

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO – DAU**

LAYLA THAISA PEREIRA SANTOS

**DIAGNÓSTICO DA ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
EM EDIFICAÇÕES DE USO ORIGINAL DIFERENTE: ESTUDO DE CASO EM
ITAPORANGA D'AJUDA, SE**

LARANJEIRAS

2024

LAYLA THAISA PEREIRA SANTOS

**DIAGNÓSTICO DA ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
EM EDIFICAÇÕES DE USO ORIGINAL DIFERENTE: ESTUDO DE CASO EM
ITAPORANGA D'AJUDA, SE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Arquitetura e
Urbanismo da Universidade Federal de Sergipe,
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof. Dr. Rozana Rivas de
Araujo

Coorientador: Prof. Dr. Pedro Vitor
Sousa Ribeiro

LARANJEIRAS

2024

LAYLA THAISA PEREIRA SANTOS

**DIAGNÓSTICO DA ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
EM EDIFICAÇÕES DE USO ORIGINAL DIFERENTE: ESTUDO DE CASO EM
ITAPORANGA D'AJUDA, SE**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Rozana Rivas de Araujo (Orientadora)
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Prof^a. Dr. Pedro Vitor Sousa Ribeiro (Coorientador)
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Prof^a. Ma Samira Fagundes De Souza (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Arq. Urb. Eric Souza Lima (Examinador Externo)
Especialista em Gerenciamento de Projetos

LARANJEIRAS
2024

RESUMO

O direito à saúde primária está intrinsecamente ligado ao direito à cidade e ao planejamento urbano inclusivo, fundamentado nos princípios de justiça social. A atenção primária à saúde, por ser a porta de entrada para o sistema de saúde, exerce papel essencial na promoção do bem-estar da população. Em áreas rurais, o acesso à saúde primária enfrenta desafios específicos, como a escassez de Unidades Básicas de Saúde (UBS), as grandes distâncias entre essas unidades e, conforme abordado neste estudo, a inadequação de muitas edificações, originalmente destinadas a outros usos. A distribuição equitativa e adequada dessas unidades é crucial para assegurar que a população rural, frequentemente isolada e com infraestrutura limitada, tenha acesso aos cuidados básicos de saúde. Este trabalho tem como objetivo principal desenvolver um checklist, fundamentado em referencial teórico, para a análise das UBS existentes. A metodologia incluiu, primeiramente, a construção de uma base teórica, que proporcionou embasamento sobre o tema. Em seguida, foi elaborado um checklist de diagnóstico, com base principal na Resolução-RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, e no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Após sua finalização, o checklist foi aplicado ao recorte estabelecido, Itaporanga D'Ajuda, no estado de Sergipe, abrangendo dez UBS pré-existentes, das quais foi possível avaliar efetivamente nove. Os resultados indicaram que apenas três UBS alcançaram um índice de 50% ou mais de conformidade em relação ao uso e função. Quanto à acessibilidade, somente uma unidade atingiu 36% de conformidade, enquanto as demais ficaram abaixo desse valor. Em relação ao conforto ambiental, apenas duas unidades atingiram a mesma porcentagem de 36%. Esses dados levam à conclusão de que a maioria das unidades analisadas não está adequadamente preparada para desempenhar a função para a qual foram destinadas. Com base nesses resultados, foram propostas diretrizes projetuais, respaldadas nas normas vigentes.

PALAVRAS-CHAVE: unidades básicas de saúde; saúde primária; checklist de avaliação; diretrizes projetuais arquitetônicas

ABSTRACT

The right to primary health care is intrinsically linked to the right to the city and inclusive urban planning, grounded in principles of social justice. As the entry point to the healthcare system, primary health care plays an essential role in promoting the well-being of the population. In rural areas, access to primary health care faces specific challenges, such as the scarcity of Basic Health Units (UBS), large distances between these units, and, as addressed in this study, the inadequacy of many buildings initially intended for other purposes. The equitable and adequate distribution of these units is crucial to ensure that the rural population, often isolated and lacking infrastructure, has access to basic health care services. The main objective of this study is to develop a checklist, based on theoretical references, for analyzing existing UBS. The methodology included, initially, the construction of a theoretical foundation that provided essential knowledge on the topic. Then, a diagnostic checklist was developed, primarily based on the RDC Resolution No. 50 of February 21, 2002, and the Physical Structure Manual for Basic Health Units. After its completion, the checklist was applied to the chosen area, Itaporanga D'Ajuda in the state of Sergipe, covering ten pre-existing BHUs, of which nine were effectively evaluated. The results indicated that only three BHUs achieved a compliance rate of 50% or higher in terms of use and function. Regarding accessibility, only one unit reached 36% compliance, while the others fell below this level. In terms of environmental comfort, only two units reached the same compliance rate of 36%. These findings lead to the conclusion that most of the analyzed units are not adequately prepared to fulfill their designated function. Based on these results, design guidelines have been proposed, aligned with current standards.

KEYWORDS: basic health units; primary health care; evaluation checklist; architectural design guidelines.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologia em cruz	13
Figura 2 – Tipologia em nave, o hospital da Santa Cruz de Barcelona, demonstrando o partido em nave.....	13
Figura 3 - Tipologia Pavilhonar.....	14
Figura 4 – Distribuição funcional ao longo do eixo ordenador no Hospital Sarah Lago Norte – planta baixa, s/ escala	23
Figura 5 - Mapa de Itaporanga D’Ajuda – Povoados e suas UBS	32
Figura 6 - Localização da estação de Irapiranga como estação central de Itaporanga d’Ajuda	34
Figura 7 – Localização da estação de Irapiranga como estação central de Itaporanga d’Ajuda, sobreposto pelo Mapa de Itaporanga D’Ajuda – Povoados	35
Figura 8 - Mapa de Itaporanga D’Ajuda – povoados selecionados.....	36
Figura 9 - Diagrama de referências	37
Figura 10 - Primeira etapa de criação do checklist.....	38
Figura 11 – Segunda etapa de criação do checklist.	39
Figura 12 - Terceira etapa de criação do checklist	40
Figura 13 - Quarta etapa de criação do checklist.....	40
Figura 14 – Quadro geral de avaliação: uso/função.	44
Figura 15 - Quadro geral de avaliação: acessibilidade.....	46
Figura 16 - Quadro geral de avaliação: conforto ambiental	47
Figura 17 – Diretriz: Corrimão.....	49
Figura 18 – Diretriz: Portas.	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo das diretrizes construtivas definidas pela norma NBR 15220-3, adaptado de Lamberts e Triana (2006).....	22
Tabela 2 - Ambientes de uma UBS de acordo com número de equipes ESF	27
Tabela 3 - Lista de Povoados e UBS existentes.....	33
Tabela 4 - Unidades Básicas de Saúde selecionadas	42
Tabela 5 - Aplicação e formas de informação e sinalização	50

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
OBJETIVO	10
METODOLOGIA.....	10
1 EMBASAMENTO TEÓRICO.....	11
1.1 Síntese da evolução dos hospitais	11
1.2 Unidades Básicas de Saúde: A Importância da Proximidade e da Hierarquização dos Serviços de Saúde.....	15
1.3 Conforto Ambiental, Habitabilidade e Humanização: Elementos Essenciais para Espaços Saudáveis.....	20
2 ESTUDO DE MANUAIS TÉCNICOS EXISTENTES.....	27
3 ESTUDO DE CASO	30
3.1 Checklist de diagnóstico para unidades básicas de saúde: ferramenta de avaliação prática	
37	
4 RESULTADO E ANÁLISES DA APLICAÇÃO: COLETA E ANÁLISE DE DADOS ..	42
5 DIRETRIZES PROJETOVAIS DE DIRECIONAMENTO PARA POSSÍVEIS ADAPTAÇÕES	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS.....	59
ANEXO 1: Checklist modelo	59
ANEXO 2: Análises nas UBS selecionadas	61

INTRODUÇÃO

A abordagem do tema deste trabalho surgiu da necessidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendam de maneira adequada às demandas da população residente em povoados do interior. Esta necessidade foi observada pela autora ao vivenciar e ouvir os relatos de usuários dos serviços de saúde pública ao longo de muitos anos, visto que a mesma é residente de um povoado no interior, onde presenciou situações como a locomoção de pacientes para povoados vizinhos em decorrência da inadequação da infraestrutura das UBS locais. Observou-se, também, o registro de esperas longas para a marcação de atendimentos, frequentemente em horários noturnos, o que expunha os usuários a riscos de assaltos e abordagens criminosas. Além disso, a superlotação nas salas de espera, as barreiras de acessibilidade que impediam a autonomia de pessoas com mobilidade reduzida e os problemas relacionados ao conforto ambiental foram recorrentes. Relatos da equipe de saúde indicam que a insalubridade das instalações afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, a necessidade de investigar e abordar o tema é evidente, visando propor soluções fundamentadas nas normas vigentes para a criação e adaptação de postos de saúde que atendam efetivamente às necessidades dos usuários.

As Unidades Básicas de Saúde desempenham um papel fundamental na política de saúde pública das cidades, sendo imprescindível que estejam adequadamente localizadas nas comunidades. No entanto, a construção de edificações exclusivamente destinadas a esse fim nem sempre ocorre conforme o ideal. Atualmente, apenas algumas UBS nos municípios são projetadas em conformidade com os manuais orientadores para a correta concepção e execução das obras. Infelizmente, na maioria das vezes, os municípios se veem obrigados a adaptar prédios existentes para abrigar essas unidades de saúde, resultando em adaptações que frequentemente não atendem às necessidades específicas dos serviços, impactando negativamente sua qualidade. Assim, este trabalho propõe o desenvolvimento de um guia para diagnosticar edificações de outros usos anteriores e também de projetos feitos para sua finalidade, visando elencar diretrizes projetuais coerentes, para assegurar que as adaptações realizadas nos edifícios existentes atendam adequadamente às demandas e requisitos das UBS, melhorando a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

A importância de unidades básicas de saúde projetadas com uma finalidade específica vai além de considerações estéticas, influenciando diretamente a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais que ocupam esses espaços, bem como a experiência dos pacientes. Segundo Silva (2020), novos conceitos para UBS devem considerar a qualidade e a

sustentabilidade, promovendo o conforto ambiental e minimizando o impacto na comunidade circundante.

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, abrangendo a promoção, proteção e prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a saúde e a autonomia das pessoas, bem como os determinantes e condicionantes da saúde das coletividades (Brasil, 2011).

Neste contexto, o município de Itaporanga D’Ajuda, onde a autora reside, foi escolhido como objeto de estudo. Com base em mapeamento realizado pela Secretaria Municipal de Obras, Transporte e Serviços Urbanos, o município conta com cinquenta e seis povoados, dos quais apenas vinte e cinco dispõem de UBS registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Grande parte dessas unidades não foi construída com a finalidade de prestar serviços de saúde, sendo adaptações de construções residenciais, o que resulta em déficits significativos em sua infraestrutura. Como exemplo, a cidade de Lagarto/SE, conforme apontado por Matos, Schott e Jardim (2023), evidencia a falta de várias salas de serviços básicos necessárias, conforme o Manual de Estrutura Física das UBS. A pesquisa revelou que um terço das unidades investigadas (33%) não foi originalmente concebido como UBS, além de funcionarem com diversas deficiências.

A escolha do tema decorre da urgente necessidade de abordar e mitigar os déficits identificados, a inadequação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em Itaporanga D’Ajuda. Destacando a falta de Unidades Básicas de Saúde projetadas especificamente para esse fim, resultando em serviços que poderiam ser melhor oferecidos, tendo em vista que esses déficits prejudicam a qualidade do trabalho oferecido pelas Equipes de Saúde a Família (ESF) e o principal não proporcionando uma boa experiência ao paciente. Bem como de promover a implementação de novos centros de atenção básica à saúde, com o objetivo primordial de suprir as demandas da comunidade. Este processo requer uma análise detalhada das estruturas existentes e a proposição de soluções para suas deficiências, além da concepção de espaços adequadamente configurados para otimizar a eficiência nas atividades propostas. Assim, busca-se assegurar que as Unidades Básicas de Saúde nos povoados de Itaporanga D’Ajuda sejam dotadas de um projeto arquitetônico meticulosamente adaptado às suas especificidades, servindo como modelo para possíveis adaptações em espaços já existentes, mas que carecem de uma concepção arquitetônica adequada.

Este trabalho de conclusão de curso está estruturado em **três capítulos** e as considerações finais.

No **primeiro capítulo**, estão contextualizados todo o fundamento do trabalho e o embasamento teórico, que servira como base para todo o trabalho inclusive para criação do checklist e catalogação das diretrizes. Evidenciando o contexto histórico com a síntese da evolução dos hospitais, abordando as Unidades Básicas de Saúde dando ênfase a importância da proximidade e da hierarquização dos serviços de saúde, por fim o conforto ambiental, habitabilidade e humanização como elementos essenciais para espaços saudáveis.

No **segundo capítulo**, são trazidos manuais técnicos existentes e normas vigentes, com intuito de compreender as diretrizes e os requisitos necessários para criação e adequação de projetos. Esses manuais oferecem a base sobre regulamentações, padrões de qualidade, segurança e uso correto, possibilitando que os profissionais observem e explorem alternativas arquitetônicas que atendam as necessidades da comunidade trabalhada.

No **terceiro capítulo**, daremos início ao estudo de caso, onde será abordado a metodologia e definição de recorte. Seguindo para a criação do checklist como uma ferramenta prática de avaliação, dividido por etapas e sua aplicação dentro desse recorte, mostrando resultados e análises do objeto de pesquisa. Por fim, após as análises resultantes dessas aplicações poderemos com base no primeiro capítulo, elencar diretrizes que possam solucionar os déficits identificados.

Por fim, o finalizando o trabalho com as considerações finais, apresentação do material teórico e o guia como um documento anexo à parte.

OBJETIVO

Seguindo esse raciocínio, objetivo deste trabalho é a criar ferramentas que facilitem a adequação das funções das UBS em edificações pré-existentes, que não possui projeto arquitetônicos adequados para sua finalidade. Para isso será proposto aos seguintes objetivos específicos:

- Explicitar a importância das Unidades Básicas de Saúde.
- Criar um checklist para diagnosticar a adequação da função UBS em edifícios pré-existentes, baseados nas normativas.
- Sintetizar as diretrizes que auxiliarão nessa adequação as normas.

METODOLOGIA

Dessa forma, adotou-se ao trabalho a seguinte metodologia:

1. Embasamento teórico: através da revisão bibliográfica, se procura assimilar história e sua linha do tempo do surgimento dos hospitais e locais onde eram promovidos os tratamentos de saúde, até a criação das Unidades básicas de saúde; O estudo de manuais já existentes; E por fim aspectos de conforto ambiental em ambientes para saúde.
2. Levantamento de informações: Após selecionar e filtrar o recorte, a autora foi pessoalmente fazer visitas a cada povoado selecionado que possui unidade básica de saúde, afim de entender o que cada uma precisa e documentar as necessidades apresentadas, sejam elas estruturais, conceituais, de conforto ambiental e de gestão.
3. Criação de checklist: posteriormente, aprofundar-se nas etapas anteriores e após o recolhimento dos dados, foram filtradas as informações para criação de um checklist de reconhecimento dos déficits e foi aplicado nos levantamentos e análises.
4. Diretrizes de projeto: Com apoio do checklist, após identificação das carências em cada caso, será elencada diretrizes que se sustentará nas normas vigentes auxiliando a solução para os déficits levantados na etapa de levantamento de informações.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir com a melhora da promoção de saúde no município de Itaporanga d'ajuda e também como um guia para outras cidades que também possuem as mesmas problemáticas e necessidades.

1 EMBASAMENTO TEÓRICO

1.1 Síntese da evolução dos hospitais

Antes de abordar a instituição hospitalar, é fundamental compreender o início do serviço público de saúde de forma mais ampla. Segundo Rosen (1994), as atividades mais antigas relacionadas à saúde comunitária foram encontradas em sítios arqueológicos localizados na Índia, na região de Harappa, no Punjab, datadas de aproximadamente quatro mil anos. Pouco se sabe sobre a história e a origem desse povo, mas foram descobertos banheiros e sistemas de esgoto, além de ruas largas, pavimentadas e drenadas por esgotos cobertos. Esses canais ficavam cerca de dois pés abaixo do nível da rua, sendo construídos majoritariamente com tijolos cimentados com argamassa de barro. No entanto, um sistema de saúde consolidado só pode ser discutido a partir do século II d.C., quando médicos públicos foram nomeados para várias cidades e instituições, o que popularizou essa prática em diversos países da Europa. No Oriente, soberanos e funcionários públicos criaram hospitais públicos; contudo, os estabelecimentos islâmicos não devem ser considerados modelos para os hospitais ocidentais.

Ainda nessa linha de pensamento, um marco importante para o sistema público de saúde foi a criação do hospital público, paralelamente ao surgimento dos hospitais militares em Roma. Esses hospitais já contavam com salas de cirurgia, uma prática comum entre os gregos, mas ainda estavam ligados à Igreja. Rosen (1994) destaca a significativa contribuição das ordens monásticas medievais, que além de abrigarem viajantes e peregrinos, também tratavam doentes nos mosteiros, cuja principal função, entre os séculos VIII e XII, era o cuidado com os enfermos.

