também é o espaço coletivo para problematização, discussão e produção do próprio espaço?

CAPÍTULO 4

Discussão de um método proposto para co-produção do espaço físico na saúde e suas variações.

Cenas

[...] Em Esmeraldina, cidade aquática, uma rede de canais e uma rede de ruas sobrepõe-se e entrecruzam-se. Para ir de um lugar para o outro, pode-se sempre escolher o percurso terrestre e o de barco: e, como em Esmeraldina a linha mais curta entre dois pontos não é uma reta, mas um ziguezague que se ramifica em tortuosas variantes, os caminhos que se abrem para o transeunte não são dois mais muitos, e aumentam ainda para quem alterna trajetos de barco e transbordos em terra firme. Deste modo os moradores de Esmeraldina são poupados de percorrer todos os dias os mesmos caminhos. E não é tudo: a rede de trajetos não é disposta numa única camada; segue um sobe e desce de escadas, bailéus, pontes arqueadas, ruas suspensas. Combinando segmentos dos diversos percursos elevados ou de superfície, os habitantes se dão o divertimento diário de um novo itinerário para ir aos mesmos lugares. Em Esmeraldina, mesmo as vidas mais rotineiras e tranqüilas transcorrem sem se repetir (Calvino, 1990, pag.83).

Discussão de um método proposto para co-produção do espaço físico na saúde e suas variações.

A oficina de ambiência é um modo proposto pela PNH para se produzir coletivamente os espaços físicos na saúde que tem por princípio a inclusão dos diferentes sujeitos implicados no processo apostando na criação/invenção dos coletivos.

As oficinas de ambiência são momentos de encontros coletivos com objetivo de construção de propostas e projetos para alterações no físico, mas também de análises e problematizações sobre os modos como se ocupam esses espaços e dos processos de trabalho que neles acontecem. É também um momento onde se possibilita a explicitação de conflitos, das disputas, de relações de poder que perpassam a situação e que são trazidos na roda pelos especialmente pelos trabalhadores e com menor intensidade pelos usuários.

O modo de fazer proposto nas oficinas é balizado por guias que conduzem e oportunizam o processo e não por roteiros ou métodos fechados, acontecendo de diferentes jeitos, sendo repensado durante o caminhar das atividades, a depender (i) da demanda dos locais, (ii) da constituição diferenciada de grupos com maior ou menor capacidade de análise, reflexão e poder de decisão, (iii) da implicação e capacidade de apoio institucional ofertado pelos consultores do Ministério da Saúde, com o fortalecimento da formação de multiplicadores.

Nesse sentido, escolhi como material para discussão as "Cenas" que aconteceram durante Oficinas de Ambiência que é o método¹¹ proposto no âmbito da Política Nacional de Humanização como uma possibilidade potente para a produção do espaço físico na saúde, sem a pretensão de concluir esse trabalho com uma proposta prescritiva para se projetar espaços na saúde, mas sim contar o processo suas possibilidades de transformações e variações.

SINOPSE:

A Cena I traz memórias da primeira Oficina de Ambiência com um grupo multiprofissional de uma Secretaria Municipal de Saúde da região sudeste. O objetivo no momento foi de iniciar um processo de sensibilização, disseminação e formação para a utilização do conceito da Ambiência como um dos dispositivos da PNH nos serviços de saúde do Município. É importante ressaltar que parte dos participantes do grupo já estavam envolvidos em ações nos seus serviços e sendo apoiados por consultores da humanização na implementação de outros dispositivos como estratégia para alterações nos modelos de atenção e gestão e nos processos de trabalho.

A Cena II resgata acontecimentos da primeira Oficina de Ambiência com um grupo em formação numa Secretaria Estadual de Saúde também da região sudeste, cujo objetivo foi iniciar o processo para discussão da Ambiência

¹¹ A utilização do termo método, nessa situação, se refere a um modo ou jeito de trabalhar/operar nas oficinas de ambiência

das Unidades de Saúde da Família que receberão recursos do Estado para reformas e ampliações.

A Cena III chamada de "Saúde com Arte no HOB", resgata a memória de uma série de acontecimento num processo de intervenção, ações e transformações das ambiências de um Hospital Municipal que nesse determinado momento se utilizou especialmente das artes e do trabalho com a comunidade, sendo interessante destacar e dar visibilidade ao processo (modo) de construção dessas atividades.

CENA I

Resgatando a memória de uma Oficina de Ambiência na Secretaria Municipal de Saúde A, com a duração de um dia de trabalho no mês de agosto de 2007.

Personagens: grupo de 30 pessoas representando trabalhadores da saúde (gerentes de unidades de saúde, enfermeiras, psicólogas, fonoaudiólogas, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais), representantes da gestão municipal, arquitetos e engenheiros da secretaria de saúde e consultora apoiadora da humanização na secretaria de saúde e consultora matricial da PNH.

PRIMEIRO ATO:

Os participantes se apresentam e expressam as suas expectativas com relação à oficina:

Na apresentação a representante da gestão municipal faz uma fala mais prolongada expressando as expectativas com o encontro e a importância de estar trabalhando e pensando coletivamente as questões relacionadas às mudanças nos espaços físicos das Unidades de Saúde do Município.

Explica que por isso trouxe para a roda arquitetos e engenheiros junto com os gerentes das unidades, observando que muitas vezes se fazem reformas nas Unidades de Saúde do Município e assim que começam a usar percebem que não foram projetadas adequadamente, que faltam espaços, relacionando esse problema à falta de discussão dos projetos com as equipes.

Chama a atenção para as questões referentes aos recursos financeiros e aos prazos para elaboração dos projetos, que de acordo com sua avaliação, trabalhar de forma democrática requer mais disponibilidade de tempo.

E ressalta a importância da humanização da saúde, destacando a inclusão no manual de 2007, do Fundo Nacional de Saúde, que para firmar convênios com o Ministério da Saúde há a necessidade de adequação dos projetos aos princípios e diretrizes da PNH/MS e ao conceito de Ambiência.

SEGUNDO ATO:

Apresentação do tema: A consultora matricial para o tema da Ambiência da PNH faz uma apresentação dialogada de como se trabalha com o Conceito de Ambiência nesta política e da proposta de método, incluindo reflexões teóricas e análises a partir de experiências concretas com relatos de casos e exposições de fotos.

O Primeiro Debate: é aberto um debate entre os personagens do qual foram resgatadas algumas falas conforme descrito abaixo:

A: Fala da importância da inclusão do profissional de arquitetura no processo de discussão desde o início em que se deseja mudar os espaços físicos e não apenas chegar com uma “encomenda” de um programa de ambientes necessários. Por exemplo, é extremamente importante que o arquiteto participe da escolha do terreno e compreenda quais as atividades e como se realiza o trabalho no local que sofrerá a intervenção.

B: Chama a atenção para a ambiência como um dispositivo analisador dos processos de trabalho e de certa forma das relações.

Relata a mudança na sala de espera da sua unidade e o quanto a emocionou quando encontrou duas trabalhadoras abraçadas olhando para o novo espaço limpo, pintado, com os pisos consertados. Nesse processo a equipe participou da discussão das necessidades e foi utilizado pouco recurso financeiro.

G¹²: Diversas falas se referem à necessidade de sair do amadorismo e voluntarismo nas alterações dos espaços físicos das unidades que gerenciam, ainda restrito ao desejo dos gerentes e pequeno grupo de trabalhadores. Ressaltam que o método de produção coletiva é um desafio e que se fortalece pela experimentação e pela composição dos saberes.

C: “a beleza inibe a maldade”

D: Reflete sobre a necessidade de se profissionalizar o modo de fazer as mudanças no espaço.

G: Foram feitos questionamentos sobre a tendência/ “modismo” de se ter um padrão de unidade, como uma marca. É discutido, com relação a esse tema, sobre a importância de se seguir um *conceito de unidade* que seja pactuado e singularizado e não um padrão. Foi discutido também que trabalhar a ambiência como apresentado e como se aposta na PNH é um desafio, não só conceitual, mas de método.

As falas acima nos possibilitam refletir também se a inclusão do arquiteto desde o início das discussões contribui ou não para que ele se sinta e atue como parte da equipe e não apenas como um profissional especialista que prescreverá o melhor espaço para a encomenda que recebeu e o quanto pode ser potente a participação dos trabalhadores e usuários no processo, uma vez que

¹² A, B, C e D: indicam falas individuais
G: indica fala do grupo

como chama à atenção (B) a configuração do espaço, o seu modo de ocupar pode ser um analisador dos processos de trabalho e das relações de convivência.

TERCEIRO ATO:

Os participantes se dividem em três grupos para trabalhar o que entendem/compreendem pelo *Conceito de Ambiência*, a partir da experiência que vivenciam no cotidiano dos serviços, instrumentalizados pela discussão do período da manhã.