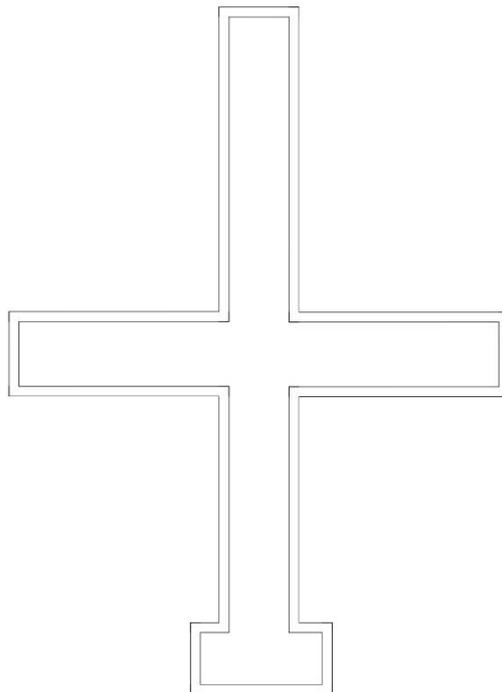
Segundo Carvalho (2014), a compreensão inicial sobre a cura estava distorcida, uma vez que as enfermidades eram percebidas como castigos divinos. Isso resultava na condução dos doentes a locais de "cura", funcionando como uma forma de segregação social, refletindo a incompreensão da sociedade diante das epidemias da época. Um dos primeiros registros de estabelecimentos dedicados à saúde remonta à Roma Antiga, onde as termas eram utilizadas como tratamento para soldados em combate. Esses estabelecimentos possuíam uma estrutura retangular, com um pátio central que abrigava áreas de apoio e cozinha, situados entre dois corredores. Durante a Idade Média, as igrejas assumiram um papel de destaque, apesar de sua arquitetura inadequada para acomodar doentes, sem diferenciação entre enfermidades e frequentemente superlotadas. A evolução subsequente incluiu a adoção do sistema radial, caracterizado pelo cruzamento de naves, além da implementação de claustros, com o intuito de separar os diferentes tipos de doenças, embora sua eficácia fosse limitada para a época.

No passado, estudiosos já investigavam a questão da contaminação cruzada, que, de acordo com Jacques Tenon no século XVIII, um médico francês enviado para investigar hospitais em diversos países da Europa (Foucault, 1990), era responsável por várias mortes, devido à transmissão indireta de doenças contagiosas através do contato entre materiais contaminados e materiais limpos. Esse contexto exigiu a separação dos ambientes e o direcionamento cuidadoso da circulação para reduzir a disseminação de doenças, sem prejudicar o desempenho das equipes hospitalares. Isso marcou o início do estudo dos fluxos dentro das unidades de saúde.

Ainda de acordo com Carvalho (2014), até o final do século XIX, observou-se a evolução das tipologias de edificações de saúde, com três principais sistemas arquitetônicos: o sistema de nave, o sistema de claustro e o sistema pavilhonar. Vale destacar que, durante esse período, as igrejas eram os locais destinados ao tratamento de doentes, sendo as construções hospitalares fortemente influenciadas pela arquitetura eclesiástica. As naves eram organizadas ao redor de pátios e claustros, que ajudavam na iluminação natural. No sistema de nave, a separação dos doentes era feita apenas por sexo, acumulando-se no mesmo espaço, sem distinção entre doenças ou limitação de pacientes. No sistema radial, ou de claustro, houve um avanço, com o cruzamento das naves, o que proporcionava um ponto estratégico para a observação pela equipe médica, modelo ainda utilizado nos postos de enfermagem dos hospitais atuais. Esse sistema buscava, de certa forma, separar os tipos de enfermidades, mas não solucionou completamente o problema, embora tenha economizado mão de obra. O sistema pavilhonar, por sua vez, foi um avanço dessa evolução. Os blocos de internação eram dispostos em paralelogramos, destacando-se do corpo principal da edificação em pelo menos três lados, com janelas em suas faces mais longas, uma em frente à outra, e contando com espaços de apoio (TAYLOR, 1997, p. 5 apud CARVALHO, 2014).

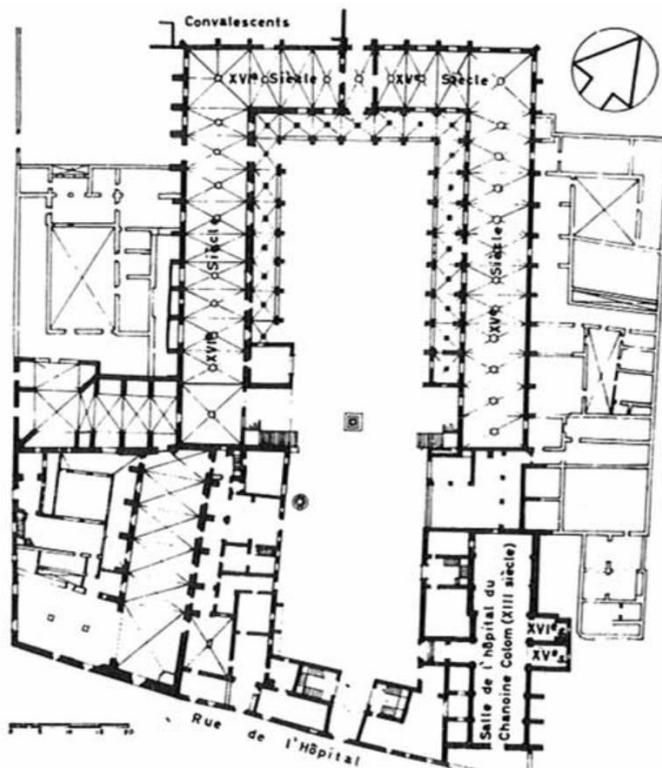
Segundo Carvalho (2014), o sistema pavilhonar foi um dos maiores avanços na arquitetura hospitalar, pois os hospitais passaram de locais de exclusão e cuidados paliativos para espaços voltados à cura. No século XX, o sistema pavilhonar já incorporava soluções arquitetônicas essenciais para o processo de cura e humanização, como ventilação e iluminação naturais, contato com a natureza, e qualidade da água. As Figuras 1, 2 e 3 mostram respectivamente a forma dos modelos em cruz, nave e pavilhonar.

Figura 1 - Tipologia em cruz



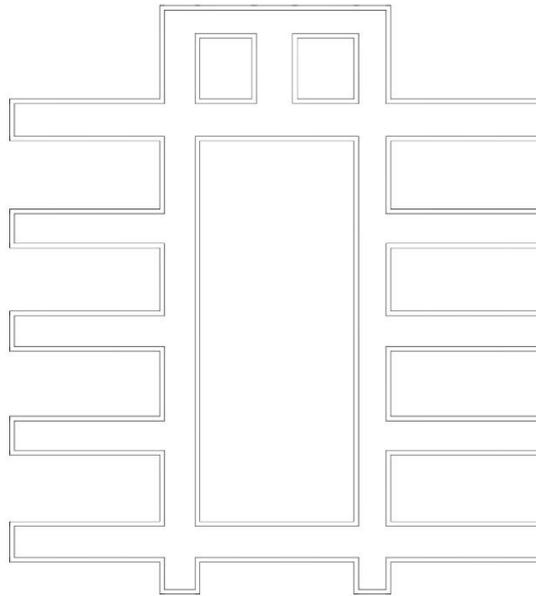
Fonte: reprodução da autora: Hospital de Toledo, do arquiteto Enrique Egas, 2024

Figura 2 – Tipologia em nave, o hospital da Santa Cruz de Barcelona, demonstrando o partido em nave.



Fonte: Hernández-Cros, Mora e Pouplana (1990, p. 101)

Figura 3 - Tipologia Pavilhonar



Fonte: reprodução da autora: hospital Lariboisière, 2024

A arquitetura hospitalar evoluiu significativamente ao longo dos séculos, especialmente em resposta aos avanços tecnológicos na medicina. Essa evolução transformou os hospitais de locais insalubres e hostis, com iluminação e ventilação inadequadas, onde os doentes eram amontoados e frequentemente abandonados pela sociedade na Idade Média, para locais dedicados à cura. Naquela época, a expectativa de vida nesses ambientes era quase inexistente, e a preocupação com a cura dos enfermos era mínima (Ramos e Lukiantchuki, 2015). No entanto, os hospitais contemporâneos têm como missão o tratamento e a cura de pacientes.

Compreender o funcionamento de um hospital é essencial desde a fase de estudo pré-projetual até o pós-ocupação. Um dos elementos fundamentais nesse processo é o estudo dos fluxos. Na arquitetura hospitalar, o fluxo é definido como o deslocamento de materiais e pessoas pelas instalações (Santos, 2013). O projeto de uma unidade hospitalar requer atenção minuciosa ao posicionamento dos ambientes, com o objetivo de otimizar as operações, garantir a segurança dos pacientes e da edificação (Toledo, 2006). Isso inclui considerações sobre a contaminação, destacada pela enfermeira Florence Nightingale, que ressaltou que o processo de cura não depende apenas dos procedimentos médicos, mas também do ambiente ao redor. Aspectos como ventilação e iluminação naturais, contato com a natureza e qualidade da água são estratégias arquitetônicas que desempenham papel direto e indireto na promoção da cura.

1.2 Unidades Básicas de Saúde: A Importância da Proximidade e da Hierarquização dos Serviços de Saúde

Na década de 1980, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), inicialmente denominadas postos de saúde, surgiram como parte da reestruturação dos serviços de saúde. Sua criação tinha como objetivo aumentar a eficácia no tratamento de questões relacionadas à saúde, oferecendo serviços básicos de promoção, prevenção e recuperação. Essas unidades assumiram a responsabilidade por uma área geográfica específica, coordenando os encaminhamentos para outros níveis de atenção conforme a complexidade dos casos, quando necessário (Chiapinotto, Fait e Júnior, 2007).

Em 1920, o Relatório Dawson introduziu a Atenção Primária à Saúde (APS) como modelo de organização dos sistemas de saúde, com foco na regionalização e na medicina generalista. Já no Brasil, as bases da APS surgiram nos anos 1940, quando o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) implementou práticas de saúde preventiva, embora ainda restritas a áreas estratégicas. Nos anos 1960, a APS se consolidou em diversos países, e, no Brasil, surgiram os primeiros programas de integração docente-assistencial por Departamentos de Medicina Preventiva, com apoio de agências internacionais. Em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde expressou a necessidade de um modelo mais democrático e inclusivo. (Fausto, 2007)

Além disso, o autor argumenta que a década de 1970 marcou a expansão de programas governamentais de APS. No Brasil, experiências locais começaram a integrar APS a outras áreas de saúde, ganhando visibilidade. Em 1978, a Conferência de Alma-Ata formalizou a APS como estratégia para a saúde universal, e o Brasil lançou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), focado em regiões pobres. Em 1981, o país criou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), mas dificuldades práticas limitaram seu progresso. Nos anos 1980, a APS oscilou entre abordagens seletivas e integrais, apoiadas por agências internacionais. O Brasil deu início à reforma do sistema de saúde, preparando o caminho para o SUS, que foi formalizado na Constituição de 1988, estabelecendo a APS como direito universal.

Em última análise, Fausto (2007) para fechar essa linha do tempo da atenção primária, afirma que na década de 1990, a OMS adotou o "novo universalismo", uma abordagem seletiva próxima à do Banco Mundial. No Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, visando fortalecer a APS em nível local. Em 1996, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS

01/96) consolidou a APS como pilar do sistema de saúde, e, nos anos 2000, o PSF evoluiu para papel central, sendo estratégico na reorientação do SUS.

Segundo o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), instituída em 1994, tornou-se um pilar central na organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), visando aprimorar o modelo de saúde existente. Ressalta-se que a Unidade Básica de Saúde (UBS), onde operam as Equipes de Saúde da Família (ESF), pode ser tanto um antigo Centro de Saúde reestruturado quanto uma antiga Unidade Mista, desde que opere sob uma nova lógica capaz de atender às demandas da comunidade. É fundamental que o conceito de UBS esteja integrado ao seu entorno, adaptando-se às necessidades da população.

De acordo com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o programa Requalifica UBS é uma das estratégias do governo para a estruturação e fortalecimento da Atenção Básica. Por meio desse programa, o Ministério da Saúde propõe uma infraestrutura física para as UBS, acolhedora e dentro dos melhores padrões de qualidade, a fim de facilitar a mudança nas práticas das equipes de saúde. Instituído em 2011, o programa tem como objetivo oferecer incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, proporcionando condições adequadas para o trabalho em saúde e promovendo a melhoria no acesso e na qualidade da atenção básica. Além disso, o programa contempla ações voltadas à informatização dos serviços e à qualificação da atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes.

Tanto a adesão ao programa quanto o registro do andamento das obras são realizados por meio do SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras), uma ferramenta que possibilita aos gestores maior controle sobre o progresso das obras. Com os registros devidamente atualizados, o sistema garante a continuidade dos repasses financeiros feitos pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até transplantes de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito a toda a população do país. Com sua criação, o SUS proporcionou acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não apenas aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação até o final da vida, com foco na qualidade de vida e na promoção e prevenção em saúde.

Quando falamos sobre hierarquização dos serviços de saúde, precisamos reforçar que o SUS é composto pelo Ministério da Saúde, que atua como gestor nacional; pelas Secretarias Estaduais de Saúde, que participam da formulação das políticas e ações de saúde, prestam apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participam da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde; e pelas Secretarias Municipais de Saúde, que planejam, organizam, controlam, avaliam e executam as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual, visando aprovar e implementar o plano municipal de saúde.

Ainda com base nas informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, em relação aos princípios organizativos, destaca-se a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde. A regionalização pressupõe que os serviços sejam organizados em diferentes níveis de complexidade, adaptados a uma área geográfica específica, com base em critérios epidemiológicos e um entendimento claro da população a ser atendida. A regionalização implica na coordenação dos serviços existentes para garantir uma gestão unificada. A hierarquização, por sua vez, estabelece diferentes níveis de atenção e assegura o acesso aos serviços conforme a complexidade do caso e os recursos disponíveis na região. Neste texto, o foco será dado à hierarquização. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, definiu os níveis de atenção e assistência à saúde da seguinte forma:

1

ATENÇÃO PRIMÁRIA

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrantes da Atenção Primária à Saúde (APS), oferecem serviços de prevenção e promoção à saúde, incluindo exames e consultas com equipes multiprofissionais.

Além disso, essas unidades também promovem práticas integrativas e complementares, como fitoterapia, yoga e Reiki, e realizam visitas domiciliares. O foco vai além do tratamento clínico, buscando estar próximas à comunidade para promover a saúde e prevenir doenças como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares.

2

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A atenção especializada se divide em dois elementos: atenção secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade), abrangendo serviços especializados em hospitais e ambulatórios para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, entre outras. As UPAs também se encaixam aqui e concentram o atendimento intermediário, assim como a SAMU.

3

ALTA COMPLEXIDADE

Os hospitais de grande porte, universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa compõem o nível de alta complexidade da atenção especializada. Estes locais oferecem leitos de UTI, centros cirúrgicos avançados e procedimentos que exigem tecnologia de ponta, como tratamentos oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas nessas instituições lidam com casos singulares ou complexos, que não foram tratados na atenção primária ou na média complexidade, incluindo cirurgias reparadoras, reprodução assistida e cuidados para distúrbios genéticos e hereditários.

De acordo com o instituto Fio Cruz otimizando a conceituação para melhor trabalhar no dia a dia, a hierarquização está dividida em três níveis: nível de atenção básica, nível de atenção secundário e terciário. Sendo o nível básico uma “porta de entrada” para os outros níveis, o conjunto deve garantir que cada nível garanta a devida atenção ao usuário que necessita do serviço oferecido em cada um. Quando falamos da hierarquização não deve se referir a hierarquia de cargos e seus supostos níveis de importância, mas a organização das tecnologias adequadas em cada nível, para melhor atender ao usuário. Esse princípio dispõe de um sistema de referência de contrarreferência, onde se destaca a importância da atenção primária, pois, a referência é o encaminhamento da atenção primária para os demais níveis, para que o paciente não vá diretamente aos níveis superiores, como ao hospital pronto socorro. Visto que, não se é benéfico sair sem nenhum tipo de acompanhamento, que seria a contrarreferência.

Fraquinello, Carreira e Marcon (2010) afirmam que, entre os diversos fatores que influenciam a acessibilidade geográfica, destaca-se a relação entre a localização dos serviços de saúde e os usuários, levando-se em consideração aspectos como distância, dificuldade de locomoção, disponibilidade de recursos para transporte, tempo de deslocamento e o custo envolvido. A distância entre as residências dos usuários e os serviços de saúde ainda é uma realidade para muitos, tornando-se, por si só, um obstáculo para a utilização adequada desses serviços.

Esse não é um problema restrito a uma região específica, mas uma questão disseminada em todos os estados do Brasil. Como exemplo, podemos citar o estado do Pará. No entorno de Manaus, as distâncias e os meios de acesso entre os municípios são limitados pelos transportes fluvial e aéreo, o que configura um importante fator limitante para o acesso aos serviços de saúde (Silva, 2019).

A regionalização da saúde consiste na divisão dos territórios em áreas geográficas menores, como a cidade e os povoados que a compõem. Após essa divisão, cada território é responsável por promover serviços de saúde à população residente. Durante várias conversas e relatos obtidos ao longo dos levantamentos de campo deste estudo, constatou-se que a distância é um problema recorrente, principalmente para idosos e pessoas com dificuldades de locomoção. Em alguns casos, onde não há uma Unidade Básica de Saúde (UBS) disponível, são fornecidos transportes para levar grupos de usuários previamente agendados para consultas em povoados vizinhos que, em dias específicos, oferecem atendimento médico e odontológico. No entanto, em certas situações, ainda é necessário que o próprio usuário busque meios de transporte por conta própria, inclusive para acessar o serviço de farmácia, disponível apenas na sede do município.

1.3 Conforto Ambiental, Habitabilidade e Humanização: Elementos Essenciais para Espaços Saudáveis

O conceito de conforto no âmbito da arquitetura não é facilmente visível, mas a falta dele é rapidamente percebida, principalmente em ambientes com ausência de conforto ambiental. Conforme Bitencourt (2002), condições desfavoráveis, como excesso de calor, ruídos ou vibrações, tornam-se fontes de tensão para funcionários e pacientes. Essas condições decorrem de diversas características de natureza física e química que compõem os fatores ambientais. O conforto ambiental em ambientes hospitalares abrange questões como:

- **Acessibilidade;**
- **Conforto acústico:** O controle de ruídos em ambientes hospitalares interfere diretamente no processo de recuperação dos pacientes, podendo ser alcançado por meio de isolamento acústico e controle de equipamentos ruidosos.
- **Conforto térmico:** Uma temperatura adequada é essencial para o conforto dos pacientes, sendo que o excesso de calor ou frio interfere diretamente no processo de recuperação. A RDC nº 50 estabelece quatro níveis de biossegurança que devem ser aplicados conforme o nível de complexidade do estabelecimento. A ventilação natural também desempenha um papel importante, sendo um ponto de discussão, uma vez que, desde a criação de ambientes voltados para a saúde, a ventilação natural já demonstrava seu impacto positivo. Um exemplo é a teoria dos miasmas, que explicava como o ar propagava doenças em locais fechados.
- **Comunicação visual:** Elementos gráficos e pictóricos devem ser claros, compatíveis com o ambiente e não interferir na harmonia do espaço.
- **Conforto lumínico:** Desde os primórdios da arquitetura voltada à saúde, a iluminação natural sempre representou um desafio para os hospitais. Esse fator é essencial tanto para facilitar o trabalho das equipes de saúde quanto para a recuperação dos pacientes, melhorando o humor e o conforto. No entanto, nem sempre é possível utilizar a iluminação natural em todos os ambientes, sendo necessária a complementação com iluminação artificial, ajustada conforme as necessidades específicas, como iluminação direta, indireta, difusa, de efeito, de destaque e "wall washing".
- **Ergonomia do mobiliário e layout:** Em ambientes hospitalares, é fundamental considerar o uso do espaço e seus usuários, suprimindo de forma eficiente as diversas limitações. O mobiliário destinado à equipe médica deve ser ajustável, garantindo

conforto e posturas saudáveis para evitar lesões. O layout deve ser planejado para minimizar deslocamentos e otimizar o fluxo de pessoas e insumos.

O conforto ambiental deve proporcionar aos usuários atendimento digno, qualidade e comodidade no uso do espaço. Estratégias como a especificação de materiais, o uso correto da iluminação, a manutenção contínua da qualidade do ar e o estudo dos fluxos são fatores fundamentais para garantir a qualidade ambiental. De acordo com Rabel e Michalonski (2022), as estratégias bioclimáticas contribuem para o conforto ambiental, envolvendo iluminação natural e artificial, ventilação natural e mecânica, humanização dos espaços e aplicação das normas vigentes.

Ao abordar o tema do conforto ambiental, utilizamos como referência o engenheiro e pesquisador Roberto Lamberts. Em sua obra "Eficiência Energética na Arquitetura", Lamberts define conforto ambiental como o conjunto de condições que garantem o bem-estar térmico, visual, acústico e antropométrico ao ser humano. Quando falamos de conforto ambiental, é essencial compreender alguns termos e seu funcionamento. Um deles é o conceito de variáveis climáticas, que, conforme Lamberts (2014), são classificadas a partir de estações meteorológicas e descrevem as características gerais de uma região em termos de insolação, nebulosidade, temperatura, ventos, umidade e precipitação. No Brasil, os dados climatológicos mais utilizados são as Normais Climatológicas, publicadas pelo Instituto Nacional de Meteorologia (1979). Para uma análise mais detalhada de cidades específicas, esse banco de dados oferece informações relevantes.

O Brasil apresenta seis tipos de climas diferentes: tropical, equatorial, semiárido, subtropical, tropical atlântico e tropical de altitude. Um resumo das diretrizes construtivas foi elaborado com base na NBR 15220-3 e adaptado por Lamberts e Triana (2006). O recorte desta pesquisa está focado no clima tropical atlântico, característico de regiões litorâneas, onde as temperaturas variam entre 18°C e 26°C. A amplitude térmica pode variar conforme a localidade. Este estudo concentra-se na Zona Bioclimática 8, cujas principais diretrizes construtivas incluem o uso de grandes aberturas sombreadas, paredes e coberturas leves e refletoras, além de ventilação cruzada permanente ao longo de todo o ano. Na tabela 1, estão catalogadas diretrizes construtivas.

Tabela 1 - Resumo das diretrizes construtivas definidas pela norma NBR 15220-3, adaptado de Lamberts e Triana (2006)

zona	estratégias		aberturas para ventilação A (em % da área de piso)	sombreamento das aberturas	parede			cobertura		
	verão	inverno			U	ϕ	FS ₀	U	ϕ	FS ₀
1		aquecimento solar da edificação / vedações internas pesadas (inércia térmica)	médias 15% < A < 25%	permitir sol apenas durante o inverno	≤ 3,0 (parede leve)	≤ 4,3	≤ 5,0	≤ 2,0 (leve isolada)	≤ 3,3	≤ 6,5
2	ventilação cruzada	aquecimento solar da edificação / vedações internas pesadas (inércia térmica)	médias 15% < A < 25%	permitir sol apenas durante o inverno	≤ 3,0 (parede leve)	≤ 4,3	≤ 5,0	≤ 2,0 (leve isolada)	≤ 3,3	≤ 6,5
3	ventilação cruzada	aquecimento solar da edificação / vedações internas pesadas (inércia térmica)	médias 15% < A < 25%	permitir sol apenas durante o inverno	≤ 3,6 (parede leve refletor a)	≤ 4,3	≤ 4,0	≤ 2,0 (leve isolada)	≤ 3,3	≤ 6,5
4	Resfriamento evaporativo e inércia térmica para resfriamento / ventilação seletiva nos períodos quentes, em que a temperatura interna seja superior à externa	aquecimento solar da edificação / vedações internas pesadas (inércia térmica)	médias 15% < A < 25%	sombrear aberturas	≤ 2,2 (parede pesada)	≥ 6,5	≤ 3,5	≤ 2,0 (leve isolada)	≤ 3,3	≤ 6,5
5	ventilação cruzada	vedações internas pesadas (inércia térmica)	médias 15% < A < 25%	sombrear aberturas	≤ 3,6 (parede leve refletor a)	≤ 4,3	≤ 4,0	≤ 2,0 (leve isolada)	≤ 3,3	≤ 6,5
6	Resfriamento evaporativo e inércia térmica para resfriamento / ventilação seletiva nos períodos quentes, em que a temperatura interna seja superior à externa	vedações internas pesadas (inércia térmica)	médias 15% < A < 25%	sombrear aberturas	≤ 2,2 (parede pesada)	≥ 6,5	≤ 3,5	≤ 2,0 (leve isolada)	≤ 3,3	≤ 6,5
7	Resfriamento evaporativo e inércia térmica para resfriamento / ventilação seletiva nos períodos quentes, em que a temperatura interna seja superior à externa		pequenas 10% < A < 15%	sombrear aberturas	≤ 2,2 (parede pesada)	≥ 6,5	≤ 3,5	≤ 2,0 (pesada)	≤ 6,5	≤ 6,5
8	ventilação cruzada permanente OBS: o condicionamento passivo será insuficiente durante as horas mais quentes		grandes A > 40%	sombrear aberturas	≤ 3,6 (parede leve refletor a)	≤ 4,3	≤ 4,0	≤ 2,3.FT (leve refletor a)	≤ 3,3	≤ 6,5

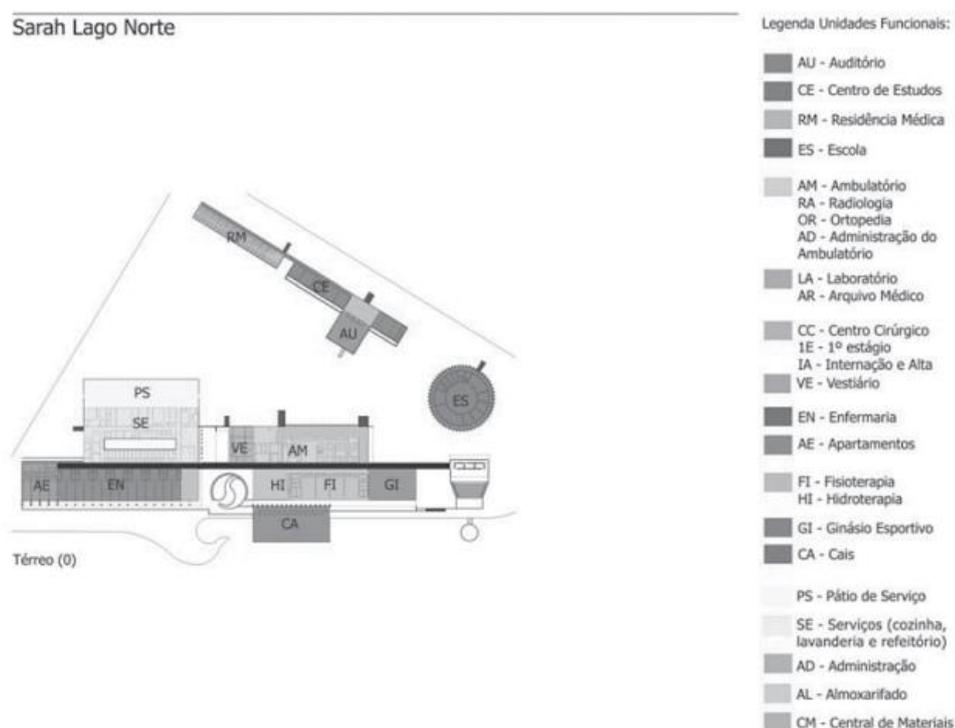
Fonte: Eficiência Energética na Arquitetura, LAMBERTS (2014)

Lamberts, utiliza como referência bibliográfica em seu livro Eficiência Energética na Arquitetura, ASHRAE (2005), para conceituar o conforto térmico, que afirma que se o balanço de todas as trocas de calor a que está submetido o corpo for nulo e a temperatura da pele e suor estiverem dentro de certos limites, pode-se dizer que o homem sente o conforto térmico. Seguindo ainda a linha de pensamento de Lambert, também conceituaremos os outros tipos de conforto, o visual nesse caso é entendido como um conjunto de condições, em um determinado ambiente, no qual ser humano pode desenvolver tarefas visuais, com o máximo de acuidade e precisão visual com menor esforços e riscos de prejuízo a sua visão.

Quando se discute habitabilidade, refere-se à qualidade de um ambiente, a qual pode ser avaliada por diversos critérios, como conforto térmico, conforto lumínico, qualidade do ar interior e outros fatores determinantes. Cohen (2007) relata que, em 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com o Centro de Medicina Coletiva de Buffalo, iniciou uma comissão com o objetivo de delinear uma política de Habitação Saudável, fundamentada na estratégia de ambientes saudáveis na promoção da saúde. No que se refere à distribuição funcional, é pertinente analisar os projetos arquitetônicos de João Figueiras (Lelé) na Rede Sarah. Lelé, em seus projetos, utiliza elementos e artifícios característicos de sua abordagem, preocupando-se com a integração dos recursos naturais ao conforto ambiental, destacando o uso de sheds para promover iluminação e ventilação.

Araujo e Dantas (2013), ao analisarem os hospitais da Rede Sarah com base no estudo de Westphal (2007), observaram que, apesar das diferenças em forma, os hospitais devem respeitar seus modos de funcionamento, compreendendo as unidades funcionais que compõem o programa. Isso envolve o manejo e o posicionamento dos setores de acordo com um eixo ordenador, facilitando a permeabilidade e evitando grandes áreas de isolamento, como demonstrado na figura 4.

Figura 4 - Distribuição funcional ao longo do eixo ordenador no Hospital Sarah Lago Norte – planta baixa, s/ escala



Westphal (2007), uma das referências na análise dos edifícios de Lelé, identificou a recorrência de alguns atributos na análise da articulação da forma, que apresenta uma linha de pensamento e atributos relevantes para este trabalho, embora nem todos se apliquem:

- Organização dos setores por meio do eixo ordenador, resultando em maior integração do sistema.
- Setor ambulatorial sempre conectado ao eixo ordenador.
- Verticalização em alguns setores, preservando as relações de permeabilidade.
- Dimensionamento dos setores a partir da modulação de 62,5 cm.
- Existência de um padrão de proporção de áreas entre unidades funcionais.
- Unidades de almoxarifado, serviços, vestiários e ambulatoriais apresentam maior variação de área em relação ao programa, sem perder a funcionalidade.
- Unidades de ginásio, residência médica e centro cirúrgico apresentam menor variação.

Como observado, nos serviços de saúde, algumas das características identificadas por Westphal não se aplicam; no entanto, a linha de pensamento proposta oferece uma perspectiva interessante sobre a distribuição funcional e a setorização de ambientes, com o intuito de promover a saúde.

No que diz respeito à humanização em ambientes que promovem a saúde, é importante entender que existem dois viés: a humanização para a equipe de saúde, que luta por melhores condições de trabalho, e para o paciente, que necessita de acolhimento adequado. Assim, é fundamental perceber que ambos os interesses estão interligados, uma vez que, para proporcionar um atendimento satisfatório e empático, o profissional de saúde precisa estar bem consigo mesmo e com seu ambiente de trabalho.

Em 2003, foi sancionada a Política Nacional de Humanização (PNH), mais conhecida como HumanizaSUS, que busca promover a defesa da diversidade, lutando por um Sistema Único de Saúde (SUS) mais humano e acolhedor, tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores. Ao falarmos de acolhimento, de acordo com o Folheto da PNH, devemos reconhecer que o outro traz como legítima necessidade a saúde, devendo ser estabelecida uma relação entre as equipes e os usuários. Segundo o mesmo Folheto, a ambiência é um fator crucial quando nos referimos à humanização, pois criar espaços saudáveis e acolhedores, que respeitem a privacidade e a segurança dos usuários, é imprescindível. Os usuários da saúde possuem direitos garantidos por lei, e os serviços de saúde devem assegurar o conhecimento e o cumprimento desses direitos (BRASIL, 2015).

O ambiente hospitalar, por si só, gera sensações desconfortáveis, uma vez que os usuários estão presentes para resolver algum problema de saúde, podendo também ser acompanhantes ou parte da equipe que trabalha no local. Ao abordarmos a humanização com ênfase na arquitetura, abrimos um leque de possibilidades e formas de como ajudar o usuário no processo de cura e na boa estadia.

Nos estabelecimentos assistenciais de saúde, o paciente luta para recuperar sua saúde e, ao mesmo tempo, é submetido a agressões do meio ambiente relacionadas a agentes físicos (ruídos, radiação ionizante e não ionizante, vibração, pressão anormal, temperaturas extremas, entre outros), químicos (substâncias químicas em forma sólida, líquida e gasosa), biológicos (vírus, bactérias, fungos e ácaros), ergonômicos e psicológicos (MARTINS, 2004).

Rocha (2011), em sua dissertação que aborda a humanização hospitalar analisando os hospitais da Rede Sarah de João Figueiras de Lima (Lelé), trouxe alguns atributos na humanização hospitalar que são importantes considerar neste trabalho:

- **Controle do ambiente:** Este atributo se refere a como melhorar a estadia do paciente no hospital, considerando que é um ambiente estressante e com pouca privacidade. O usuário deve poder controlar os elementos ao seu redor, tornando sua passagem pelo local mais fácil e proporcionando uma sensação de autossuficiência. Controles como a possibilidade de mudar o canal da TV, ajustar o volume do som, e a disponibilidade de mobiliário variado que permita ao paciente comer na cama ou na mesa são detalhes que, embora possam parecer insignificantes para o usuário comum, são de extrema importância para o paciente.
- **Suporte social:** Este atributo é possibilitado pela criação de espaços que favoreçam a integração entre os pacientes e seus familiares, como ambientes para reuniões, livrarias, espaços de lazer e de orações, entre outros.
- **Luz:** Este fator é determinante e interfere diretamente no equilíbrio fisiológico e psicológico dos usuários, devendo-se considerar tanto a qualidade quanto a quantidade de luz. A iluminação afeta diretamente o paciente e pode até dificultar sua recuperação. É importante ressaltar também a relevância da iluminação natural.
- **Cor:** Assim como em todos os âmbitos da arquitetura, a cor é crucial quando se trata de humanização, pois, por meio dela, é possível evocar diversas sensações no usuário. A escolha de cores, sejam elas frias ou quentes, interfere diretamente no humor das

peessoas, podendo provocar desconforto ou, ao contrário, transmitir paz e acolhimento, além de causar inquietude e ansiedade, entre outras sensações.

- **Textura:** Este fator é determinante na escolha dos materiais a serem utilizados na construção. A seleção deve considerar o bem-estar dos usuários e como eles se sentirão ao interagir com as características sonoras, táteis ou olfativas dos materiais.
- **Aroma:** Quando se trata de aroma, esta é uma sensação afetiva; por exemplo, um cheiro pode lembrar algo ou alguém. Nos hospitais, a maioria das vezes, esses odores remetem a momentos desagradáveis, produtos farmacêuticos e cheiros fortes. Portanto, a aromatização pode contornar esse problema, proporcionando, por meio da aromaterapia, a reversão da sensação desagradável.
- **Som:** A discussão sobre som nos leva ao conforto acústico, considerando ecos, reverberações e timbres harmoniosos. Em ambientes hospitalares, podemos considerar a utilização de artifícios que melhorem esses fatores, como superfícies isolantes, paredes e tetos com tratamento de isolamento acústico, carpetes e tecidos. A implementação de músicas ambientes agradáveis é uma excelente opção, utilizando o recurso de controle ambiental, sempre que possível.
- **Forma:** O espaço em que o ser humano está inserido interfere diretamente em sua qualidade de vida. As formas visuais e as dimensões provocam sensações positivas e negativas no usuário. A forma dos ambientes é uma escolha importante, pois, além de funcional, deve proporcionar ao paciente a sensação de privacidade e segurança, podendo também estimular sensorialmente e criar distrações positivas. O desenho da planta arquitetônica de um hospital e de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é complexo, pois precisa atender da melhor maneira possível as necessidades de cada fluxo.