Foi estabelecido um tempo de 1 hora para discussão no grupo, sendo que cada grupo deveria ter um relator para apresentar em plenária a discussão do mesmo para depois abrir um novo debate no terceiro ato.

A Fala dos grupos: Estão descritas abaixo em forma de tópicos as falas que os grupos apresentaram em plenária:

Grupo I

- Entendemos que ambiência se refere a um espaço que não é rígido, é algo dinâmico, em movimento, coletivo.
- A proposta trazida pela ambiência na PNH é de trabalhar em conjunto – arquitetos, engenheiros e saúde, desde o início das discussões.
- Esse novo olhar problematizar o quão flexível pode ser a estrutura física em função da dinamicidade do SUS. – EX. PSF – demanda mutável e quais os desvios que se consegue ter com relação às normas que devem obrigatoriamente ser cumpridas.
- Refletir sobre até que ponto nós podemos conviver com personalizações de espaços públicos.
- A ambiência destaca os encontros, as relações interpessoais que formam o ambiente de trabalho.

- A ambiência expressa também a energia boa ou ruim no ambiente de trabalho.

Grupo II

- Ambiência não está num lugar, mas numa nova forma de fazer as coisas num determinado lugar.
- Ambiência se refere às relações e vivências das pessoas com e no ambiente.
- A ambiência revela determinadas coisas do modo de produzir saúde, e revela também situações. Por exemplo, nos deslocamentos das queixas para o ambiente-espço físico. Utiliza-se a queixa do espaço para esconder questões que se mexidas vai alterar o dia-dia do trabalho naquele lugar. É mais fácil “culpar o espaço físico”. Ex. solicitação do serviço para que se tenham diversas salas de espera como estratégia para pulverizar e fragmentar os conflitos, as quais acabam se transformando em espaços de ninguém, sem responsabilização e que, no entanto poderia se aproveitar esses espaços para desvelar os conflitos.

Essa ultima fala do grupo ao mesmo tempo em que aponta uma potencia importante que pode ser aproveitada na ambiência como um analisador que revela determinadas coisas e situações, como os conflitos, deve ser analisada com a devida cautela. Mais do que compreender que as queixas colocadas no espaço físico sejam para ocultar situações que não se pretende mexer é interessante entender que pela análise do espaço são possibilitadas análises e problematizações dos processos de trabalho e dos modos de se fazer a gestão e produzir saúde num determinado lugar e que essa possibilidade de intervenção deve ser oportunizada

Grupo III

- Trabalhar a ambiência incorpora as pessoas atravessando o espaço e sendo atravessado por elas. Esse olhar que o conceito de ambiência traz é um avanço qualitativo na discussão do espaço físico na saúde.
- Temos dificuldade para se criar espaços coletivos para a discussão dos projetos no nosso cotidiano de trabalho, como se preconiza no dispositivo da ambiência.
- Necessidade de sair do amadorismo, o não profissionalismo no momento de se fazer alterações no espaço físico fragiliza o processo e os resultados. Desafio: como fazer?
- Conceitualmente, trabalhou-se no grupo esse avanço qualitativo da ambiência no debate da humanização nos territórios dos SUS.
- Ultrapassar a boa vontade pessoal, mas constituir coletivos.

No debate após a apresentação em plenária dos grupos, as falas dos mesmos foram reafirmadas e melhor desenvolvidas. Aparecendo algumas novas questões como:

- Como lidar com as normas que regulamentam os estabelecimentos de saúde a favor dos serviços, dos processos de trabalho e dos modelos que se pretende e não como instrumento de controle e de barreira;
- A acessibilidade - NBR 9050¹³ e da lei que garante o acesso e inclusão das pessoas, porém é muito rígida e sem possibilidades de singularização, dificultando o trabalho dos arquitetos nos projetos especialmente de reforma e adaptações.

¹³ A NBR 9050:2004 citada é uma norma técnica brasileira da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) que estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando do projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade.

- Reflexão sobre as saídas possíveis para se enfrentar a tendência identificada à padronização e "marcas", que são desejos da gestão municipal, com a necessidade de singularização dos serviços nos seus territórios.
- O cuidado que deve ser tomado com o olhar de quem vai fazer intervenção no espaço público, que muitas vezes está contaminado por questões instituídas tanto socialmente, quanto de conceitos, métodos, modo de estar nos lugares e nas situações.

CENA II

Oficina de Ambiência para problematizar e repensar o conceito do espaço físico das Unidades de Saúde da Família junto aos Municípios que receberão incentivos do Estado para reformas e ampliações das suas unidades.

Personagens: representantes da gestão da Secretaria Estadual Saúde (SES)- equipe da superintendência da Atenção Básica, representantes de secretarias municipais, técnicos da Vigilância Sanitária do Estado, equipe de arquitetura da SES, uma artista plástica convidada para apresentação de experiência em outros Estados e uma apoiadora matricial¹⁴ da PNH que atuou como facilitadora da oficina.

PRIMEIRO ATO:

Os participantes se apresentam e a conversa é aberta com uma fala da superintendente da Atenção Básica sobre as expectativas do encontro e das propostas do Estado para uma Política indutora na Atenção Básica, tendo como

¹⁴ Apoio matricial é um conceito desenvolvido por Campos (1998; 2000) e que é utilizado como um arranjo de gestão para as ações de apoio institucional da PNH junto aos Estados, Municípios e serviços de saúde. Nesse sentido, para apoiar o trabalho com a "Ambiência" foram incluídos no processo profissionais da arquitetura que atuam de modo transversal apoiando as ações intensivas e extensivas conforme já descritas anteriormente.

diretriz a humanização da Atenção e da Gestão. Enfatizando a importância de estar se construindo essas ações e intervenções de forma coletiva.

Acontecimento: Fala sobre o Conceito de Ambiência, da Ambiência no contexto PNH e junto com os demais dispositivos, com ênfase no modo de produção do espaço pela Inclusão, chamando a atenção para a relação entre produção de espaço, produção de saúde e produção de subjetividade. Foram mostradas diversas experiências por meio de fotos que incluíram os usuários e a comunidade no processo de mudanças nos espaços físico e a inserção das artes no cotidiano dessas unidades.

SEGUNDO ATO:

Um trabalho em grupo: Os participantes se dividiram em grupos para refletir sobre as necessidades e possibilidades de novas criações para as ambiências considerando a Política Nacional de Humanização/conceito de Ambiência, a Estratégia de Saúde da Família e as propostas de estrutura física trazida pelo Ministério da Saúde, e o modelo proposto para a Estratégia da Saúde da Família no Estado, sendo indicadas algumas questões como guias para as discussões conforme descrição abaixo:

- a) Refletir sobre os espaços enquanto território de encontros e convivência com o objetivo de produção de saúde.
- b) Inclusão da comunidade usuária/trabalhadores e gestores no processo de construção do projeto.
- c) Trabalho em equipe nas unidades e em Visita Domiciliar / espaços compartilhados.
- d) Discutir as tipologias das unidades (número de equipes, equipe mínima, etc)

- e) Discutir o conceito arquitetônico das unidades: espaços necessários (ambientes) e seus arranjos, relações de proximidade, dimensões, iluminação, ventilação, cores, entre outros.
- f) Pensar como serão as estratégias para singularização da proposta nos municípios.

TERCEIRO ATO:

Apresentação dos grupos: Após o trabalho, os grupos apresentaram suas discussões e propostas baseados na orientação da facilitadora da oficina que ao discutir a ambiência das unidades, se refletisse sobre os processos de trabalho, sobre a resolutividade e o modo como se propõe a atenção na unidade e no território.

Uma das discussões mais presentes foi sobre a questão do risco, especialmente devido à participação da Vigilância Sanitária, pois na norma para regulamentação dos estabelecimentos de assistência a saúde se preconiza que os ambientes sejam adequados e que propiciem a eliminação, controle e gestão do risco de acordo com a argumentação apresentada pela representante da VISA.

Foi debatida a questão dos jardins e aquários propostos nas unidades e que já foram incluídos em outras experiências apresentadas quando do questionamento por parte da VISA do risco de contaminação. A reflexão foi no sentido de qual risco está se falando? Focado em apenas determinantes higienistas ou não? Por exemplo: o aquário poderá ter todo um processo de cuidado e tratamento da água que não provoque nenhum um risco de contaminação, já há o risco de não se conseguir fazer um procedimento numa criança, nesse caso de inalação, por conta do medo, do stress poderá ser mais prejudicial à saúde dessa criança, sendo que essa situação tensa poderá ser diminuída utilizando-se composições lúdicas como é o caso do aquário na sala de inalação.