Lukiantchuki e Ramos (2015) também estudaram os trabalhos de Lelé, mas, desta vez, com a contribuição de Athos Bulcão, que, por meio da arte, tornou os hospitais da Rede Sarah ambientes aconchegantes e uma referência em humanização na arquitetura para a saúde. Athos utilizou murais, painéis coloridos, muros de argamassa armada, pinturas e movimentos nas paredes, além de cor no concreto. Após essa reflexão, podemos afirmar com convicção que a arquitetura influencia diretamente o processo de cura do paciente, podendo ajudar quando é feita com maestria ou, inversamente, prejudicar quando é mal concebida e executada.

2 ESTUDO DE MANUAIS TÉCNICOS EXISTENTES

Para dar início a esta etapa, começaremos pelo **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**, do Ministério da Saúde, mantendo a mesma finalidade de orientar profissionais e gestores municipais da saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação e construção de unidades. Segue os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/ANVISA, de fevereiro de 2002, que trata da regulamentação técnica para o planejamento, programação e avaliação de projetos físicos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Inicialmente, o manual introduz o conceito e a função das equipes de atenção básica, descrevendo as atribuições dos membros da equipe com o objetivo de esclarecer suas funções ao leitor antes de abordar a próxima etapa: a sugestão de estruturas de Unidades Básicas de Saúde (UBS) conforme o número de equipes implantadas na comunidade. Recomenda-se que uma UBS acomode, no máximo, cinco Equipes de Saúde da Família (ESF), devido à dificuldade de organizar agendas e fluxos operacionais. A proporção sugerida é de uma ESF para até quatro mil pessoas, duas ESF para até oito mil pessoas, e, seguindo essa lógica, cinco ESF para até vinte mil pessoas.

Tabela 2 - Ambientes de uma UBS de acordo com número de equipes ESF

Ambientes	1 ESF	2 ESF	3 ESF	4 ESF	5 ESF
Recepção/Arquivo de prontuários	1	1	1	1	1
Espera	Para 15 pessoas	Para 30 pessoas	Para 45 pessoas	Para 60 pessoas	Para 75 pessoas
Administração e gerência*			1	1	1
Sala de reuniões e educação em saúde	1	1	1	1	1
Almoxarifado			1	1	1
Consultório com sanitário	1	1	2	3	3
Consultório	1	3	3	4	5
Sala de Vacina	1	1	1	1	1
Sala de curativo/procedimento	1	1	1	1	1
Sala de nebulização	1	1	1	1	1
Farmácia (sala de armazen. de medicamentos)***	1	1	1	1	1
Equipo odontológico	1	2	3	4	4
Escovário**	1	1	1	1	1
Área de compressor	1	1	1	1	1
Sanitário para usuário	1	2	2	4	4
Sanitário para deficiente ****	1	1	1	1	1
Banheiro para funcionários	1	1	1	2	2
Copa/cozinha	1	1	1	1	1
Depósito de materiais de limpeza	1	1	1	1	1
Sala de recepção/lavagem e descontaminação***	1	1	1	1	1
Sala de esterilização***	1	1	1	1	1
Sala de utilidades (apoio à esterilização)**	1	1	1	1	1
Abrigo de resíduos sólidos	1	1	1	1	1
Depósito de lixo	1	1	1	1	1
Sala para ACS*	1	1	1	1	1

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência.
 ** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.
 *** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.
 **** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.
 No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente.

Fonte: Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde – Ministério da Saúde, 2008

Na sequência, o manual apresenta recomendações para a elaboração de projetos arquitetônicos, abordando os seguintes aspectos:

- Local de construção: Ressalta a importância de compreender o ambiente, estudar o impacto no entorno e na comunidade escolhida, seguir normas como a RDC 50 e a NBR 9050 da ABNT, além de desenvolver o programa de necessidades básicas, elaborar o projeto arquitetônico considerando dimensões exógenas e endógenas, e obter o licenciamento ambiental de acordo com a CONAMA nº 237/97.
- Cuidados com resíduos: O manual trata da classificação do lixo hospitalar, subdividido em grupos: Grupo A (potencialmente infectantes), Grupo B (químico), Grupo C (rejeitos radioativos), Grupo D (resíduos comuns) e Grupo E (resíduos cortantes).
- Construção de esgotos sanitários: Aborda o descarte adequado de resíduos, conforme a RDC 333, sendo necessária a construção de caixas de separação específicas, como a de separação de materiais químicos, caixa de gordura, caixa de separação de gesso, caixa de revelação de fixadores e reveladores, caixa de separação de graxa e caixa de separação de efluentes de lavadores de gás de chaminés e caldeiras.
- Com relação às características estruturais, o Ministério da Saúde (MS) estabelece que as Unidades Básicas de Saúde devem priorizar as instalações elétricas, hidráulicas, ventilação, luminosidade, fluxo de usuários e facilidade na limpeza e desinfecção. Os seguintes pontos são detalhados: ambiência, ventilação, iluminação, pisos e paredes, cobertura, materiais de acabamento, fluxo de pessoas e materiais, portas, janelas, lavatórios e pias, bancadas, armários e estantes, área externa e sinalização.

Por fim, o manual descreve os ambientes que integram a Unidade de Saúde da Família, com o objetivo de orientar a elaboração de projetos arquitetônicos e de planejamento. Estes ambientes são divididos em:

- Administrativo: sala de recepção, sala de espera, sala de prontuários, administração e gerência, sala de reuniões, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), almoxarifado e farmácia.
- Atendimento clínico: consultórios, sala de procedimentos, sala de vacinas, sala para coleta, sala de nebulização e sala de curativos.
- Atendimento odontológico: consultório odontológico, escovário e área para compressor e bomba.

- Apoio: sanitários, banheiro para funcionários, copa, área de serviços, depósito de material de limpeza (DML), central de material e esterilização, sala de utilidades, depósito de lixo e abrigo de resíduos sólidos (expurgo).

Este manual é de extrema relevância, pois delinea os procedimentos para a concepção de projetos arquitetônicos em unidades de saúde, desempenhando um papel essencial ao oferecer uma estrutura metodológica abrangente e normativa. Ao abordar aspectos como a escolha do local, conformidade com normas técnicas e regulamentações pertinentes, além de considerações ambientais, o manual assegura a integridade e a sustentabilidade dos empreendimentos. A classificação e a gestão de resíduos hospitalares, conforme estipulado por agências reguladoras, são cuidadosamente delineadas, visando garantir a segurança e a saúde pública. Adicionalmente, as diretrizes para a infraestrutura elétrica, hidráulica, ventilação e iluminação são detalhadas, com foco no conforto e na eficiência operacional. A descrição minuciosa de cada ambiente funcional, desde as áreas administrativas até os espaços clínicos e de apoio, proporciona uma visão holística das necessidades específicas de cada setor. Assim, o manual serve como um guia abrangente para arquitetos e engenheiros, garantindo a concepção e a construção de instalações de saúde que atendam aos mais elevados padrões de qualidade e funcionalidade.

Dando continuidade ao estudo, seguimos para o próximo manual a ser utilizado como base a **Resolução-RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**, o documento trata do planejamento técnico para o planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, abordando os seguintes temas:

- Elaboração de projetos físicos;
- Programação físico-funcional dos estabelecimentos de saúde: organização físico-funcional, dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes;
- Critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde: circulações externas e internas, condições ambientais e de conforto, condições ambientais de controle de infecção, instalações prediais ordinárias e especiais, condições de segurança contra incêndio.

A resolução é um instrumento normativo de extrema relevância no contexto da concepção de ambientes voltados à saúde, fornecendo tabelas que desempenham um papel essencial na apresentação e organização de dados técnicos e requisitos regulatórios. Essas tabelas geralmente incluem informações como especificações técnicas, limites aceitáveis para

impurezas, parâmetros de controle de qualidade, entre outros aspectos pertinentes à fabricação e ao controle de qualidade de medicamentos.

3 ESTUDO DE CASO

Para dar início ao estudo de caso, foi escolhido o recorte onde trabalharemos o nosso objeto de estudo, o município de **Itaporanga D’Ajuda**, localizado no estado de Sergipe, de acordo com dados do IBGE referentes ao censo de 2022, possui uma área territorial de 739,702 km² e uma população de 34.411 habitantes distribuídos por todo o município, resultando em uma densidade demográfica de 46,52 hab/km². A cidade foi fundada em terras indígenas pertencentes ao povo Tupinambá, liderado pelo Cacique Sarubi, sendo um dos mais antigos povoamentos de Sergipe. Seu núcleo geográfico estava localizado às margens do rio Vaza-Barris, que banha os estados de Sergipe e Bahia. Assim como várias cidades do país, Itaporanga foi surpreendida pela invasão portuguesa, no caso da cidade, liderada pelo Padre Gaspar de Lourenço e a Companhia de Jesus, que fundaram a Igreja de Santo Inácio e iniciaram a primeira aldeia de catequese no local. Com o tempo, surgiram desconfianças em relação à imposição de novos costumes aos povos originários de Itaporanga, o que interrompeu a colonização e a conquista da terra em 1590, dando início às guerras territoriais entre portugueses e indígenas, conflitos que perduraram, inclusive, durante a ocupação holandesa. Somente em 1845, o município foi elevado à categoria de freguesia, sob a invocação de Nossa Senhora da Ajuda de Itaporanga.

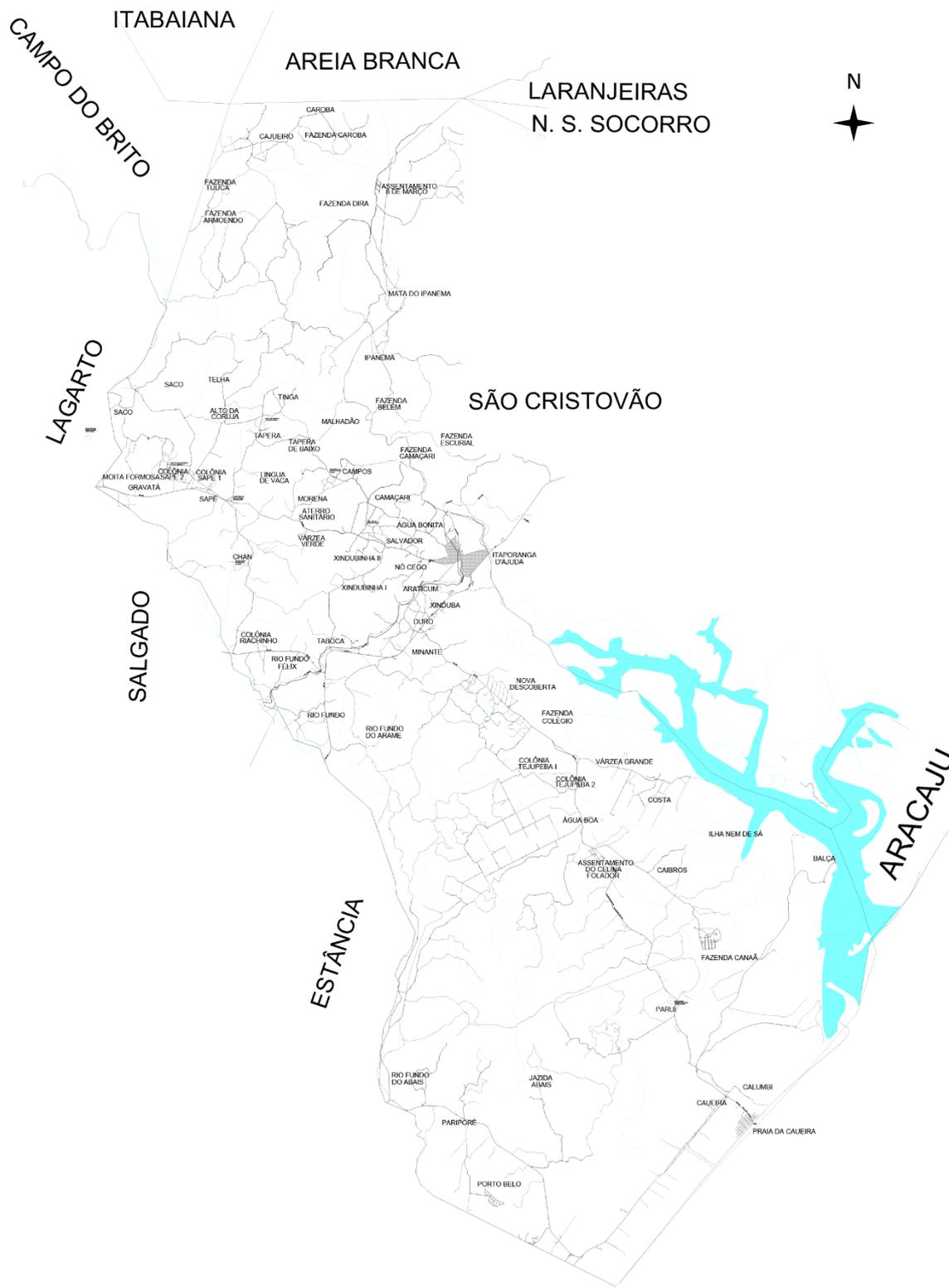
O município foi oficialmente constituído em 1854, e sua sede foi elevada à categoria de vila, e mais tarde à de cidade, sempre mantendo o topônimo Itaporanga, vocábulo de origem tupi que significa "pedra bonita" (íta, pedra; poranga, bonita). Em 1944, em conformidade com a legislação federal que proibia a duplicidade de nomes, o município passou a ser chamado de Irapiranga, por determinação do Decreto-Lei Estadual n.º 533. A partir de 1º de janeiro de 1949, adotou-se a denominação de Itaporanga D’Ajuda, por força da Lei Estadual n.º 123 (IBGE).

Retornando ao tema central deste trabalho, diante da complexidade da arquitetura voltada para a saúde, é imprescindível delimitar um recorte que possibilite uma análise aprofundada e contextualizada. Nesse sentido, optou-se por focar no município de Itaporanga D’Ajuda, local de residência da autora. Esse município apresenta uma realidade peculiar, com seus cinquenta e seis povoados, conforme levantamento da Secretaria Municipal de Obras, Transporte e Serviços Urbanos, nos quais estão distribuídas apenas vinte e cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme catalogado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

É relevante destacar que uma parcela significativa dessas unidades não foi originalmente projetada para atender às demandas de saúde da população, sendo, muitas vezes, adaptações de construções residenciais. Esse cenário compromete não apenas a eficiência dos serviços prestados, mas também reflete a ausência de um planejamento adequado para a infraestrutura de saúde. A pesquisa realizada revela que uma proporção significativa das UBS investigadas não foi concebida originalmente para essa finalidade, evidenciando, assim, a existência de diversos déficits estruturais e funcionais que comprometem a qualidade e eficácia dos serviços prestados à população. Diante dessas constatações, torna-se evidente a relevância de investigar mais profundamente a relação entre a arquitetura dos espaços de saúde e sua efetividade no atendimento às necessidades da comunidade, com o intuito de propor soluções que promovam ambientes adequados e acessíveis para a promoção da saúde pública.

A figura 12, abaixo, apresenta o mapeamento de algumas das Unidades Básicas de Saúde levantadas ao longo deste trabalho, assim como dos povoados que compõem o município de Itaporanga D'Ajuda.

Figura 5 - Mapa de Itaporanga D’Ajuda – Povoados e suas UBS



Fonte: Secretaria Municipal de Obras, Transporte e Serviços Urbanos de Itaporanga D’Ajuda

A tabela subsequente fornece um panorama da distribuição das unidades de saúde em um município com cinquenta e seis povoados. Essa análise visa evidenciar a discrepância entre a demanda por serviços de saúde e a disponibilidade de infraestrutura para atendimento à população em diferentes regiões. A partir desses dados, é possível observar que, apesar da vasta área territorial do município, representada pelos seus cinquenta e seis povoados, a quantidade de UBS é significativamente menor, totalizando apenas vinte e cinco unidades. Essa disparidade entre a demanda e a oferta de serviços de saúde pode resultar em diversos desafios, como longas distâncias a serem percorridas pela população para acessar atendimento médico, dificuldade no acesso a serviços de saúde preventiva e uma maior sobrecarga das unidades existentes.

Tabela 3 - Lista de Povoados e UBS existentes

Nº	POVOADOS: ITAPORANGA D'AJUDA (SECRETARIA DE OBRAS):	POSSUI UBS:	NOME:	PROJETO ORIGINAL PARA UBS:	ESPAÇO ADAPTADO E/OU AMPLIADO:	FONTE:	OBSERVAÇÃO:
1	POVOADO SAPÉ	X	UBS ADEMAR REIS	-	X	VISITA	POSSUI AMPLIAÇÃO
2	POVOADO CAUEIRA	X	UBS PREFEITO ANTONIO FRANCISCO SOBRAL GARCEZ	X	-	SISMOB	
3	POVOADO CALUMBI	-		-	-		
4	POVOADO PARIPORE	-		-	-		
5	POVOADO RIO FUNDO	X	POSTO DE SAUDE DO POVOADO RIO FUNDO	-	-		
6	RIO FUNDO ARAME	-		-	-		
7	RIO FUNDO FÉLIX	-		-	-		
8	RIO FUNDO DO ABAIS	X	POSTO DE SAUDE DO POVOADO RIO FUNDO DO ABAIS	-	-		
9	RIO FUNDO CACHOEIRA	X	UBS RAIMUNDO ARAUJO SILVA	-	-		
10	RIO FUNDO DO PONTO	-		-	-		
11	POVOADO PARÚ	-		-	-		
12	ASSENT. BOM JESUS	-		-	-		
13	POVOADO ÁGUA BOA	-		-	-		
14	ASSENT. DORCELINA FOLADOR	-		-	-		
15	CAIBROS	-		-	-		
16	ILHA MEM DE SÁ	-		-	-		
17	VÁRZEA GRANDE	-		-	-		
18	PAU POMBO	-		-	-		
19	POVOADO COSTA	X	UBS AZILDA SILVEIRA SOBRAL	X	-	SISMOB	
20	POV. NOVA DESCOBERTA	X	UBS DEISE SANTOS ANDRADE NOVA (POV. OITEIRO)	-	X	SISMOB	POSSUI AMPLIAÇÃO
21	COLÔNIA TEJUPEBA I	-	POSTO DE SAUDE DO POVOADO TIJUPEBA	-	-		
22	COLÔNIA TEJUPEBA II	-		-	-		
23	MINANTE	-		-	-		
24	DURO I	X	POSTO DE SAUDE VEREADOR ALEILDE GOMES	-	X	SISMOB	POSSUI AMPLIAÇÃO
25	DURO II	-		-	-		DURO II SUPRE
26	ARATICUM	X	UBS JOSE COSTA CAVALCANTE	-	X	SISMOB	POSSUI AMPLIAÇÃO
27	XINDUBINHA I	-		-	-		
28	XINDUBINHA II	-		-	-		
29	COLÔNIA RIACHINHO	-		-	-		
30	TABOCA	-		-	-		
31	CHAN	X	UBS SILVESTRE EVANGELISTA DE JESUS	-	X	VISITA	POSSUI AMPLIAÇÃO
32	VARZEA VERDE	-		-	-		
33	NÓ CEGO	-		-	-		
34	SALVADOR	X	UBS ANTONIO ARAUJO SANTOS	-	-		
35	ÁGUA BONITA	X	POSTO DE SAUDE MARIA DAS GRACAS GARCEZ	-	-		
36	MORENA	-		-	-		
37	LÍNGUA DE VACA	-		-	-		
38	CAMPOS	X	POSTO DE SAUDE DO POVOADO CAMPOS	-	X	VISITA	NÃO POSSUI AMPLIAÇÃO
39	CAMAÇARI MIRIM	-		-	-		
40	COLÔNIA SAPÉ I	-		-	-		COLONIA SAPÉ II SUPRE
41	COLÔNIA SAPÉ II	X	POSTO DE SAUDE PREFEITO CESAR MANDARINO II	-	X	VISITA	NÃO POSSUI AMPLIAÇÃO
42	MOITA FORMOSA	X	POSTO DE SAUDE DO POVOADO MOITA FORMOSA	-	X	VISITA	NÃO POSSUI AMPLIAÇÃO
43	GRAVATÁ	X	UBS JOSE ANTERO	-	-	SISMOB	POSSUI AMPLIAÇÃO
44	SACO	-		-	-		
45	TELHA	-		-	-		
46	ALTO DA CORUIJA	-		-	-		
47	TAPERA	-		-	-		
48	TAPERA DE BAIXO	-		-	-		
49	TINGA	-		-	-		
50	IPANEMA	X	POSTO DE SAUDE DO POVOADO IPANEMA	-	-		
51	MATA DO IPANEMA	X	POSTO DE SAUDE DR ALBERTO DE OLIVEIRA FREIRE IPANEMA	-	-		
52	ASSENT. OITO DE MARÇO	X	POSTO DE SAUDE RODOLFO MARCOS TEIXEIRA PINTO	-	X	SISMOB	POSSUI AMPLIAÇÃO
53	LADEIRA	-		-	-		
54	ASSENT. DOM HELDER	-		-	-		
55	ASSENT. SONHO DE ROSE	-		-	-		
56	ASSENT. DARCI RIBEIRO	X	UBS GETULIO SAVIO SOBRAL LOTEAMENTO SANTO ANTONIO	-	-		
57	ASSENT. ANTONIO ARAUJO	-		-	-		
58	ASSENT. LUIZA MAHIM	-		-	-		
59	LOTEAMENTO SANTO ANTONIO	X	UBS GETULIO SAVIO SOBRAL	-	-		NÃO CONSTA NA LISTA DA SECRETARIA

Fonte: Secretaria Municipal de Obras, Transporte e Serviços Urbanos de Itaporanga D'Ajuda e Autora 2024.

Após definido o recorte e devidamente refinado de acordo com alguns critérios como, estarem situados próximos ou aos arredores da rodovia principal que liga Itaporanga D’Ajuda a cidade de Lagarto, cortando o município no meio. Essa rodovia é de extrema importância para história do município, pois foi criada desde o início de sua fundação, como podemos ver com mais ênfase na Figura 6.

Figura 6 - Localização da estação de Iraperiranga como estação central de Itaporanga d’Ajuda



Fonte: IBGE: Enciclopédia dos Municípios Brasileiros, 1960

Quando sobrepomos essa imagem em cima do mapa atual já visto anteriormente, temos a combinação e localização exata e mais visível dessa rodovia que usaremos como um refinador para o nosso recorte de estudo, como podemos ver na Figura 7.

Figura 8 - Mapa de Itaporanga D'Ajuda – povoados selecionados



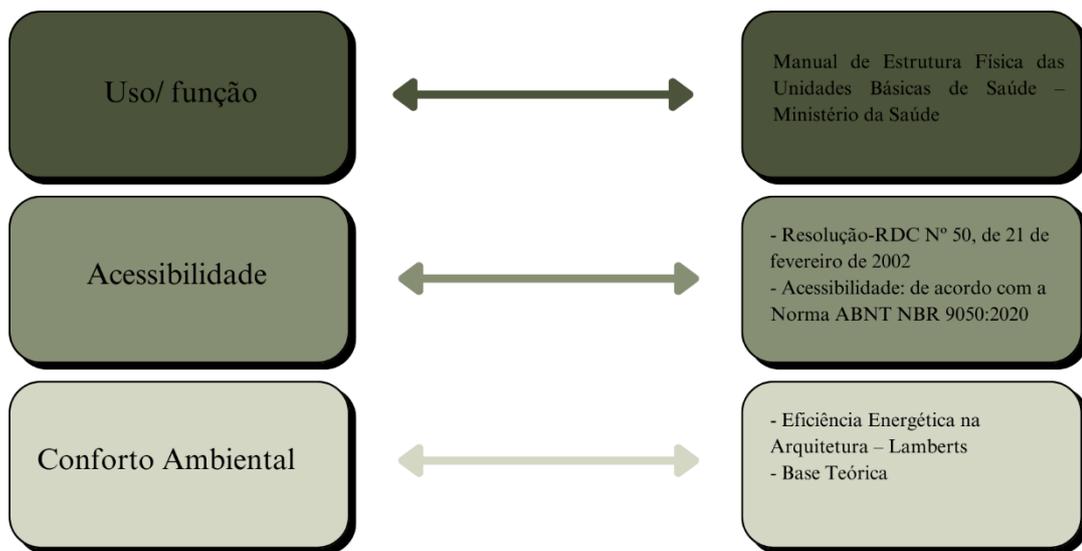
Fonte: Autora, 2024

Com os povoados definidos e embasamento teórico finalizado se pode dar início a primeira parte prática do estudo que foi a criação do checklist, para que com ele possamos dar seguimento a segunda parte prática, que foi sua aplicação.

3.1 Checklist de diagnóstico para unidades básicas de saúde: ferramenta de avaliação prática

O checklist, que servirá como base para os estudos e análises das Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas para o recorte, foi elaborado a partir de um aprofundado estudo teórico, de referências bibliográficas e de visitas in loco, visando uma análise realista dos déficits das UBS escolhidas. A busca por informações relevantes e com valor científico também se baseou em duas fontes principais: a Resolução-RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Nestes documentos, foram utilizadas informações que abordam e dividem o checklist em três temáticas, como podemos ver no diagrama da figura 9.

Figura 9 - Diagrama de referências



Fonte: Autora, 2024

Para entendermos melhor como foi elaborado o checklist iremos dividir em seis etapas: o cabeçario, uso/função, acessibilidade, conforto ambiental, levantamento cadastral simplificado e levantamento fotográfico, como podemos ver no Anexo 1.

1. **Cabeçario:** nessa primeira etapa iremos organizar as informações onde poderemos identificar cada unidade básica de saúde, onde ela se encontra, quando e por quem foi feito essa análise, como é mostrado na figura 10.

Figura 10 - Primeira etapa de criação do checklist

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS	
NOME DA UBS:	LEGENDA: A: Atende P: Parcialmente N.A: Não atende
ENDEREÇO:	
CIDADE:	
DATA:	
PESQUISADOR(A):	

Fonte: Autora, 2024

- Uso/função:** essa segunda etapa foi utilizada como base a tabela de ambientes que consta no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde, adotando apenas uma equipe de saúde básica da família trabalhando na UBS, que engloba uma população de pelo menos quatro mil pessoas, visto que é o que se encaixa em nosso recorte. Na figura 11, abaixo podemos ver a tabela adaptada para uma ESF.

Figura 11 - Segunda etapa de criação do checklist

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuarios				
2	Espera (15 pessoas)				
3	Administração e gerencia*				
4	Sala de Reuniões				
5	Almoxarifado				
6	Consultorio com sanitário				
7	Consultório				
8	Sala de vacinas				
9	Sala de curativos/procedimentos				
10	Sala de nebulização				
11	Farmácia***				
12	Consultório odontológico				
13	Escovário**				
14	Área de compressor				
15	Sanitário comum				
17	Sanitário PCD****				
18	Sanitario para funcionarios				
19	Copa				
20	Sala de recepção/descontaminação				
21	DML				
22	Sala de utilidades				
23	Abrigo de residuos solidos				
24	Depósito de lixo				
25	Sala para ACS*				

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

Fonte: Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, Ministério da Saúde, com adaptações da Autora, 2024.

3. **Acessibilidade:** na terceira etapa utilizaremos como base a Resolução-RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e a Norma ABNT NBR 9050:2020. Nessa etapa serão abordados pontos que foram identificados nessas referencias que melhor se encaixam na situação atual do nosso recorte, como mostrado na figura 12.

Figura 12 - Terceira etapa de criação do checklist

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m				
27	Rampa de acesso \leq 1m				
28	Corrimão nas rampas				
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)				
30	vagas reservadas para PCD (2 min)				
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)				
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M				
33	Sinalização tátil				
34	Sinalização visual				
35	Pisos antiderrapantes				
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)				
37	Assentos acessíveis				
38	Iluminação para baixa visão				

Fonte: Autora, 2024

4. **Conforto ambiental:** na quarta etapa foram utilizados como referências a base teórica utilizada ao longo desse estudo e o livro Eficiência Energética na Arquitetura de Lamberts. Assim como na etapa anterior foi empregue a melhor forma para que haja coerência na situação atual do nosso recorte, como mostrado na figura 13.

Figura 13 - Quarta etapa de criação do checklist

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento				
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção				
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)				
42	Ambientes silenciosos em espera				
43	Ventilação mecanica com filtragem				
44	Jardins e áreas verdes				
45	Portas revestidas em material lavável				
46	Revestimentos fáceis de limpar				
47	Instintores de incêndio				
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**				
49	iluminação artificial especial*				

* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

**Ver código de obras local.*

Fonte: Autora. 2024

5. **Levantamento Cadastral Simplificado:** a quinta etapa consiste em um levantamento cadastral de planta, porém sem ser necessário informações tão detalhadas como cotas, elevações e detalhamentos. Pois o intuito é documentar e identificar os ambientes existentes e a setorização.
6. **Levantamento Fotográfico:** a sexta e ultima etapa desse checklist compõe-se por um levantamento fotográfico de cada ambiente da UBS para consulta, porem serão utilizadas apenas quatro imagens de cada unidade básica de saúde, para simplificar e tornar o checklist mais direto e menos extenso.

4 RESULTADO E ANÁLISES DA APLICAÇÃO: COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Para iniciarmos a análise dessas Unidades Básicas de Saúde, é extremamente importante a apresentação da tabela 5, a seguir, que apresentam as UBS utilizadas em nosso recorte.

Tabela 4 - Unidades Básicas de Saúde selecionadas

LISTA DE UNIDADES BASICAS DE SAÚDE SELECIONADAS			
Nº:	POVOADO:	DISTÂNCIA DA SEDE:	UNIDADE BASICA DE SAÚDE
1	Salvador	5,3 km	UBS ANTONIO ARAUJO SANTOS
2	Água Bonita	6,1 km	POSTO DE SAUDE MARIA DAS GRACAS GARCEZ
3	Campos	8,3 km	UBS POVOADO CAMPOS
4	Sapé	10,6 km	UBS Dr. Aldemar Reis
5	Chan	13,8 km	UBS SILVESTRE EVANGELISTA DE JESUS
6	Colônia Sapé	13,8 km	POSTO DE SAUDE PREFEITO CESAR MANDARINO II
7	Tapera	14 km	POSTO DE SAUDE DO POVOADO TAPERAP
8	Moita Formosa	17,2 km	UBS POVOADO MOITA FORMOSA
9	Gravatá	20 km	UBS JOSE ANTERO
10	Estancinha	21 km	POSTO DE SAUDE DO POVOADO ESTANCINHA

Fonte: Autora, 2024

É importante frisar que a UBS de número 7, destacada na tabela não foi possível o acesso a mesma, pois em diversas tentativas não foi possível encontrá-la aberta, talvez por infelizes coincidências de agenda, mas a mesma se encontra em pleno funcionamento.

O quadro geral de avaliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) analisado apresenta um panorama sobre a adequação dos espaços e suas respectivas funções nas UBS selecionadas. A partir dessa análise, é possível observar importantes pontos relativos ao cumprimento dos requisitos estruturais e funcionais, essenciais para o bom funcionamento desses estabelecimentos de saúde. Inicialmente, percebe-se que alguns itens foram plenamente atendidos por algumas UBS, conforme indicado pela cor verde no quadro. Entre esses itens, destacam-se funções essenciais como a "Recepção/Arquivos de prontuários", "Consultório odontológico" e "Farmácia". Contudo, a distribuição de UBS que atendem completamente aos critérios estabelecidos é limitada e ocorre de maneira inconsistente entre as diferentes unidades, evidenciando disparidades na adequação das infraestruturas.

Outro ponto relevante diz respeito aos itens que foram atendidos de forma parcial, sinalizados pela cor amarela. Em muitos casos, itens como a área de "Espera" e "Consultórios com sanitário" apresentam atendimento parcial, o que pode indicar a presença de deficiências que, embora não comprometedoras no curto prazo, podem ser corrigidas com pequenos ajustes e intervenções pontuais para otimizar o funcionamento das UBS. No entanto, o aspecto mais

crítico da análise é a quantidade significativa de itens não atendidos, conforme demonstrado pelas áreas marcadas em vermelho no quadro. Itens como "Sanitários comuns", "Sanitários para pessoas com deficiência (PCD)", "Almoxarifado", "Sala de nebulização", entre outros, estão amplamente ausentes em várias UBS. A ausência dessas áreas fundamentais compromete diretamente a eficiência e a qualidade do atendimento prestado à população, além de prejudicar o cumprimento de normativas e requisitos legais estabelecidos para o setor de saúde.

Entre os itens de maior deficiência, destacam-se, em particular, a ausência de áreas como "Depósito de Material de Limpeza (DML)", "Depósito de lixo", "Escovário" e "Área de compressor". Esses ambientes são essenciais para garantir a higiene e o controle adequado de infecções, assim como para assegurar o fluxo organizado de materiais dentro das unidades. A inexistência ou inadequação dessas áreas pode acarretar riscos à saúde pública e comprometer a integridade dos serviços oferecidos pelas UBS.

Em relação à acessibilidade, um ponto crítico identificado foi a falta de "Sanitários PCD" em diversas unidades, evidenciando uma falha na garantia de um atendimento inclusivo, algo fundamental em qualquer ambiente voltado para a saúde. A ausência de instalações sanitárias adaptadas para pessoas com deficiência compromete diretamente a acessibilidade e o direito de todos os cidadãos ao atendimento de saúde de qualidade.

Ademais, a análise revela uma disparidade significativa entre as diferentes UBS avaliadas. Algumas unidades, como a UBS 4 e a UBS 9, apresentam melhor desempenho geral, atendendo a uma quantidade maior de requisitos estruturais. No entanto, mesmo nessas unidades, ainda existem deficiências notáveis, como a ausência de "Sala de nebulização" e "Sala de curativos/procedimentos". Em contrapartida, unidades como a UBS 10 mostram um desempenho extremamente insuficiente, com a maior parte dos itens avaliados marcada em vermelho, evidenciando uma infraestrutura defasada e que necessita de intervenções urgentes.

Portanto, a partir da análise do quadro geral de avaliação das UBS, torna-se evidente a necessidade de intervenções imediatas para corrigir as deficiências estruturais identificadas. Prioritariamente, devem ser corrigidos itens como "Sanitários comuns" e "Sanitários PCD", a fim de garantir a acessibilidade e o cumprimento das normas de saúde pública. Além disso, áreas voltadas para o controle de infecção, como os "Depósitos de lixo" e "DML", também devem ser priorizadas, uma vez que a ausência dessas áreas compromete a segurança sanitária das unidades.

Conclui-se, portanto, que as Unidades Básicas de Saúde avaliadas apresentam graves déficits estruturais e funcionais, comprometendo a eficiência dos serviços de saúde prestados. A disparidade entre as diferentes unidades também indica a necessidade de ações corretivas

direcionadas, a fim de promover maior equidade no atendimento à saúde e garantir que todas as UBS atendam aos padrões mínimos de qualidade e funcionalidade, conforme exigido pelas normativas do setor, como podemos concluir com base na Figura 14.