Os grupos apresentaram descrições de possibilidades para arranjos de ambientes e modo de funcionar das unidades, setorizações pretendidas e relações entre áreas de acordo com o processo de trabalho (ambientes e seus arranjos). Foi apontada a necessidade de aprofundamento das discussões, pois este dia de trabalho foi de intensa reflexão, problematização, discussão e experimentação de trabalho em grupo, mas apenas um início do processo coletivo para repensar os conceitos e a produção do espaço das Unidades de Saúde da Família.

Um dos grupos trouxe a sua discussão através de um croqui que cria possibilidades de arranjos para as unidades, conforme pode se observar na figura abaixo:

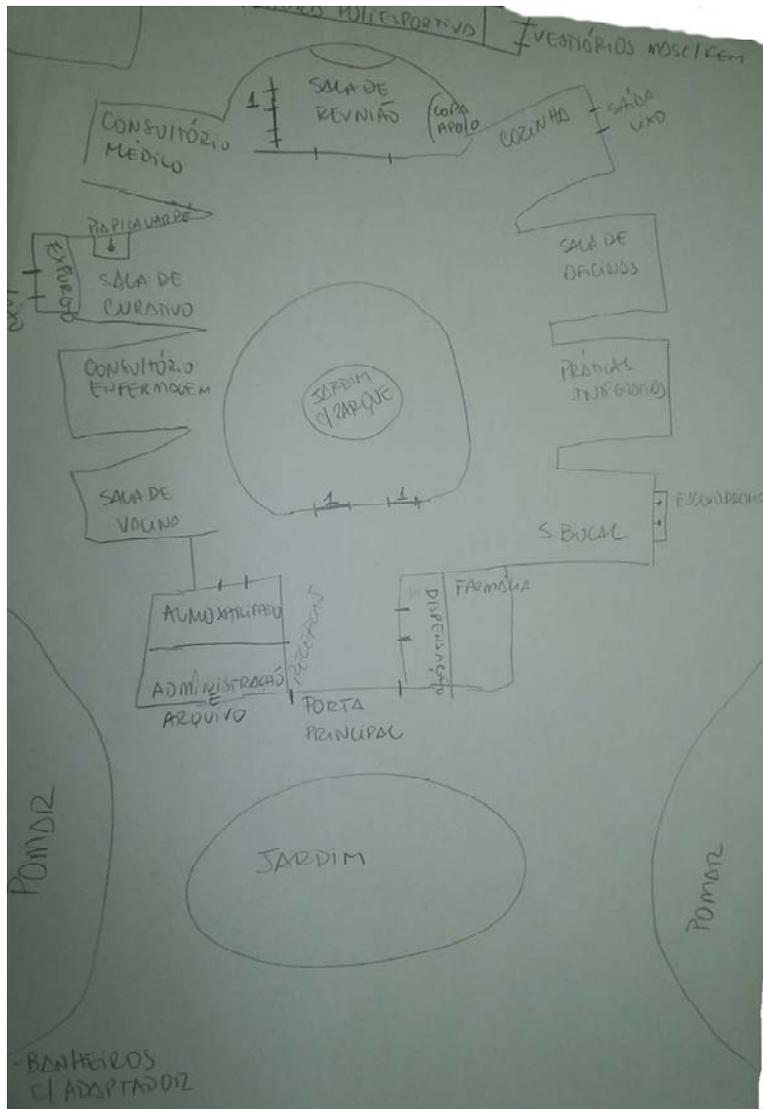


Figura 7- Croqui com proposta de arranjo espacial para uma UBS com 1 ESF.

Fonte: Arquivo pessoal. Caderno de anotações.

O grupo que apresentou o desenho acima como produto da sua discussão ao invés da descrição de como poderia ser as unidades destacou que a concepção do croqui se deu dessa forma por acharem que a unidade de saúde família deve funcionar como uma engrenagem e que é interessante para se ter uma ambiência agradável que todas as atividades se desenvolvam em volta de um jardim interno.

O arranjo e escolha dos ambientes, de acordo com a exposição do grupo, levaram em consideração as áreas que são importantes estarem próximas ou interligadas para facilitar o trabalho em equipe, o fluxo de chegada, o atendimento e a saída, a inclusão de áreas de convivência para trabalhadores e usuários e o processo de trabalho que se pretende construir para uma Unidade de Saúde da Família.

Como encaminhamento foi feita a proposta da constituição de um grupo multiprofissional de trabalho (GT) para aprofundamento das discussões e elaboração de uma proposta de ambiência para unidades com três e cinco equipes de saúde da família, seus ambientes e arranjos de acordo com o modelo pretendido, assim como refletir sobre o modo como esse tema será trabalhado junto aos municípios.

O regate da memória dessa Cena é interessante pelo fato de mostrar o modo como o processo tem acontecido, mesmo sendo uma fase inicial percebe-se a inclusão de uma equipe multiprofissional para discussão com proposta de trabalho de modo transversal.

O processo poderia ocorrer de outra forma, por exemplo, apenas equipe de arquitetura reunida com gestores para elaboração de um programa físico funcional das unidades baseado somente na normatização vigente, nos manuais e talvez numa escuta cuidadosa das necessidades, prescrevendo a melhor solução para os espaços das unidades, criando-se modelos ou padronizações de modo a se terem também estimativas de custo. No entanto, a opção foi de um processo coletivo.

A partir do momento em que se adota como estratégia para fortalecimento da Atenção Básica nesse Estado a Saúde da Família e se propõe como parte de uma política indutora o investimento nas estruturas físicas são lançadas oportunidades para singularizar o processo que podem ou não serem aproveitadas, dependendo de diversos fatores entre eles os interesses políticos, a disposição e sensibilidade dos gestores.

Retomando a discussão do segundo capítulo sobre as normas no que se refere à Atenção Básica foi visto que existe uma Unidade Funcional na norma vigente que elenca os compartimentos que um Estabelecimento de Assistência à Saúde deve possuir ao desenvolver a atividade de ações básicas de atenção a saúde, o qual não propõe arranjos espaciais, apenas descreve seus ambientes, dimensões e instalações necessárias. Já o Manual para Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde aponta a Saúde da Família como estratégia e propõe arranjos para a configuração das Unidades para a Saúde da Família.

Essa Cena nos mostra que mesmo tendo que lidar com questões macros, obrigatórias de serem seguidas por força de lei, topou-se o desafio de fazer diferente, de aproveitar a oportunidade de investimento para mudança no processo. O que pode gerar tanto uma tensão com o modo de funcionar quando romper com alguns paradigmas instituídos. Por exemplo, um grupo apresentar um croqui que foi elaborado por profissionais da saúde e não por um arquiteto. Como lidar com essa situação? Como atravessar os limites e desestabilizar as fronteiras dos saberes e poderes com o objetivo de se produzir, de se criar um projeto comum.

A Oficina de Ambiência pode ser um método de apoio bastante potente para lidar com essas situações à medida que propõe a produção coletiva do espaço, a construção de projetos co-geridos de ambiência onde os diferentes sujeitos implicados no processo sejam protagonistas. Afirmando, porém, que tem uma parte nesse processo de projeto que é mais individualizada, de escuta sensível, criação e trabalho do profissional de arquitetura.

CENA III

A Cena "Saúde com Arte no HOB" que conto a seguir expressa uma experimentação no sentido de trabalhar transformações na ambiência de um hospital, por meio das artes com inclusão dos trabalhadores, usuários e comunidade local.

Esta Cena trata do projeto “Saúde com Arte” que acontece num Hospital Geral localizado na cidade de Belo Horizonte.

É um projeto que teve início em junho de 2005 e continua em processo de implementação, sendo importante ressaltar que se insere num contexto de transformações nos modelos de gestão e atenção que essa instituição de saúde tem vivido, contando com o apoio institucional intensivo para implementação dos dispositivos da humanização, trabalhando a transformação das Ambiências articulada às diretrizes da Gestão Colegiada, o Acolhimento, a Visita Aberta e Direito ao Acompanhante, a Clínica Ampliada, os Contrato de Gestão no Hospital e a organização das Unidades de Produção¹⁵.

A proposta do projeto, no que se refere à Ambiência, tem sido transformar os espaços físicos, incluindo a arte no cotidiano da instituição de modo que os trabalhadores, usuários e a gestão participem do processo, buscando parcerias necessárias com artistas da cidade e da comunidade local, englobando uma série de ações relacionadas à cultura e arte. Com o objetivo de promover um espaço agradável em conjunto com os projetos terapêuticos desenvolvidos pelas equipes da assistência.

Assim o projeto tem uma dupla finalidade: A primeira é trabalhar a partir de oficinas com os trabalhadores das unidades de produção do Hospital, bem como usuários ou acompanhantes, as ambiências do hospital, visando à discussão sobre processo de trabalho articulado as mudanças no espaço físico. A segunda é estimular a inclusão das artes, na suas mais diferentes formas de expressão, no cotidiano da instituição de saúde com a participação dos trabalhadores, dos gestores, dos usuários e a comunidade que reside no entorno do hospital. Articulando o como fazer como o que fazer.

O projeto: A proposta foi fazer num primeiro momento uma semana de encontros, tendo como atividades algumas rodas de discussões e oficinas de ambiência com os trabalhadores, usuários e representantes da comunidade,

¹⁵ O conceito de Unidade de Produção foi desenvolvido por Campos (1998) e é utilizado como um arranjo organizacional neste hospital.

apoiados por uma arquiteta e uma artista plástica que atuaram como facilitadoras do processos, com o objetivo de discutir as demandas do grupo e ir construindo com eles um plano para implementação do projeto e das atividades no hospital.

A equipe gestora do hospital e alguns trabalhadores trouxeram ofertas de atividades como fazer um varal de poesias nas rampas, oficinas de arte, música, exposição de obras de artistas do hospital e da comunidade e a proposta de um acontecimento para "inaugurar" o projeto que seria a pintura de um painel no interior do hospital por uma artista plástica convidada. Os participantes da comunidade/usuários trouxeram como oferta a elaboração de grafiteagem no muro que cerca o hospital, uma exposição de quadros, esculturas e música.

Foi apresentada como uma das demandas tanto da gestão quanto dos trabalhadores criar alguma estratégia ou fazer um trabalho artístico, no local onde a comunidade acumula lixo na área externa posterior do hospital encostada em uma das laterais do muro que circunda o hospital, com a intenção de cuidar da área e ter alguma ação pedagógica na aposta de que as pessoas mudem esse hábito.

Na oficina inicial com os trabalhadores, gestores e comunidade usuário foi escolhida uma parede onde seria pintado o painel artístico, a escolha ocorreu por meio de uma votação entre os trabalhadores de todas as unidades do hospital. Foi decidido também nesta oficina que o muro do hospital sofreria uma intervenção artística de grafiteagem no local onde a comunidade depositava o seu lixo e que seria construída uma agenda de atividades culturais e artística para a semana.

As decisões dos trabalhadores e dos participantes da comunidade para as atividades a serem realizadas durante a semana foram: exposições de telas e esculturas, oficina de desenhos na pediatria, oficina de argila, oficina de culinária, música em diversos locais do hospital, painel itinerante de contos e poesias, varal de poesias, criação de painéis artísticos em diversas paredes do hospital e uma oficina com grafiteiros para elaboração da proposta e grafiteagem do muro do hospital.

As expectativas com relação à implementação desse projeto, de acordo com os relatos da direção do hospital, teve como objetivo principal contribuir para a produção de saúde e produção de sujeitos, nessa situação singular, com a inclusão no processo de produção e transformação do espaço físico dos sujeitos trabalhadores, gestores e usuários do serviço, favorecendo o sentido de pertencimento e apropriação desses sujeitos nos seus territórios.

O interessante aqui é destacar o processo de produção das propostas, por exemplo, da grafiteagem que partiu da necessidade de se lidar com um problema numa esquina do hospital, onde a comunidade acumulava lixo que além da poluição urbana propiciava a proliferação de insetos, que migravam para o interior do hospital.

E nesse sentido, foi proposto um trabalho intersetorial, chamando representantes da comunidade pra dentro do hospital com o objetivo de construir em conjunto as possibilidades para enfrentar o problema. Houve ainda, a negociação conjunta da direção do hospital e representantes da comunidade com a gestão municipal para o recolhimento do lixo e limpeza da área pela prefeitura, o aumento da frequência da coleta urbana, inclusive com a subida do caminhão para recolher lixo no morro.

A proposta para intervenção neste lugar onde a comunidade acumulava o lixo foi da elaboração de painel grafitado pelos "meninos do morro" numa parte do muro, que tivesse também um componente pedagógico.

Para elaboração da proposta de grafiteagem foi desenvolvida uma oficina com os grafiteiros, chamados meninos do morro, discutindo questões relacionadas ao meio ambiente e a importância do hospital para a comunidade entre outras, sendo que nesse processo de discussão coletiva participaram também trabalhadores do hospital e gestores.

Durante a oficina foi escolhida a frase "mude pra melhor o seu ambiente", cuja composição do desenho, a dispôs na parede do muro junto com imagens de cidade, da mata, da água, criando a paisagem de um rio que lavou o lixo.

Ainda, durante a oficina algumas falas dos meninos grafiteiros do morro chamaram a atenção, como essas transcritas abaixo e que foram publicadas em entrevista dos artistas ao jornal Estado de Minas:

"Começando pela cor escolhemos uns tons mais claros porque é num hospital e o trabalho tem que corresponder com o ambiente pra não ficar muito pesado pro clima de um hospital. A frase foi elaborada no conceito de que o ser humano é o único agente que pode mudar o ambiente que gente vive e já que o ser humano vai agir no ambiente, então agir pra melhor. É a forma de chamar a responsabilidade das pessoas pra cuidar do ambiente. Cuidar do espaço urbano também é preservar o ambiente. Como já foi falado pelas pessoas do hospital, isso é um projeto que leva tempo e pode não dar um resultado imediato, mas o recado a gente está passando aqui através do grafite" (Estado de Minas, 27/07/2006)

"Vamos utilizar o logotipo do "menininho" do humanizaus na esquina do muro, porque achamos bonito e isso que está acontecendo agora no hospital, permitindo a gente entrar e contribuir para a beleza do hospital, para gente é humanização e o SUS, agente vai colocar grafitado também, porque o SUS é nosso não é do governo."

O líder/professor dos meninos do morro relatou que era pichador e como gostava também de desenhar em papel participou de um projeto da prefeitura para aprender a arte do grafite, pois sempre que passava nos corredores da cidade de ônibus, olhava os grafites e ficava encantado. Quando apareceu essa oportunidade de aprender o grafite ele agarrou. E como teve essa oportunidade, depois que aprendeu achou que tinha que ensinar os outros meninos. Relata ainda, que agora esse trabalho no hospital é uma oportunidade de trazer os meninos e deles também terem seu trabalho reconhecido num lugar que tem visibilidade, além de contribuir para a beleza e mostrar o valor do grafite para a sociedade.

Essa intervenção que aconteceu na "fronteira" entre o hospital e a comunidade usuária, mesmo que não intervindo diretamente nos modos de se fazer a atenção, na assistência, nos processos de trabalho cotidiano, potencializa a alteração nos modos convivência entre os usuários do hospital, a comunidade e os trabalhadores e neste sentido aposta-se na sua força de atuar também como um dispositivo que venha a contribuir nas mudanças dos processos de produção de saúde.

Para a continuidade desse processo estão sendo traçadas algumas estratégias entre as quais se destacam a parcerias com uma escola de artes da cidade e com o centro cultural da comunidade, criando-se um grupo com trabalhadores do hospital responsável pela continuidade do processo.

Outro acontecimento durante esse processo de criação do projeto saúde com arte foram as oficinas de escultura em argila que passaram a ocorrer no hospital para os usuários (pacientes e acompanhantes) e trabalhadores produzida também por um escultor autodidata da comunidade. As oficinas foram conseqüência das atividades de um escultor que durante a semana produziu suas obras no saguão do hospital, o que estimulou o desejo nas pessoas de aprenderem a arte e de que essa atividade tivesse continuidade de modo regular no cotidiano do hospital.

Vale uma pausa para um questionamento: O que tem haver essa cena com o "Conceito de Ambiência"? E o saber específico da arquitetura onde e como contribui? O que acontece nesse encontro da arquitetura, artes, saúde para a transformação de um espaço?

Essa cena mostra uma intervenção/experimentação no espaço físico com a participação de um grupo de pessoas, trabalhadores, usuários, comunidade composto por diferentes saberes da arquitetura, da saúde, das artes, da sabedoria popular, promovendo outro modo de se fazer alterações nos espaços no sentido da democratização. Pois, poder-se-ia apenas lidar com essas situações de modo a seguir as normas, o controle e gerenciamento de risco no caso do lixo de forma

autoritária e verticalizada, ou no caso das mudanças internas, o profissional de arquitetura e o artista plástico poderiam escolher e prescrever as cores e os quadros que achasse melhor para o ambiente.

A escolha nessa situação foi de promover as intervenções incluindo os sujeitos, de modo a favorecer a participação e a criação coletiva. E caso a escolha para essas intervenções fosse outra, sem inclusão dos sujeitos que trabalham, usam e vivenciam a instituição, qual o potencial para contribuir concretamente nas mudanças, nas relações de convivência e nos próprios processos de trabalho esse outro processo propiciaria? Que efeitos produziriam? São questões que ainda nos provocam e que instigam a continuidade de estudos e de novas experimentações.