Figura 14 - Quadro geral de avaliação: uso/função

QUADRO GERAL DE AVALIAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE											
USO/FUNÇÃO	ITENS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	Recepção/ arquivos de prontuários	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	2	Espera (15 pessoas)	Atende	Parcialmente	Parcialmente	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	3	Administração e gerencia*	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	4	Sala de Reuniões	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	5	Almoxarifado	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Atende	Não Atende	Não Atende	Parcialmente	Não Atende	Não Atende
	6	Consultorio com sanitário	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	7	Consultório	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	8	Sala de vacinas	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	9	Sala de curativos/procedimentos	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	10	Sala de nebulização	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	11	Farmácia***	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	12	Consultório odontológico	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	13	Escovário**	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	14	Área de compressor	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	15	Sanitário comum	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	17	Sanitário PCD****	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	18	Sanitario para funcionarios	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	19	Copa	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	20	Sala de recepção/descontaminação	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	21	DML	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	22	Sala de utilidades	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	23	Abrigo de residuos solidos	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	24	Depósito de lixo	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	25	Sala para ACS*	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende

LEGENDA:	
Atende:	Atende
Parcialmente:	Parcialmente
Não Atende:	Não Atende

Fonte: Autora, 2024.

O quadro geral de avaliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), referente às condições de acessibilidade, revela um cenário crítico em relação à conformidade das unidades com as exigências necessárias para garantir o acesso universal, especialmente para pessoas com deficiência (PCD). A análise detalhada dos itens avaliados expõe uma carência significativa de adequações em diversas áreas estruturais das UBS, comprometendo o atendimento inclusivo.

Inicialmente, observa-se que a maioria das unidades não atende aos requisitos relativos à presença de rampas de acesso. Tanto as rampas com comprimento superior a 1 metro (item 26) quanto aquelas com comprimento inferior a 1 metro (item 27) apresentam um déficit considerável, conforme destacado em vermelho no quadro. A ausência de corrimãos nas rampas (item 28) também é uma falha recorrente, comprometendo a segurança de usuários com mobilidade reduzida. Em relação às portas, que devem ter dimensões mínimas de 0,80 metros de largura e 2,10 metros de altura (item 29), a maior parte das unidades não atende a essa especificação. Apenas uma quantidade limitada de UBS se aproxima desse padrão, o que evidencia a necessidade de intervenções estruturais para garantir a acessibilidade adequada.

Outro ponto de destaque é a ausência de vagas reservadas para PCD (item 30) e de corredores com corrimãos (item 31), essenciais para a mobilidade e segurança de pessoas com deficiência. A análise também revela que os corredores, em sua maioria, não possuem a largura

mínima recomendada de 2 metros (item 32), prejudicando a circulação de cadeirantes e outros usuários com necessidades especiais. No que tange à sinalização, tanto tátil (item 33) quanto visual (item 34), há uma ausência generalizada de recursos que facilitem a orientação e a mobilidade de pessoas com deficiência visual nas UBS analisadas. Esse fato compromete diretamente a autonomia desses pacientes, dificultando seu deslocamento seguro e independente nas instalações de saúde.

Os pisos antiderrapantes (item 35), fundamentais para prevenir acidentes, especialmente entre idosos e pessoas com dificuldades de locomoção, também não estão presentes na maioria das unidades. Já os balcões com altura acessível, ou seja, com rebaixo inferior a 85 cm (item 36), apresentam uma situação um pouco mais favorável, com algumas unidades parcialmente adequadas.

A falta de assentos acessíveis (item 37) nas áreas de espera representa mais um ponto crítico, comprometendo o conforto e a dignidade dos pacientes enquanto aguardam atendimento. Além disso, a iluminação apropriada para pessoas com baixa visão (item 38), embora seja um fator fundamental para garantir uma circulação segura, está ausente na maioria das UBS avaliadas.

Em resumo, o diagnóstico exposto no quadro de acessibilidade evidencia a necessidade urgente de intervenções nas Unidades Básicas de Saúde analisadas. A adequação das rampas, a instalação de corrimãos, o alargamento de corredores e portas, a implementação de sinalizações táteis e visuais, a utilização de pisos antiderrapantes e a oferta de mobiliário acessível são medidas imprescindíveis para garantir a inclusão e o atendimento equitativo. Essas ações são essenciais para que as UBS cumpram seu papel de forma eficiente, promovendo a saúde de maneira inclusiva e assegurando o atendimento digno a toda a população, especialmente às pessoas com deficiência, conforme preconizado pelas normativas vigentes, como se pode conferir na Figura 15.

Figura 15 - Quadro geral de avaliação: acessibilidade

QUADRO GERAL DE AVALIAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE											
ACESSIBILIDADE	ITENS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	26 Rampa de acesso \geq 1m										
	27 Rampa de acesso \leq 1m										
	28 Corrimão nas rampas										
	29 Portas 0,80 x 2,10 m (min)										
	30 vagas reservadas para PCD (2 min)										
	31 Corredores com corrimão (min 1 lado)										
	32 Corredores com largura mínima de 2.00 M										
	33 Sinalização tátil										
	34 Sinalização visual										
	35 Pisos antiderrapantes										
	36 Balcões com rebaixo (\leq 85cm)										
	37 Assentos acessíveis										
	38 Iluminação para baixa visão										

LEGENDA:	
Atende:	
Parcialmente:	
Não Atende:	

Fonte: Autora, 2024

O diagnóstico do conforto ambiental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) avaliadas revela importantes deficiências, indicando a necessidade de adequações em aspectos relacionados à ventilação, controle térmico, conforto acústico, materiais de acabamento e segurança contra incêndio. Esses fatores, fundamentais para o bem-estar dos usuários e para a eficiência dos serviços de saúde, encontram-se, em sua maioria, fora dos padrões recomendados, conforme detalhado a seguir. No quesito controle térmico, o quadro demonstra que a presença de sistemas de climatização, como ar-condicionado ou ventiladores, tanto nas salas de atendimento (item 39) quanto nas recepções (item 40), é insatisfatória. A ausência desses dispositivos compromete o conforto térmico dos usuários, especialmente nas áreas de espera, onde o desconforto pode impactar negativamente a experiência do paciente. Além disso, a ventilação natural, por meio de janelas com ventilação cruzada (item 41), que proporciona a renovação do ar de forma eficaz, está presente em poucas unidades, agravando o problema de controle climático.

O conforto acústico também se mostra inadequado em grande parte das UBS. A avaliação dos "Ambientes silenciosos em espera" (item 42) indica que a maioria das unidades não oferece proteção suficiente contra ruídos externos ou internos, o que pode gerar desconforto aos pacientes. A falta de ventilação mecânica com filtragem (item 43), necessária para assegurar a qualidade do ar em espaços fechados, é outra questão preocupante, sendo esta infraestrutura quase inexistente nas unidades avaliadas.

Outro ponto crítico identificado é a baixa presença de áreas verdes ou jardins (item 44), que, além de contribuírem para o conforto ambiental, possuem papel relevante na promoção de um ambiente mais humanizado e acolhedor para os pacientes. A análise também aponta para a ausência de portas revestidas com materiais laváveis (item 45), que facilitam a manutenção da higiene e previnem a propagação de doenças. Esse déficit reflete um potencial risco à saúde

pública, especialmente em ambientes de atenção básica à saúde. No que se refere aos acabamentos, a falta de revestimentos de fácil limpeza (item 46) também foi observada em diversas unidades, o que dificulta a assepsia dos ambientes. Além disso, a ausência de extintores de incêndio (item 47) adequados em muitas UBS configura um fator de risco importante, uma vez que a segurança contra incêndios é essencial em qualquer edificação, especialmente em ambientes de saúde.

A ventilação e exaustão direta ou indireta (item 48), que têm a função de renovar o ar em ambientes fechados, são outro aspecto crítico de conforto ambiental em que as unidades apresentam deficiências significativas. Por fim, a iluminação artificial especial (item 49), necessária para a realização de atividades médicas com maior precisão, também se mostrou inadequada ou inexistente em várias UBS.

Diante desse panorama, é evidente a necessidade de intervenções estruturais e melhorias nos sistemas de conforto ambiental das UBS analisadas. Essas melhorias são fundamentais para garantir ambientes salubres, seguros e confortáveis, que promovam tanto a eficiência no atendimento quanto o bem-estar dos usuários e profissionais de saúde. A adequação às normas de conforto ambiental é indispensável para assegurar um serviço de saúde público de qualidade, condizente com as exigências legais e sanitárias, como indicado na Figura 16.

Figura 16 - Quadro geral de avaliação: conforto ambiental

QUADRO GERAL DE AVALIAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE											
CONFORTO AMBIENTAL	ITENS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	39 Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	40 Ar-condicionado ou ventiladores na recepção	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	41 Janelas nas salas (ventilação cruzada)	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende	Atende
	42 Ambientes silenciosos em espera	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	43 Ventilação mecânica com filtragem	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	44 Jardins e áreas verdes	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente	Parcialmente
	45 Portas revestidas em material lavável	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	46 Revestimentos fáceis de limpar	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	47 Instintores de incêndio	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	48 ventilação e exaustão direta ou indireta**	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende
	49 iluminação artificial especial*	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende	Não Atende

LEGENDA:	
Atende:	Atende
Parcialmente:	Parcialmente
Não Atende:	Não Atende

Fonte: Autora, 2024.

Com base nos resultados obtidos, constatou-se que apenas três unidades básicas de saúde alcançaram uma porcentagem de 50% ou mais em relação à adequação funcional. No quesito acessibilidade, apenas uma unidade atingiu 36% de conformidade, enquanto as demais ficaram abaixo desse índice. Em relação ao conforto ambiental, apenas duas unidades atingiram também 36% de conformidade. Esses dados levam à conclusão de que, entre as dez unidades avaliadas, a maioria não está adequadamente preparada para cumprir sua função de forma satisfatória.

5 DIRETRIZES PROJETUAIS DE DIRECIONAMENTO PARA POSSÍVEIS ADAPTAÇÕES

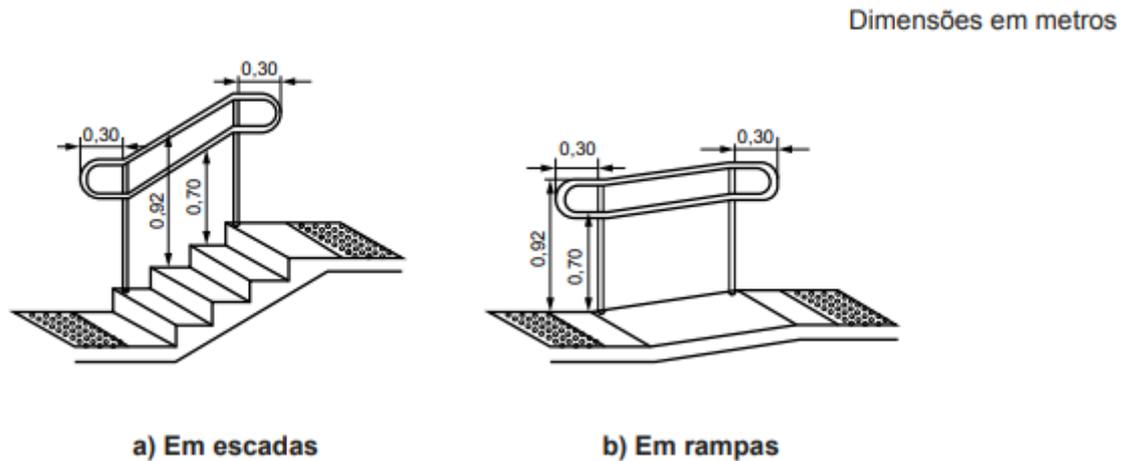
As diretrizes projetuais arquitetônicas consistem em um conjunto de orientações, princípios e critérios que guiam a concepção e desenvolvimento de um projeto arquitetônico ou um projeto de reforma. Servindo como um referencial para profissionais como arquitetos e engenheiros possam usar como guia na tomada de decisões durante as fases de projeto.

Para esse trabalho foram usadas algumas etapas, para pôr fim, chegar nas diretrizes que são aplicáveis na situação de povoados do interior com unidades básicas de saúde que possuem uma equipe de saúde a família, devendo ser adaptada para unidades básicas de saúde com mais de uma equipe de saúde a família, dentre elas o estudo bibliográfico das referências, estudo de manuais existentes, um embasamento teórico para servir como uma base, as visitas as unidades básicas de saúde escolhidas e o levantamento métrico e fotográfico das mesmas e baseando nos conceitos apresentados no projeto, possibilitou elencar as diretrizes projetuais para criação e melhorias de projetos arquitetônicos. Adotaremos a tabela de sugestões para estrutura de Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme o número de equipes implantadas e a cobertura populacional, disponível no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família. A tabela deve ser adaptada, conforme necessário, para atender às demandas da população local, seguindo o Código de Obras vigente.

A seguir, estarão elencadas as diretrizes projetuais que usaremos para sanar os déficits identificados com a aplicação do checklist elaborado e aplicado em casa uma das unidades básicas de saúde selecionadas:

1. Rampas de acesso devem apresentar declividade igual ou superior a 5%, conforme orientação da NBR 9050. Para inclinações entre 6,25% e 8,33%, recomenda-se a criação de áreas de descanso nos patamares a cada 50 metros de percurso.
2. Os corrimãos devem ser instalados em conformidade com a NBR 9050, em rampas e escadas, em ambos os lados, a alturas de 0,92 m e 0,70 m em relação ao piso. No caso de corredores, deve-se instalar corrimãos em pelo menos um dos lados, seguindo as mesmas medidas citadas.

Figura 17 – Diretriz: Corrimão



Fonte: NBR 5090: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, 2015.

3. As portas, quando abertas, devem possuir um vão livre mínimo de 0,80 m de largura e 2,10 m de altura. Em portas com duas ou mais folhas, pelo menos uma deve garantir o vão livre de 0,80 m. As portas dos elevadores devem atender às disposições da ABNT NBR NM 313:2007.

Figura 18 - Diretriz: Portas

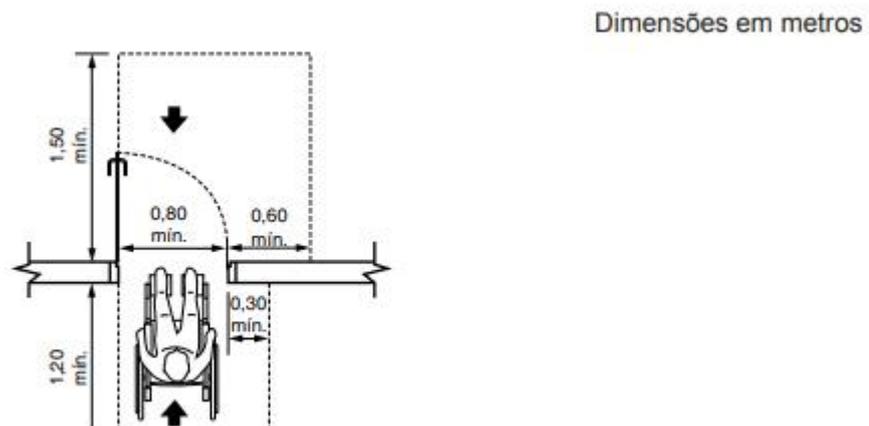


Figura 81 – Deslocamento frontal

Fonte: NBR 5090: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, 2015.

4. Os corredores devem ser dimensionados de acordo com o fluxo de pessoas. No contexto de uma UBS localizada em áreas rurais, onde o fluxo não é tão intenso quanto em hospitais universitários, corredores de 0,90 m para extensões de até 4,00 m, e de 1,20 m para extensões de até 10,00 m, são considerados adequados. Para corredores com extensão superior a 10,00 m, recomenda-se a adaptação para 1,50 m.

5. Devem ser instaladas sinalizações táteis no piso para orientar os usuários sobre saídas de emergência ou rotas de fuga. Essas sinalizações devem estar presentes em escadas, portas corta-fogo, corrimãos e interligações entre pavimentos, com suporte tátil, visual e sonoro.

Tabela 5 - Aplicação e formas de informação e sinalização

Aplicação	Instalação	Categoria	Tipos		
			Visual	Tátil	Sonora
Edificação/ espaço/ equipamentos	Permanente	Direcional/ informativa	■	■	■
		Emergência	■	■	■
	Temporária	Direcional/ informativa	■	■	■
		Emergência	■	■	■
Mobiliários	Permanente	Informativa	■	■	■
	Temporária	Informativa	■	■	■
<p>NOTA As peças de mobiliário contidas nesta Tabela são aquelas onde a sinalização é necessária, por exemplo, bebedouros, telefones etc.</p>					

Fonte: NBR 5090: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, 2015.

6. Os materiais de revestimento e acabamento devem ter superfície regular, firme, estável, não trepidante para dispositivos com rodas e antiderrapante, em qualquer condição (seco ou molhado). Deve-se evitar o uso de padrões que causem sensação de insegurança, como estampas que, pelo contraste, transmitam tridimensionalidade.
7. Os balcões de atendimento acessíveis devem ter largura mínima de 0,90 m e altura entre 0,75 m e 0,85 m em relação ao piso acabado, com largura livre mínima de 0,80 m sob a superfície.
8. Recomenda-se que todos os ambientes sejam claros, com o máximo possível de iluminação natural.
9. A ventilação adequada é imprescindível para manter a salubridade nos ambientes da UBS. Todos os espaços devem dispor de janelas ou ventilação indireta adequada (exaustores), permitindo a circulação de ar.
10. Evite o uso de materiais rugosos, porosos ou texturizados no acabamento, exceto em ambientes administrativos ou gerenciais.