A seguir estão anexadas fotos da Cena Saúde com Arte no HOB:



Figura 8- Imagem fotográfica da situação do muro do hospital antes do grafite, mas já com o lixo removido. Projeto Saúde com Arte no HOB

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/HOB_02-10.pdf

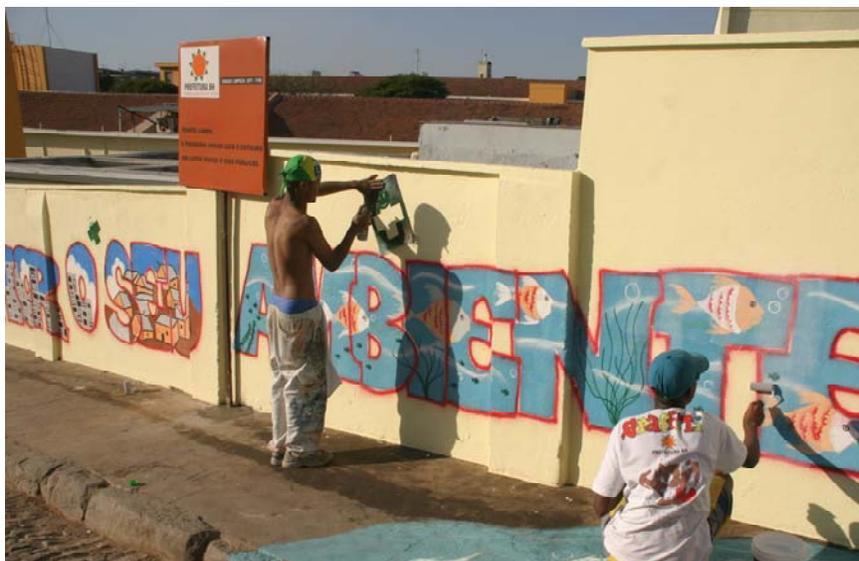


Figura 9- Imagem fotográfica da confecção do grafite no muro do Hospital pelos meninos do morro. Projeto Saúde com Arte no HOB

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/HOB_02-10.pdf

Assim como em Esmeraldina existem diferentes modos para se deslocar na cidade e cada escolha constrói um caminho, para a produção do espaço físico, neste caso na saúde, também existem diversos caminhos que podem ser alternados e reconstruídos no próprio caminhar, sendo que cada escolha produz diferentes efeitos e a deriva alienada pode ser um risco indesejável.

É nesse sentido que inspiradas nas vivências dos modos como foi conduzida a discussão e ou a produção do espaço físico nas Cenas contadas nesse capítulo e em outras experimentações vivenciadas enquanto arquiteta atuando na saúde que são indicadas algumas possibilidades para condução do processo de co-produção, as quais podem ser usadas como guias mais do que um método ou uma única e exata direção a ser seguida para a produção do espaço físico na saúde.

As cenas mostram que nas três situações os acontecimentos se deram a partir da constituição de um espaço coletivo para discussão, decisão e intervenção nos processos, sendo trabalhados numa relação de ofertas e demandas, porém essa relação fica mais explicitada na Cena III ao contar uma intervenção concreta.

O material de experimentação trazido nas cenas, somado a revisão literária, as escutas das falas/queixas de trabalhadores do SUS e as problematizações que atravessaram essa dissertação provocam e subsidiam a indicação de algumas possibilidades para a co-produção do espaço físico na saúde que propõe lidar de outra forma com o componente normativo, desviando do modo de trabalho prescritivo.

As Cenas II e III contam processos de ações concretas para elaboração de propostas e diretrizes para projetos de arquitetura no caso da Cena II e de intervenção e transformação da realidade no caso da Cena III. As duas experimentações nos servem como material de análise e inspiração para a criação da proposta de um modo para co-produção desses espaços com indicação das guias para condução.

Não é objetivo deste trabalho elaborar roteiros específicos para as Oficinas, no entanto pode-se indicar alguns passos como guia para a condução do processo, por exemplo para uma Oficina de Intervenção/ Co-produção do espaço físico na saúde que opere na intercessão de saberes para a elaboração de projetos, sejam eles de reforma, ampliação ou construção nova.

Passos para a condução de uma Oficina de Ambiência:

- Criação de um espaço coletivo¹⁶ (grupo) para discussão e decisão com inclusão de diferentes sujeitos implicados no processo (trabalhadores, gestores, representantes dos usuário, arquitetos e engenheiros).

¹⁶ Espaço Coletivo é utilizado conforme o conceito criado por Campos (2000): [...] um lugar e um tempo específico em que ocorrem encontros entre Sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes (Campos, 2000, p.232)

- A experimentação nos serviços de saúde tem mostrado que é potente se trabalhar com um apoiador ou facilitador no grupo, podendo este Sujeito ser o profissional com núcleo de saber específico da arquitetura ou não, dependendo da singularidade de cada grupo.
- Promover discussão sobre o modelo assistencial e os processos de trabalho que acontecem ou acontecerão no lugar da intervenção, descrevendo esses processos por meio de fluxogramas analisadores, diagramas ou outro instrumento que o grupo achar mais adequado.
- Verificar o que a normatização traz sobre os espaços para a determinada unidade ou serviço referente aos ambientes necessários, características, instalações e dimensões.
- Elaborar uma descrição dos espaços e seus arranjos que o grupo entenda como necessários e desejáveis de acordo com o projeto assistencial e os processos de trabalho, por exemplo, referentes aos agrupamentos de ambientes, setorização, caracterização, conforto, cores, relações de proximidade, compartimentação, dimensões, instalações, entre outros.
- Problematizar e discutir a adequação da normatização à proposta assistencial e aos processos de trabalho, caso haja divergências entre o que é obrigatório pela norma e a necessidade do serviço, a indicação é negociar o melhor arranjo a partir da proposta assistencial, uma vez que a própria norma vigente, a RDC 50/2002 proporciona essa possibilidade.

Todas as atividades acima descritas devem acontecer no Espaço Coletivo e produzem a matéria que o profissional de arquitetura utilizará para a criação do conceito, do partido arquitetônico e elaboração do projeto.

É possível que numa variação do "método" o profissional de arquitetura já chegue com algumas propostas elaboradas previamente para discussão como ofertas para o grupo e desse modo poderá ocorrer uma reconfiguração do processo na condução da oficina, porém é importante que se sigam como guia os passos acima descritos e que a forma de atuação aconteça sempre na intercessão dos saberes da arquitetura e da saúde, olhando para os processos de trabalho e os espaços.

Para exemplificar como pode acontecer o processo de construção coletiva para um projeto é descrito a seguir na Cena IV, o processo de uma oficina com o objetivo de discussão e elaboração das diretrizes para o espaço de um Pronto Socorro Hospitalar. Nessa situação, a área física destinada para abrigar o serviço de urgência e o recurso financeiro disponível já encontravam-se pré-estabelecidos e constavam no planejamento da organização e num estudo de plano diretor físico existente para o hospital.

Participantes: 25 pessoas:

1. Público interno: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicóloga, nutricionista, fisioterapeutas da urgência e emergência e áreas de apoio do Hospital. Representantes do grupo de trabalho de humanização, assessoria de imprensa e membros da administração e direção do Hospital.
2. Público externo: diretora regional de saúde do Estado, representante da gestão municipal e de outros serviços da rede.

Objetivos específicos da oficina:

1. Discutir a reestruturação do Pronto Socorro Hospitalar sob a ótica da sua construção, dos processos de trabalho, das suas políticas de lateralidades tanto internamente quanto em relação a rede municipal e regional.

2. Discutir os conceitos e tecnologias, sugeridos pela Política Nacional de Humanização (PNH), que serão incorporados nesta reestruturação.
3. Ampliar possibilidades de formação de grupidades, com foco nas equipes de urgência e emergência e seus apoios.
4. Elaborar proposta de mudança no projeto em desenvolvimento.

O projeto co-gerido de Ambiência

O grupo participante foi subdividido em quatro equipes de trabalho. Cada equipe trabalhou com uma área de acordo com o diagrama de massa exposto, o qual orienta a organização dos espaços físicos baseada no modelo da atenção por nível de gravidade na urgência¹⁷, indicando um arranjo de áreas funcionais que são identificadas pelas cores vermelha, amarela, verde e azul.

O profissional de arquitetura do hospital já havia elaborado um estudo preliminar para o projeto, observando as exigências da normatização e as discussões anteriores com o gestor do hospital e da unidade, os trabalhadores e alguns usuários do Pronto Socorro, discussões que ocorreram de modo fragmentado e individual.

O grupo foi subdividido em quatro equipes de trabalho. Cada equipe trabalhou uma área de acordo com o diagrama de massa e suas caracterizações.

As áreas trabalhadas foram identificadas por área azul, área amarela, área vermelha e área verde. E os eixos, identificados como eixo azul e eixo vermelho.

¹⁷ A organização do processo de trabalho na Urgência baseado na Atenção por Nível de Gravidade é uma orientação da Política Nacional de Humanização (PNH), cujas diretrizes encontram-se publicadas em documentos da política, entre eles: nas Cartilhas de Acolhimento com Classificação de Risco, de Ambiência, Equipe de Referência, de Clínica Ampliada, entre outros. Não foi encontrado um documento específico sobre o tema. A Cartilha de Ambiência traz no Anexo A orientações para organização dos espaços físicos na Urgência a partir da Atenção por Nível de Gravidade e o Acolhimento com Classificação de Risco.

Como Oferta para o grupo ficou exposto como guia para as discussões o diagrama de massas que foi desenvolvido pelo profissional de arquitetura a partir da concepção da Atenção por Nível de Gravidade na Urgência.

Ainda como guias de orientação foram utilizadas a Norma da Anvisa, RDC 50/2002, sendo que cada participante recebeu uma cópia da tabela de ambientes referente a Unidade Funcional 2 (Atendimento Imediato) e um texto elaborado por apoiadores do hospital sobre a atenção por nível de gravidade.

Foram montados painéis nas cores vermelho amarelo, verde e azul, onde foram colocadas as tarjetas com as caracterizações de cada área produzidas pelo grupo.

A equipe Azul: trabalhou a área azul do eixo azul

A equipe Amarela:trabalhou a área amarela do eixo azul e do eixo vermelho.

A equipe vermelha: trabalhou a área vermelha do eixo vermelho

A equipe verde :a área verde do eixo vermelho/azul

Cada equipe apresentou seu painel e foi desenvolvido o debate entre os grupos. Após a apresentação e debate foi descrito pelo grupo os ambientes que cada área deveria conter com sua caracterização (configuração espacial, dimensões desejáveis, mobiliários, equipamentos, indicação de cores, paisagismo etc.) e a proposta de arranjo funcional – relação entre as áreas e entre os ambientes.

O estudo preliminar que havia sido elaborado inicialmente para o projeto sofreu intervenções e modificações resultando no novo projeto do Pronto Socorro. As mudanças mais significativas ocorreram no sentido de diminuir a compartimentação das áreas e criação de mais espaços que favorecesse o trabalho em equipe e a não fragmentação do processo de trabalho pensado nesse

caso a partir da atenção pó nível de gravidade na urgência, tendo como diretriz o acolhimento e a classificação de risco.

A seguir está anexado o diagrama de massa que orientou o processo de discussão e o projeto arquitetônico elaborado pelo arquiteto resultante após a oficina.

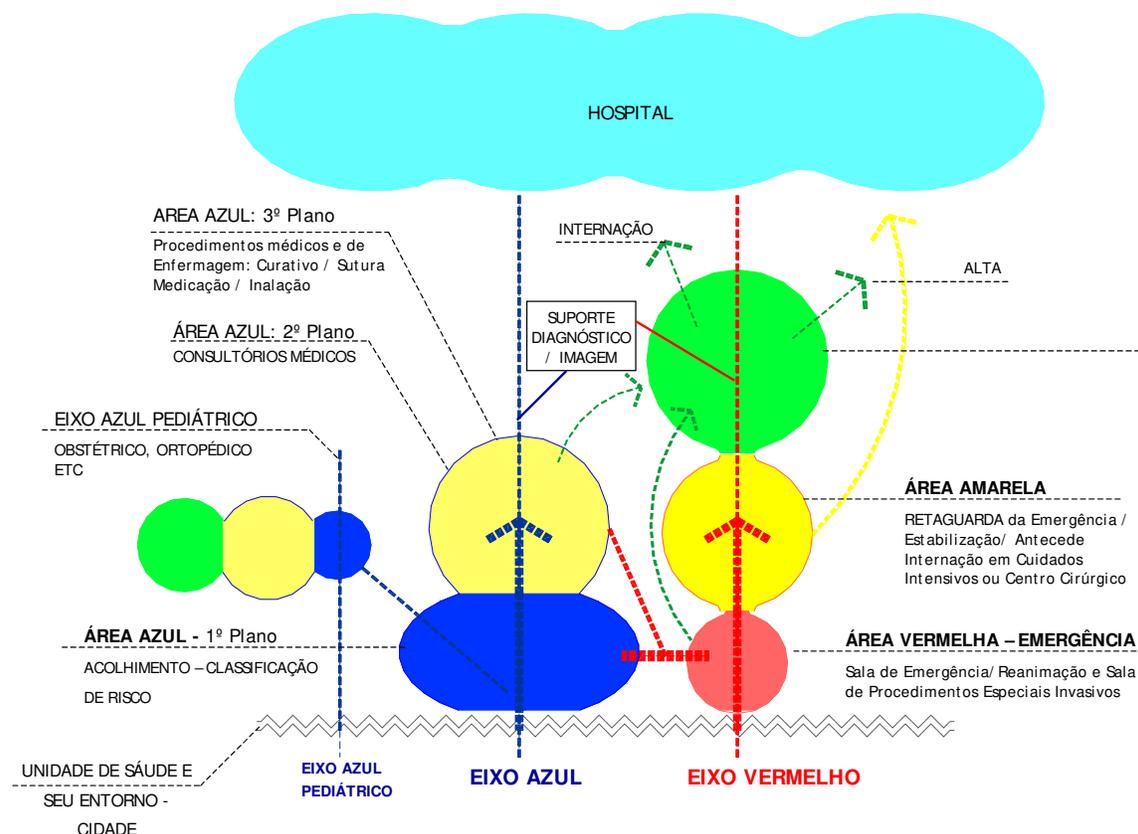


Figura 10- Diagrama de Massas que orientou o processo de discussão.

Fonte: arquivo pessoal.

Figura 11: Planta Baixa de Pronto Socorro desenvolvida no processo da Oficina (Cena IV).
Fonte: arquivo pessoal.

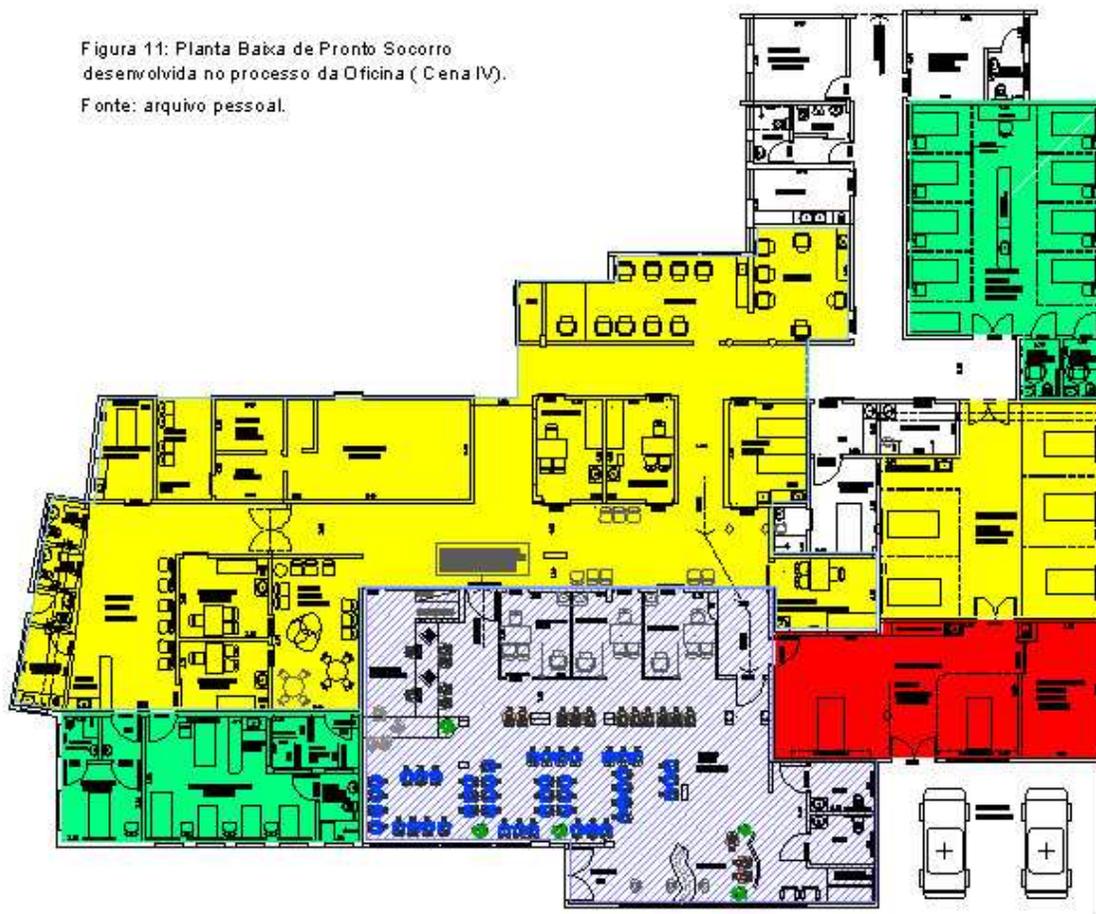


Figura 11- Planta Baixa de Pronto Socorro desenvolvida após processo de co-produção do espaço.