11. As portas devem ser revestidas com material lavável, e os puxadores devem ser adequados às necessidades de pessoas com deficiência, dando-se preferência a maçanetas do tipo alavanca.
12. Recomenda-se o uso de materiais de maior durabilidade e facilidade de manutenção, como alumínio ou PVC, além de materiais que ofereçam segurança e privacidade. Em áreas de grande incidência de insetos, deve-se prever o uso de telas mosquiteiras.
13. A instalação de ventiladores na recepção e nos consultórios é recomendada caso a instalação de ar-condicionado não seja viável.
14. Todos os ambientes devem possuir janelas que garantam, preferencialmente, ventilação cruzada.
15. Recomenda-se a criação de uma sala de espera afastada da recepção comum, permitindo que os usuários possam se acomodar em um ambiente menos barulhento, quando necessário.
16. Jardins e áreas verdes devem ser previstos na parte externa, funcionando como espaços alternativos de espera e contemplação, proporcionando sensação de acolhimento aos usuários.

De acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família, será aplicada, a seguir, uma abordagem mais específica voltada para UBS com uma única equipe de Saúde da Família. Utiliza-se como base as necessidades levantadas neste estudo. Em casos onde informações adicionais forem necessárias, recomenda-se a consulta ao referido manual.

- **Recepção:** Prever espaço para arquivamento de, no mínimo, 6.000 prontuários.
- **Sala de espera:** Deve comportar aproximadamente 15 pessoas.
- **Administração e gerência:** Prever a instalação de quadro mural, uma mesa tipo escritório com gavetas, três cadeiras, arquivo, telefone, computador e impressora. O ambiente deve ter área mínima de 5,50 m², com dimensões mínimas de 2,50 m.
- **Sala de reuniões:** Prever espaço para instalação de quadro negro e/ou branco, quadro mural, cadeiras em número compatível com a quantidade de participantes das atividades educativas, mesa, televisão, vídeo, computador, retroprojetor, tela de projeção e outros equipamentos de mídia. No caso de UBS compactas, localizadas em pequenos terrenos, a sala de espera principal pode ser equipada para realizar as funções de sala de reuniões, após o expediente.

- **Sala de ACS:** Espaço destinado aos Agentes Comunitários de Saúde, podendo, em UBS de pequeno porte, compartilhar o mesmo espaço da sala de reuniões. Deve conter uma mesa de trabalho, computadores e arquivos.
- **Almoxarifado:** Deve dispor de prateleiras e ter acesso limitado aos funcionários. Prever a instalação de estantes e armários com portas e chaves. A área mínima deve ser de 3 m², com dimensões mínimas de 1,50 m.
- **Consultório:** O layout deve permitir o atendimento em mesa de escritório, com o usuário e acompanhante sentados, além do atendimento em mesa de exame clínico, preferencialmente adequada para exames ginecológicos. Quando o consultório for destinado ao uso ginecológico, prever sanitário privativo anexo. Deve ser instalado um lavatório com torneiras de fechamento que dispensem o uso das mãos. A área mínima do consultório é de 9 m², com dimensões mínimas de 2,50 m.
- **Sala de procedimentos:** A instalação de bancadas, pias e torneiras, bem como a disposição do mobiliário e equipamentos, deve considerar o número de salas de procedimentos e as atividades realizadas em cada uma delas. Deve-se evitar a incidência de luz solar direta. A área mínima é de 9 m², com dimensões mínimas de 2,50 m.
- **Sala de vacinas:** Prever a instalação de bancada com pia, torneiras de fechamento que dispensem o uso das mãos, uma mesa tipo escritório com gavetas, três cadeiras, armários sobre e sob a bancada, um refrigerador de 260 litros e computador. Evitar a incidência de luz solar direta. A área mínima é de 9 m², com dimensões mínimas de 2,50 m.
- **Sala de nebulização:** Prever a instalação de bancada com pia, armários sob a bancada, torneiras de fechamento que dispensem o uso das mãos, lavatório, central de nebulização com filtros e saídas adequadas ao perfil epidemiológico local, recipiente para desinfecção de máscaras faciais e lixeira com tampa e pedal. A área mínima é de 6,50 m², com dimensões mínimas de 2,50 m.
- **Sala de curativos:** Prever bancada com pia, torneiras de fechamento que dispensem o uso das mãos, armários sobre e sob a bancada, uma mesa tipo escritório com gavetas, três cadeiras, mesa de exame clínico, lava-pés que permita a higienização de pacientes em cadeiras de rodas, mesa auxiliar ou carro de curativos, escada com dois degraus e biombo. A área mínima é de 9 m², com dimensões mínimas de 2,50 m.
- **Consultório odontológico:** Prever bancada com pia para processamento de materiais e instrumentais, lavatório com torneiras de fechamento que dispensem o uso das mãos, armários sobre e sob a bancada, caixa sifonada com tampa de aço inox, Raios-X,

tubulações para bomba a vácuo e/ou compressor, uma mesa tipo escritório com gavetas, três cadeiras, computador e lixeira com tampa e pedal. O aparelho de Raios-X odontológico intraoral pode ser instalado em sala própria com paredes baritadas ou no próprio consultório, desde que a equipe mantenha-se, no mínimo, a dois metros de distância do cabeçote e do paciente durante o uso. A área mínima para instalação de uma cadeira odontológica é de 12 m².

- **Área para compressor e bomba:** A distância máxima entre o compressor e o consultório odontológico é de 7 metros, sendo proibida sua instalação em nível diferente ao do consultório. O local deve ser externo à UBS, garantindo a segurança dos equipamentos e proteção contra intempéries. Deve-se prever ventilação suficiente para o perfeito funcionamento e refrigeração dos equipamentos, além de espaço adequado para manutenção preventiva e corretiva, com tratamento acústico para redução de ruídos.
- **Sanitário:** Ambiente interno contendo lavatório e bacia sanitária. Recomenda-se prever sanitários públicos separados por sexo, além de um sanitário acessível para pessoas com deficiência.
- **Copa:** Prever instalação de bancada com pia, torneiras de fechamento que dispensem o uso das mãos, lixeira com tampa e pedal, armários sobre ou sob a bancada, fogão, geladeira e mesa de refeição dimensionada de acordo com a capacidade da UBS. A área mínima é de 4,50 m², com dimensões mínimas de 1,50 m.
- **DML (Depósito de Material de Limpeza):** Prever tanque de louça ou de aço, de preferência com bancada e armários, além de espaço para guarda de escadas, vassouras, rodos e demais utensílios de limpeza. A área mínima é de 3 m², com dimensões mínimas de 1,50 m.
- **Sala de utilidades:** Caso a unidade não realize esterilização, prever instalação de pia de despejo e ducha para lavagem, adaptando a sala para o preparo de material. A área mínima é de 4 m², com dimensões mínimas de 2 m.
- **Depósito de lixo:** A área mínima é de 4 m², com dimensões mínimas de 1,50 m.
- **Expurgo:** Deve haver separação entre resíduo comum e biológico. O ambiente deve ser ventilado, mas com proteção contra roedores. A área mínima é de 4 m², com dimensões mínimas de 1,50 m.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, foi apresentada uma contextualização com base no levantamento teórico, nas normatizações vigentes e na elaboração de um checklist de avaliação para os déficits identificados no recorte selecionado. Com base nesses aspectos, foram elencadas diretrizes para possíveis adequações. Abordou-se a precariedade da infraestrutura nos serviços de saúde em povoados do interior, mais especificamente no município de Itaporanga D’Ajuda, no estado de Sergipe, evidenciando a necessidade de propor métodos, dentro das normas vigentes, que pudessem suprir os déficits identificados.

Portanto, todos os objetivos deste trabalho foram atingidos, a partir do entendimento do contexto e das necessidades para solucionar a problemática encontrada. Isso resultou na criação de um checklist, que foi devidamente elaborado. Com o checklist finalizado, foi possível aplicá-lo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), mais especificamente em uma unidade da Estratégia Saúde da Família, modelo mais comum em áreas rurais e interiores. Com base nos critérios definidos pelas normas e pelo referencial teórico deste trabalho, foram identificados os déficits de cada unidade, permitindo, por fim, a conclusão sobre a adequação ou não dessas unidades às necessidades básicas exigidas. A partir dessas constatações, foi possível apontar diretrizes projetuais que possam resolver os problemas identificados.

Dessa forma, os objetivos deste trabalho foram alcançados, permitindo a proposição de soluções viáveis e em conformidade com as normativas vigentes, visando atender às demandas de cada Unidade Básica de Saúde analisada. Assim, projeta-se uma melhora significativa na qualidade dos serviços oferecidos, bem como nas condições de trabalho das equipes que atuam nesses locais.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Eliete Pinho; DANTAS, Maritza Giacomazzi. Arquitetura hospitalar: a adequação do projeto na fase do estudo preliminar. *Universitas: Arquitetura e Comunicação Social*, v. 10, n. 1, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, p. 162. 2020.

BITENCOURT, Fábio. Espaço e promoção de saúde: a contribuição da arquitetura ao conforto dos ambientes de saúde. *Saúde em Foco/Informe epidemiológico em Saúde Coletiva Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro*, n. 23, p. 35-46, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo: Apesar de interligadas, categorias têm funções e públicos distintos no Sistema Único de Saúde. [S. l.]: Gustavo Frasnão e Karol Ribeiro, 28 mar. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gov.br. Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde: Requalifica UBS. [S. l.], 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/requalifica-ubs>. Acesso em: 18 mar. 2024.

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. 2 ed. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, DF; 2008.

BRASIL. Resolução RDC nº 50, de 21 fev. 2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 20 mar. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização - PNH - 1ª Edição, 2015. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf.

Acesso em: 30 mar. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde: Volume 1 - Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato. Brasília - DF, Brasil - 1ª edição – 2011

CARVALHO, Antonio Pietro Alves. Introdução à Arquitetura Hospitalar, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014.

CHIAPINOTTO, Luciane; FAIT, Cláudia; JÚNIOR, Manoel. O Modo de Fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre – RS, [s. l.], ABRIL 2007.

COHEN, S. C., BODSTEIN, R., KLIGERMAN, D. C., & MARCONDES, W. B. (2007). Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(1), 191-198.

DA SILVA¹, Jeffeson Pereira. NOVOS CONCEITOS DE PROJETOS PARA UNIDADES BASICAS DE SAUDE E SUA INTERAÇÃO COM O URBANO. AMAZÔNIA URBANA EM QUESTÃO: MACAPÁ 75 ANOS DE CAPITAL, p. 85, 2020.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 19, p. 736-744, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

HILLIER, B., HANSON, J., & GRAHAM, H. (1987). Ideas are in things: an application of the space syntax method to discovering house genotypes. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 14(4), 363–385. doi:10.1068/b140363

LAMBERTS, Roberto; DUTRA, Luciano; PEREIRA, F. O. R. *Eficiência energética na arquitetura*. 3. ed. Rio de Janeiro: Eletrobrás, [2013]. xv, 366 p

MATOS, Luiz Eduardo Oliveira; SCHOTT, Márcia; JANRDIM, Renata.; (2023) *Atenção primária à saúde no interior do Estado de Sergipe: acesso universal, gestão e condições de trabalho e saúde*. Editora UFS, e-ISBN: 978-85-7822-702-9

MICHALONSKI, Maria F.; RABEL, Cezar. *Aplicabilidade de estratégias de conforto ambiental em acomodações do sistema único de saúde na cidade de Cascavel, Paraná*, 2022.

RAMOS, M. KATIÚCIA. LUKIANTCHUKI, A. MARIELI. 2015. *Edifícios Hospitalares – A contribuição da Arquitetura na Cura*. IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar. Maringá.

ROCHA, Marisa Eulálio. *Humanização do edifício hospitalar: análise dos hospitais da rede Sarah Kubitschek de João Filgueiras Lima (Lelé)*. 2011.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. In: *Uma história da saúde pública*. 1994.

SAILER, Kerstin. *Routine action networks: An architectural study of spatial layouts and performativity in outpatient clinics*. *Social Networks*, 2021.

SANTOS, C. R. D (2013) *O Fluxo como Condicionante na Arquitetura dos Hospitais*.

SILVA, Larissa Ádna Neves et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 742-754, 2019.

TAYLOR, Jeremy. *The Architect and the Pavilion Hospital: dialogue and design creativity in England 1850-1914*. London: Leicester University Press, 1997

TOLEDO, L. C (2006) *Feitos Para Curar - arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil*, ABDEH, Rio de Janeiro - RJ, Brasil - 1ª edição – 2006

WESTPHAL, EDUARDO. 2007. *A linguagem da arquitetura hospitalar de João Figueiras Lima*, Porto Alegre.

ANEXOS

ANEXO 1: Checklist modelo

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS:

ENDEREÇO:

CIDADE:

DATA:

PESQUISADOR(A):

LEGENDA:

A: Atende

P: Parcialmente

N.A: Não atende

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuários				
2	Espera (15 pessoas)				
3	Administração e gerencia*				
4	Sala de Reuniões				
5	Almoxarifado				
6	Consultório com sanitário				
7	Consultório				
8	Sala de vacinas				
9	Sala de curativos/procedimentos				
10	Sala de nebulização				
11	Farmácia***				
12	Consultório odontológico				
13	Escovário**				
14	Área de compressor				
15	Sanitário comum				
17	Sanitário PCD****				
18	Sanitário para funcionários				
19	Copa				
20	Sala de recepção/descontaminação				
21	DML				
22	Sala de utilidades				
23	Abrigo de residuos solidos				
24	Depósito de lixo				
25	Sala para ACS*				

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso ≥ 1 m				
27	Rampa de acesso ≤ 1 m				
28	Corrimão nas rampas				
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)				
30	vagas reservadas para PCD (2 min)				
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)				
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M				
33	Sinalização tátil				
34	Sinalização visual				
35	Pisos antiderrapantes				
36	Balcões com rebaixo (≤ 85 cm)				
37	Assentos acessíveis				
38	Iluminação para baixa visão				

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento				
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção				
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)				
42	Ambientes silenciosos em espera				
43	Ventilação mecânica com filtragem				
44	Jardins e áreas verdes				
45	Portas revestidas em material lavável				
46	Revestimentos fáceis de limpar				
47	Instintores de incêndio				
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**				
49	iluminação artificial especial*				

* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

**Ver código de obras local

ANEXO 2: Análises nas UBS selecionadas

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: UBS ANTONIO ARAUJO SANTOS

ENDEREÇO: Estrada Povoado Salvador

CIDADE: Itaporanga D'Ajuda

DATA: 30/08/2024

PESQUISADOR(A): Layla Thaisa Pereira Santos

LEGENDA:

A: Atende

P: Parcialmente

N.A: Não atende

Nº UBS: 1

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuários	X			
2	Espera (15 pessoas)	X			
3	Administração e gerencia*			X	
4	Sala de Reuniões			X	
5	Almoxarifado			X	
6	Consultório com sanitário	X			
7	Consultório	X			
8	Sala de vacinas			X	
9	Sala de curativos/procedimentos	X			
10	Sala de nebulização			X	
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico	X			
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor			X	
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD****			X	
18	Sanitario para funcionarios			X	
19	Copa			X	
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML	X			
22	Sala de utilidades			X	
23	Abrigo de residuos solidos			X	
24	Depósito de lixo			X	
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m			X	
28	Corrimão nas rampas			X	
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)		X		
30	vagas reservadas para PCD (2 min)			X	
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M			X	
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual			X	
35	Pisos antiderrapantes		X		
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)			X	
37	Assentos acessíveis	X			
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento	X			
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)	X			
42	Ambientes silenciosos em espera			X	
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes		X		
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar			X	
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

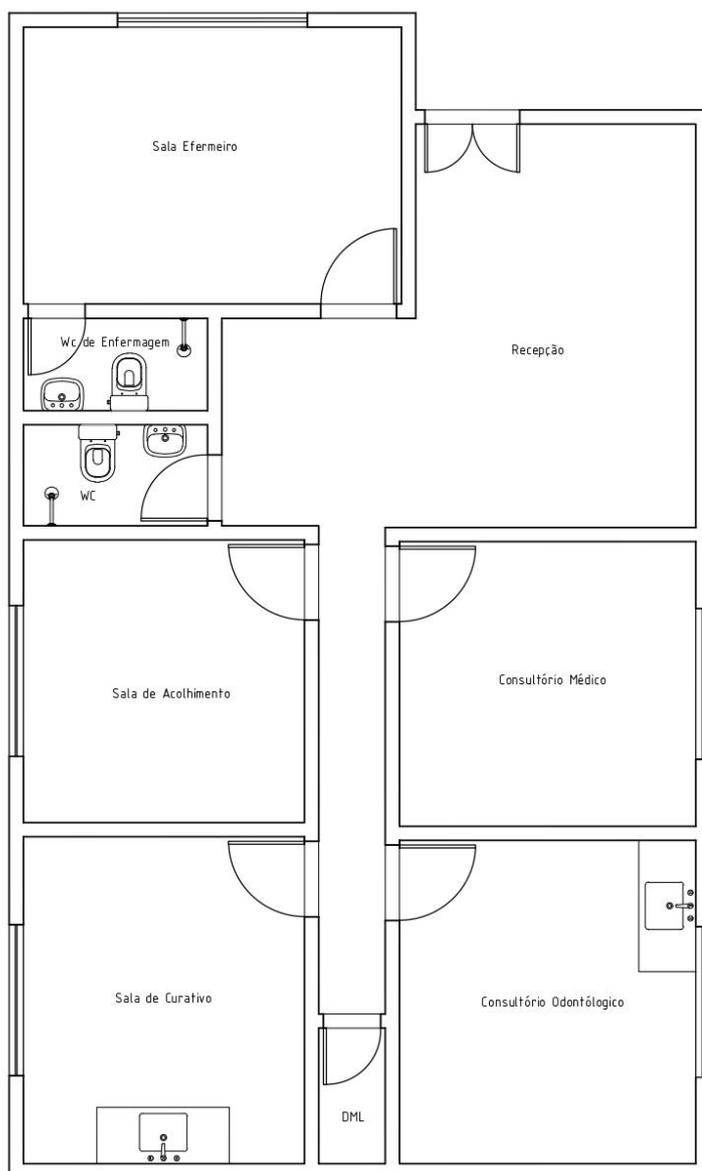
* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