Fonte: arquivo pessoal

CAPÍTULO 5
Considerações Finais



A entrada da arquitetura e do urbanismo na vida das pessoas pode acontecer de diferentes modos, assim como a inclusão ou não desses sujeitos no processo de construção e intervenção no espaço, ou melhor, nos seus territórios vivenciais.

Para os espaços físicos da saúde, uma entrada que tem se mostrado potente na intercessão arquitetura e saúde e que foi destacada nesse trabalho é a de problematizar a concepção e ou alteração desses espaços para além do espaço físico construído normativo, estático, concreto e morto. Compreendendo que ao alterar os espaços físicos pode se tensionar e provocar também as alterações nos processos de trabalho que nele acontecem, criando a possibilidade de ser mais um dispositivo que contribuía com gestão para as mudanças nas instituições de saúde.

É uma compreensão que aposta na composição de saberes para a co-produção dos espaços físicos, entendendo que o espaço não é dado. O espaço é um território que se habita, que se vivencia, onde se convive e se relaciona. É um território que se experimenta e que se produz. E essa produção do espaço se dá porque tem processo de trabalho, encontros entre as pessoas, modos de se viver no espaço e modos de ir reconstruindo o espaço.

A arquitetura aqui é entendida como uma arte que está intimamente ligada à vida cotidiana, produzida por e para pessoas, no sentido de que está o tempo todo aberta a novas composições, para a criação e invenção de novas possibilidades de vida num espaço.

Olhar a arquitetura como uma arte destaca a sua dimensão estética que pode ser compreendida tanto na composição formal, plástica, da qualidade dos ambientes, do conforto, da beleza e da adequação dos espaços, fundamentais em toda obra arquitetônica. Mas destaca também o sentido estético de inovação criativa, produzida no processo coletivo e com protagonização dos sujeitos que vivenciam o espaço.

Sobre esse sentido criativo da arte Deleuze (1994, p. 87) afirma que "(...) na base da arte, há uma idéia ou um sentimento muito vivo, que é uma certa vergonha de ser homem que faz com que a arte consista em libertar a vida que o homem aprisionou. E que o artista é quem libera uma vida potente, uma vida mais do que pessoal."

É nesse sentido, da dimensão criativa da vida, que trabalhar a produção do espaço físico de modo coletivo e com protagonismos nas instituições de saúde pode encontrar potência e brechas para contribuir nas mudanças de processos de trabalho e nas relações de convivência, de modo que os trabalhadores sejam artistas não só do seu próprio trabalho, mas também do espaço que vivenciam.

Os modos como isso pode acontecer são variados, sendo uma das possibilidades apontadas nesse trabalho o modo de co-produção dos espaços físicos por meio das oficinas de ambiências proposto pela Política de Humanização. Porém fica como provocação para os trabalhos futuros um mergulho nessa investigação, olhando para o desafio da inclusão não só dos trabalhadores, mas também dos usuários, que ainda aparece com pouca expressão.

A compreensão apresentada nesse trabalho aposta que lidar com espaços físicos na saúde vai além do planejamento de espaços arquitetônicos pensados somente em seus componentes plásticos e formais, dimensionando compartimentos maiores ou menores, distintos pela especialização dos serviços, das tecnologias médicas, pelas questões de biossegurança e da rigidez normativa.

Um dos sentidos para abordar outras dimensões além da objetiva, formal que está visível e construída no espaço é fortalecer a sensação de pertencimento e a apropriação do território pelos sujeitos que o vivenciam, sejam nos hospitais, nos prontos socorros, nas maternidades, nos centros de especialidades, nas unidades básicas de saúde, criando possibilidades para que estes sintam-se "em casa" como indica Felix Guatarri (2005):

“O território pode ser relativo tanto ao espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual o sujeito se sente “em casa”.O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente toda uma série de comportamentos, de investimentos nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.” (Guatarri e Rolnik, 2005. p. 388)

O aprofundamento e continuidade da investigação iniciada nesse trabalho de como produzir esses espaços, ou melhor, esses territórios que tem como objetivo dos acontecimentos, das práticas, das relações e dos encontros, a produção de saúde, é um desafio lançado para as investigações futuras.

Em se tratando da construção de espaços físicos para a saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, há uma complexidade que se deve ao fato da relação do profissional de arquitetura e a instituição demandante não se restringir a uma relação entre profissional especialista em arquitetura na saúde e um cliente gestor. A relação se dá também com os sujeitos que vivenciam esse espaço público, com as políticas públicas de saúde, com modelos de atenção e de gestão, com os conflitos, as disputas e as relações de poder que de diferentes formas se expressam nas instituições de saúde.

Desse modo a produção de espaço físico para a saúde apresenta alguns desafios que são conceituais e de método, entre eles:

- (i) Trabalhar na produção do espaço físico de modo que contribua para a produção de saúde e de sujeitos.
- (ii) Lidar com a obrigatoriedade de cumprimento compulsório das normas que regulamentam os estabelecimentos de assistência a saúde, compreendendo as limitações inerentes a toda normatização, buscando trabalhar de modo que não restrinja e sim favoreça a proposta assistencial e de gestão. Pressupondo que essas normatizações são situacionais e há um processo para sua

constituição, podendo ocorrer descompassos entre as alterações das normas e as inovações que são necessárias nos espaços físicos a partir de mudanças nos modelos, quando se criam propostas de espaços que não se "enquadram" nas unidades funcionais descritas na norma.

- (iii) Compreender que na produção do espaço se expressam regimes de sensibilidade, sendo que antes da realidade construída tem o processo de construção e que existem regimes de dizibilidade¹⁸ e de visibilidade, o “como eu digo” e o “como eu vejo”, que fazem parte e orientam esse processo. Um exemplo é entender como o discurso da psiquiatria se relaciona com a espacialidade dos hospícios ou o discurso da doença com o hospital (Foucault, 1977).
- (iv) Apostar num método de produção que favoreça a inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores no processo de discussão e decisão para as alterações nos espaços, tensionando com as concepções que julgam determinante o profissional da arquitetura, para elaborar um determinado projeto no campo da saúde, ser um “especialista” em arquitetura para a saúde. Arriscando que este seja um modo de utilizar os especialismos como forma de exercício de poder e o modo de produção não inclusivo. Mas ressaltar também a importância desses profissionais terem uma escuta qualificada e atuarem de modo a favorecerem a composição dos saberes e a intercessão dos campos.
- (v) O discurso apenas sobre a falta de espaço físico para o desenvolvimento de determinadas atividades também pode ser um analisador sobre os processos de trabalhos instituídos; visto que é

¹⁸ Dizibilidade e Visibilidade são conceitos trabalhados na obra de Michel Foucault, nos quais não me proponho aprofundar nesse momento, porém utilizo para destacar esses regimes, essas virtualidades que estão presentes numa composição do espaço e que tem força de atualização, de formalização.

possível desenvolver diferentes formas de trabalho no espaço, ou seja, ocupá-lo de diferentes maneiras. E que há uma relação entre o que se formaliza no espaço e os processos que nele acontecem, por exemplo, quando uma determinada compartimentação do espaço físico estiver expressando uma proposta de fragmentação do processo de trabalho. São situações que terão visibilidade quando da problematização desses processos e adequações dos espaços.

Ainda sobre a provocação contida no título deste trabalho, da falta de espaço, que a princípio nos remete a “falta-queixa” física articulada a um processo, possibilita questionar se a “falta” referida não é também relativa ao espaço para discussão por exemplo. Sair do discurso da falta e apostar na potência da produção do espaço como um dispositivo para as transformações é um desafio colocado, mas que pode ser oportunizado, utilizado como mais um recurso na gestão em saúde.

Alguns desses desafios conceituais e de método apontados estão sendo debatidos e trabalhados atualmente na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde com a concepção do Conceito de “Ambiência”, que aposta no modo produção coletiva do espaço, ou na co-produção, incluindo no processo sujeitos que o vivenciam, trabalhadores, usuários e gestores, com o objetivo de contribuir na mudança dos processos de trabalho, na produção de saúde e de sujeitos.

A produção do espaço físico na saúde, uma vez pautada nesse modo de intercessão/conexão com a produção de saúde e de subjetividades tem sentido potencializada ao assumir que este espaço que se produz é um território vivencial e de encontros e que existem modos de reinventar a ocupação no espaço sem que necessariamente sejam feitas grandes alterações na estrutura física de um serviço de saúde.

A discussão sobre os modos de produção do espaço, território vivencial, processo de projeto arquitetônico, ambiência, ambiente, entre outros permeia diversos campos de atuação além da própria arquitetura e do urbanismo,

sendo a saúde talvez um dos campos mais potentes para se desenvolver ações num espaço vivo.

O enfrentamento conceitual e de método que tem acontecido na saúde é da maior relevância, visto a frequência e quantidade de reformas e ampliações por que passam as suas unidades, a constante inclusão das novas edificações na rede, sendo que a decisão sobre essas reformas e construção não se referem apenas a arte de construir edifícios e mudar coisas, mas também e especialmente a gestão desses serviços, aos modos de produção e aos processos de trabalho.

Os diferentes modos de compreender e tratar a produção do espaço físico na saúde nos possibilita dar visibilidade à relação desses pensamentos a própria compreensão do processo saúde-doença e aos modos de planejamento e gestão de que mais se aproximam. Uma constatação que parece ser de caráter universal, mas que tem especial interesse para refletirmos sobre os avanços e desafios do Sistema Único de Saúde.

Como operar nessa intercessão de saberes arquitetura e saúde, provocando desvios no lidar com as normas e as regras, escapando das prescrições espaciais, aproveitando a potência que pode vir a ter a interferência dos diferentes saberes para os projetos e alterações dos espaços? Qual é o papel do arquiteto mesmo nesse contexto? E qual é o espaço que falta?

É possível que para alguns leitores dessa dissertação parte das questões acima tenham sido respondidas, porém a pretensão desse trabalho não foi respondê-las e sim dar visibilidade a essas tensões apontando que existem diferentes caminhos para se produzir os espaços e que podemos tanto entrar e ficar no discurso da falta, no engessamento da norma ou aproveitar as potências das situações para provocar mudanças.

O desafio colocado nesse trabalho ao apostar na Intercessão da Arquitetura e Saúde para a produção dos espaços, não é falar da Saúde Coletiva, mas trazer para o campo provocações, inquietações e perguntas que a Saúde

Coletiva sozinha não dá conta de se colocar e tão pouco a própria Arquitetura sem os tensionamentos e as provocações, em especial da gestão em saúde.

Quando se faz a intercessão da arquitetura e saúde para alterar os espaços e os processos, pensando num modo de alteração dos processos que não é só chegar, entrar no campo e aplicar as normas, mas é mexer nos processos, nos modos de produção dos sujeitos implicados nesse processo, e da própria realidade, provocam-se problematizações nas situações que está se constituindo e é nesse momento que territórios e fronteiras são desestabilizados e abrem-se as brechas para as transformações.

Nesse sentido, a aposta é oportunizar o encontro dos saberes de dois campos diferentes, trabalhando com a idéia do encontro intercessor (Deleuze, 1992), onde não se respeita, mas se aproveita a diferença como o motor para que se possa diferir, o motor de um movimento em que o outro provoca o que eu não sei e eu provooco o que o outro não sabe para a criação e reinvenção de novas situações.

E como sensivelmente disse Rasmussem (1986) a arquitetura é uma arte. E como uma arte não deve ser produzida apenas pela adição de planos e seções, dirigida apenas por uma norma, conduzida somente por regras, mesmo quando os espaços arquitetônicos abrigam atividades que se destinam a cuidados da saúde da população tem algo mais, assim como a música não é produzida apenas nas partituras, nos compassos, nas formas regidas pela batuta do maestro. Tem algo de improvisação, tem algo de expressão, tem algo de afetação, tem movimento, tem vida acontecendo no território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnheim R. Arte e Percepção Visual. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 6ª edição, 1989.

Barcellos R M G. Normas Federais para projetos físicos dos estabelecimentos de assistência à saúde. (material de aula, Rio de Janeiro, 1999)

Barros R, Passos E. 2005. A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, volume 10, n. 3. Rio de Janeiro.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 3 ed.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Barros F, Massaro A, Pessatti M: Ambiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 2 ed.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n, 202, de 19 de junho de 2001.

Calvino, I. As Cidades Invisíveis. Tradução de Diogo Mainardi. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

Campos, GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos, G.W.S. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec. 2. Ed; 2000.

Campos, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Caderno de Saúde Pública. Volume 14, n. 4. Rio de Janeiro; 1998.

Canguilhem, G. O normal e o patológico. Tradução de Maria Thereza Redig Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 6ª edição; 2007.

Carvalho, S R. As contradições dromoção à saúde em relação à produção dos sujeitos e a mudança social. Rio de Janeiro: In Ciência & Saúde Coletiva.Vol. 9, n. 3, jul / set 2004.

Carvalho, S R , Saúde Coletiva e Promoção da Saúde. sujeito e mudanças.São Paulo: Hucitec, 2005.

Carvalho S R & Cunha G. A gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In Tratado de Saúde Coletiva.São Paulo. Hucitec. Rio de Janeiro, Fiocruz.2006

Carvalho, A P. Temas de Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia.Faculdade de Arquitetura; 2002.

Corbusier, L. A Carta de Atenas. Tradução: Rebeca Scherer. São Paulo: Hucitec, 1993.

Cunha, G.T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec; 2005.

Deleuze, G. Foucault. In C.S. Martins (tradução).São Paulo:Brasiliense; 1988.

Deleuze, G. 1994. O Abecedário. de Pierre-André Boutang, produzido pelas Éditions Montparnasse, Paris.

Foucault M. Vigiar e punir.Petrópolis: Vozes; 1977.

Foucault M. Microfísica do Poder. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

Guatarri F e Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7a ed. Rev. [1a Ed. 1992]. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.

Guelli, A & Zucchi P 2005. A influência do espaço físico na recuperação do paciente e os sistemas e instrumentos de avaliação. Revista Administração em Saúde; 7(27):43-50, abr.-jun. 2005.

Goethe, J. W. Doutrina das Cores. Giannotti M (tradução).São Paulo: Nova Alexandria; 1993.

Goulart, N R F. Quadro da Arquitetura no Brasil. São Paulo. Editora Perspectiva;1997.

Hall E. A Dimensão Oculta.Tradução de Sônia Coutinho. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves; 1989.

Jacques, P B, 2003. Apologia da Deriva. Escritos Situacionistas sobre a cidade. Rio de Janeiro: Ed. Casa da Palavra.

Lourau, R. Analista Institucional em Tempo Integral. Org. Sônia Altoé. São Paulo: Hucitec, 2004.

Machado, R. Deleuze e a Filosofia. Rio de Janeiro. Graal. 1990.

Mendes, A C. Estudo de Conceitos e Métodos de Planos Diretores Físicos Hospitalares. São Paulo: ABDEH, vol. 3, ano 1, 2007

Michaelis. Dicionário de Língua Portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2007.

Miquelin, L.C. Anatomia dos edifícios hospitalares. São Paulo: CEDAS, 1992.

Okamoto, J. Percepção Ambiental e Comportamento. São Paulo. Mackenzie. 2002.

Onocko, R T. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. Cad. Saúde Pública v.16 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2000.

Paim, J.S. Políticas de Saúde no Brasil, In: Rouquayrol. M. Z, Almeida F. N. Epidemiologia & Saúde.6ª. edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. P. 587-603.

Passos E e Barros RB. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. Psicologia Teoria e Pesquisa. Rio de Janeiro: Jan-Abr 2000, Vol. 16 n. 1, pp. 071-079.

Passos E e Barros RB. Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo. Psicologia Clínica, Pós-Graduação e Pesquisa. Rio de Janeiro:PUC-RJ, 2001, 13(1), p. 89-99.

Passos, E, org. Formação de Apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ;2006. 2 v.

Rasmussen SE. Arquitetura Vivenciada. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

Sampaio, A V C F. Arquitetura Hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. 2005. www.docudesk.com

Santos SB, Barros M A. org. Trabalhador da Saúde muito prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

Toledo, LC. Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006.

Leis, decretos etc.

_____, 06/12/1977. Dispõe sobre normas e padrões de instalação e construção em Serviços de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. PORTARIA N.º 400/MS, DE 06 DE DEZEMBRO DE 1977

_____, "Lei n. 8.080, de 19 de set. de 1990".(Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a132 organização e funcionamento dos serviços correspondentes.). Ministério da Saúde.

_____, 15/12/1994. Normas destinadas ao exame e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Portaria n. 1.884, de 11 de nov. de 1994. Brasília. Ministério da Saúde.

_____, 21/02/2002. Regulamento Técnico para planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Resolução – RDC N° 50, de 20 de fevereiro de 2002.

_____, 1998, *NUEVA CARTA DE ATENAS*

Normas del Consejo Europeo de Urbanistas (C.E.U.) para la planificación de ciudades. Lisboa, 1998

Fonte: http://www.urbanismo-portugal.com/textos/textosdereferencia/txt_referencia_1.html

_____, 27/07/2006, *Jornal Estado de Minas. Entrevista de Fátima Oliveira. Projeto Saúde com Arte no HOB.*