**Ver código de obras local.*

Planta Baixa:**PLANTA BAIXA**
UBS ANTONIO ARAUJO SANTOS

Escala gráfica:

0m 1m 2m 3m



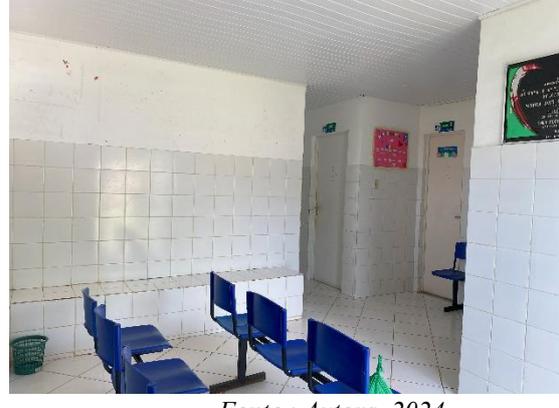
Levantamento fotográfico:

Fachada Salvador



Fonte : Autora, 2024

Recepção



Fonte : Autora, 2024

Consultório Odontológico



Fonte : Autora, 2024

Consultório Enfermagem



Fonte : Autora, 2024

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: POSTO DE SAUDE
 MARIA
 DAS GRACAS GARCEZ
 ENDEREÇO: Povoado Água Bonita
 CIDADE: Itaporanga D'Ajuda
 DATA: 30/08/2024
 PESQUISADOR(A): Layla Thaisa Pereira
 Santos

LEGENDA: A: Atende P: Parcialmente N.A: Não atende
--

UBS Nº: 2

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuarios	X			
2	Espera (15 pessoas)		X		
3	Administração e gerencia*			X	
4	Sala de Reuniões			X	
5	Almoxarifado			X	
6	Consultorio com sanitário	X			
7	Consultório	X			
8	Sala de vacinas			X	
9	Sala de curativos/procedimentos			X	
10	Sala de nebulização			X	
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico			X	
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor			X	
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD****			X	
18	Sanitario para funcionarios			X	
19	Copa			X	
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML			X	
22	Sala de utilidades			X	
23	Abrigo de residuos solidos			X	
24	Depósito de lixo			X	
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m			X	
28	Corrimão nas rampas			X	
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)		X		
30	vagas reservadas para PCD (2 min)			X	
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M			X	
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual			X	
35	Pisos antiderrapantes			X	
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)	X			
37	Assentos acessíveis			X	
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento	X			
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)	X			
42	Ambientes silenciosos em espera			X	
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes	X			
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar			X	
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

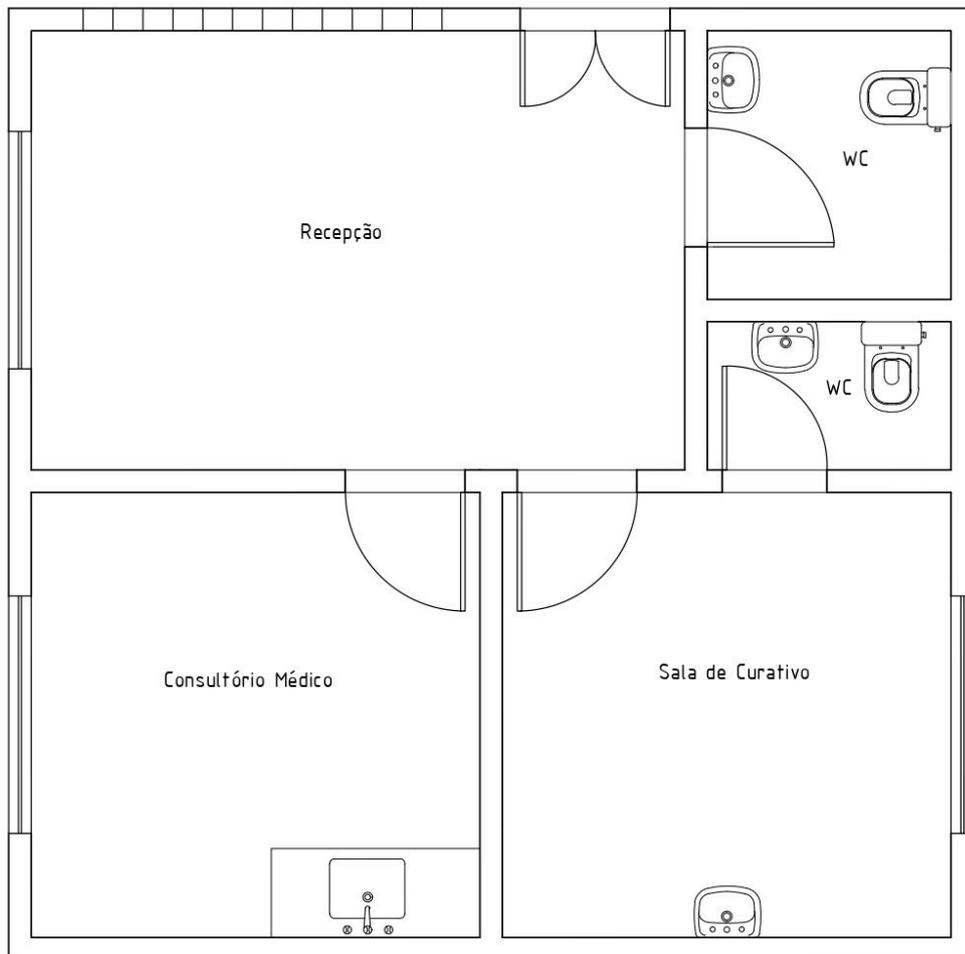
**Ver código de obras local.*

Planta Baixa:

PLANTA BAIXA

POSTO DE SAUDE MARIA DAS GRACAS
GARCEZ - POVOADO ÁGUA BONITA

Escala gráfica:



Levantamento fotográfico:

Fachada Água Bonita



Fonte: Autora, 2024

Recepção



Fonte: Autora, 2024

Consultório Médico



Fonte: Autora, 2024

Sala de Curativos



Fonte: Autora, 2024

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: POSTO DE SAÚDE
POVOADO CAMPOS

ENDEREÇO: Estrada Povoado Campos
CIDADE: Itaporanga D'Ajuda

DATA: 24/01/2024

PESQUISADOR(A): Layla Thaisa Pereira
Santos

LEGENDA:

A: Atende

P: Parcialmente

N.A: Não atende

Nº UBS: 3

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuarios	X			
2	Espera (15 pessoas)		X		
3	Administração e gerencia*			X	
4	Sala de Reuniões			X	
5	Almoxarifado			X	
6	Consultorio com sanitário	X			
7	Consultório	X			
8	Sala de vacinas			X	
9	Sala de curativos/procedimentos			X	
10	Sala de nebulização			X	
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico	X			
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor			X	
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD****			X	
18	Sanitario para funcionarios			X	
19	Copa			X	
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML			X	
22	Sala de utilidades			X	
23	Abrigo de residuos solidos			X	
24	Depósito de lixo			X	
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m	X			
28	Corrimão nas rampas	X			
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)		X		
30	vagas reservadas para PCD (2 min)			X	
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M			X	
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual			X	
35	Pisos antiderrapantes			X	
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)		X		
37	Assentos acessíveis	X			
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento	X			
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)	X			
42	Ambientes silenciosos em espera			X	
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes		X		
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar		X		
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

**Ver código de obras local.*

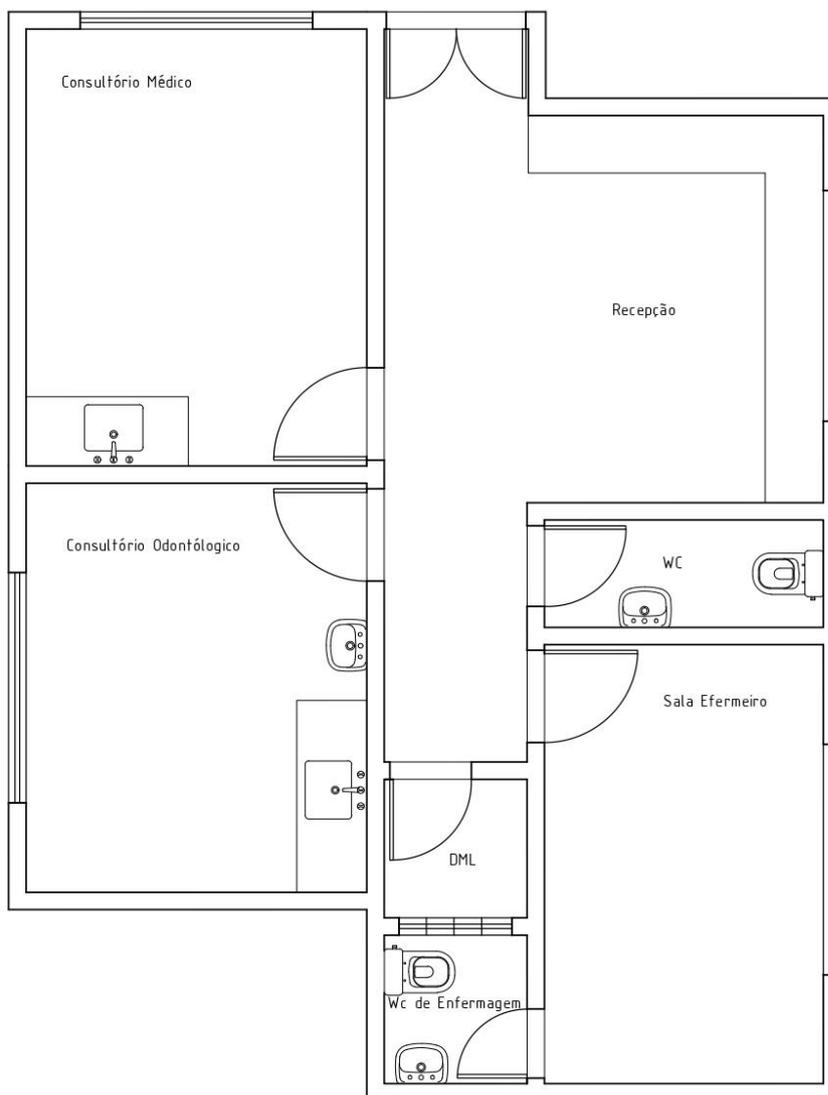
Planta Baixa:

PLANTA BAIXA

POSTO DE SAUDE DO POVOADO CAMPOS

Escala gráfica:

0m 1m 2m 3m



Levantamento fotográfico:

Fachada Campos



Fonte: Autora, 2024

Recepção



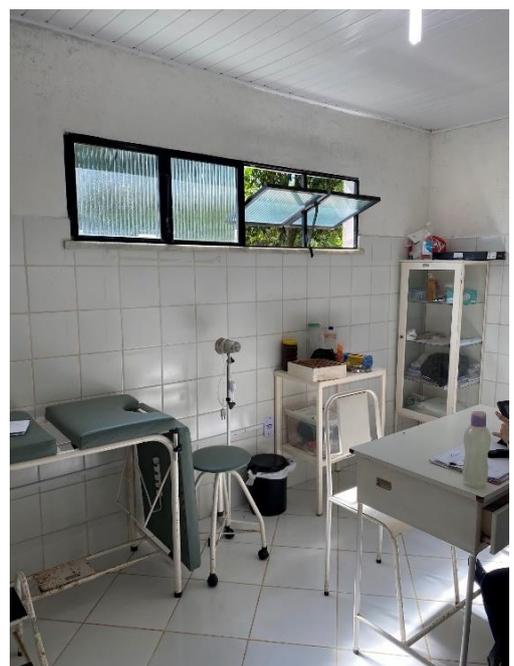
Fonte: Autora, 2024

Consultório Odontológico



Fonte: Autora, 2024

Sala de Enfermagem



Fonte: Autora, 2024

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: UBS DR. ALDEMAR REIS

ENDEREÇO: ROD. ARNALDO

ROLEMBERG

GARCEZ, POV SAPÉ

CIDADE: ITAPORANGA D'AJUDA

DATA: 23/01/2024

PESQUISADOR(A): LAYLA THAISA

PEREIRA

SANTOS

LEGENDA:

A: Atende

P: Parcialmente

N.A: Não atende

Nº UBS: 4

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuarios	X			
2	Espera (15 pessoas)	X			
3	Administração e gerencia*			X	
4	Sala de Reuniões			X	
5	Almoxarifado			X	
6	Consultorio com sanitário	X			
7	Consultório	X			
8	Sala de vacinas	X			
9	Sala de curativos/procedimentos	X			
10	Sala de nebulização	X			
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico	X			
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor	X			
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD****	X			
18	Sanitario para funcionarios			X	
19	Copa	X			
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML	X			
22	Sala de utilidades			X	
23	Abrigo de residuos solidos			X	
24	Depósito de lixo	X			
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m	X			
28	Corrimão nas rampas			X	
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)	X			
30	vagas reservadas para PCD (2 min)		X		
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M			X	
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual			X	
35	Pisos antiderrapantes	X			
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)			X	
37	Assentos acessíveis			X	
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento	X			
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)		X		
42	Ambientes silenciosos em espera			X	
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes	X			
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar		X		
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

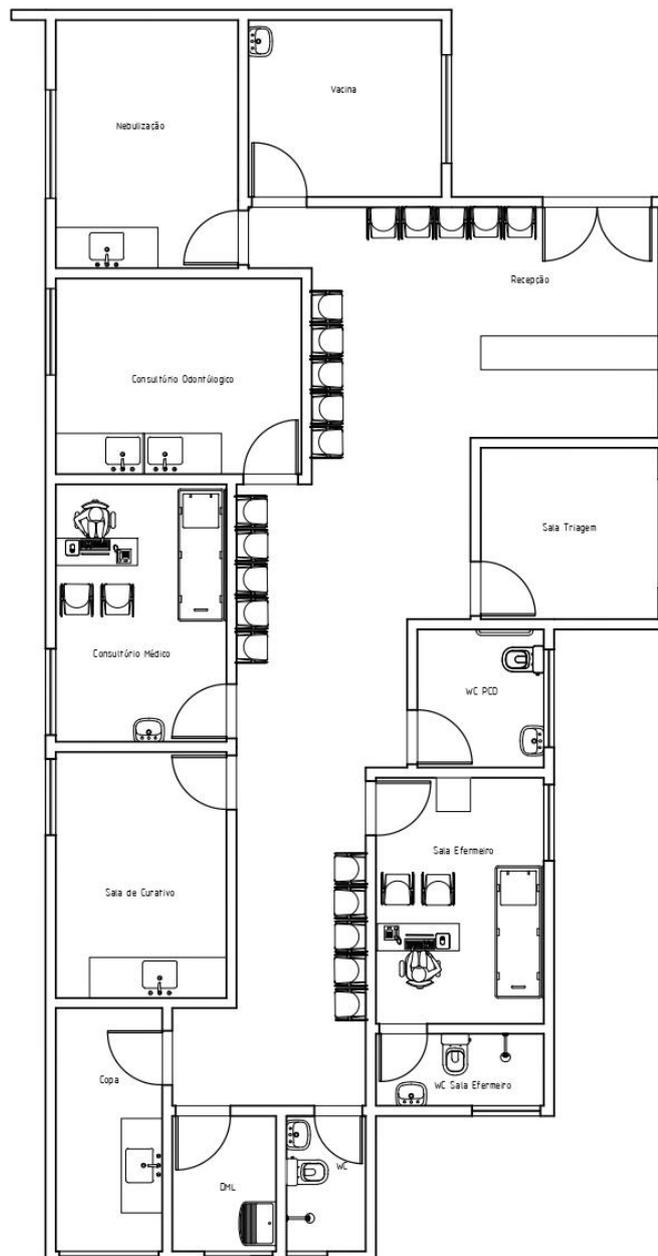
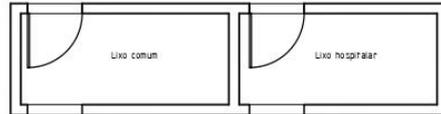
* RDC nº50/02 (ANVISA, 2004).

**Ver código de obras local.*

Planta Baixa:**PLANTA BAIXA**

UBS ADEMAR REIS - POVOADO SAPÉ

Escala gráfica:



Levantamento fotográfico:

Fachada Sapé



Fonte: Autora, 2024

Recepção



Fonte: Autora, 2024

Consultório Odontológico



Fonte: Autora, 2024

Sala de Enfermagem



Fonte: Autora, 2024

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: UBS SILVESTRE
EVANGELISTA DE JESUS

ENDEREÇO: Estrada p/ Salgado
CIDADE: Itaporanga D'Ajuda

DATA: 24/01/2024

PESQUISADOR(A): Layla Thaisa Pereira
Santos

LEGENDA:

A: Atende

P: Parcialmente

N.A: Não atende

Nº UBS: 5

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuarios	X			
2	Espera (15 pessoas)	X			
3	Administração e gerencia*			X	
4	Sala de Reuniões			X	
5	Almoxarifado	X			
6	Consultorio com sanitário	X			
7	Consultório	X			
8	Sala de vacinas	X			
9	Sala de curativos/procedimentos	X			
10	Sala de nebulização	X			
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico	X			
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor	X			
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD*****	X			
18	Sanitario para funcionarios	X			
19	Copa	X			
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML	X			
22	Sala de utilidades	X			
23	Abrigo de residuos solidos		X		
24	Depósito de lixo	X			
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

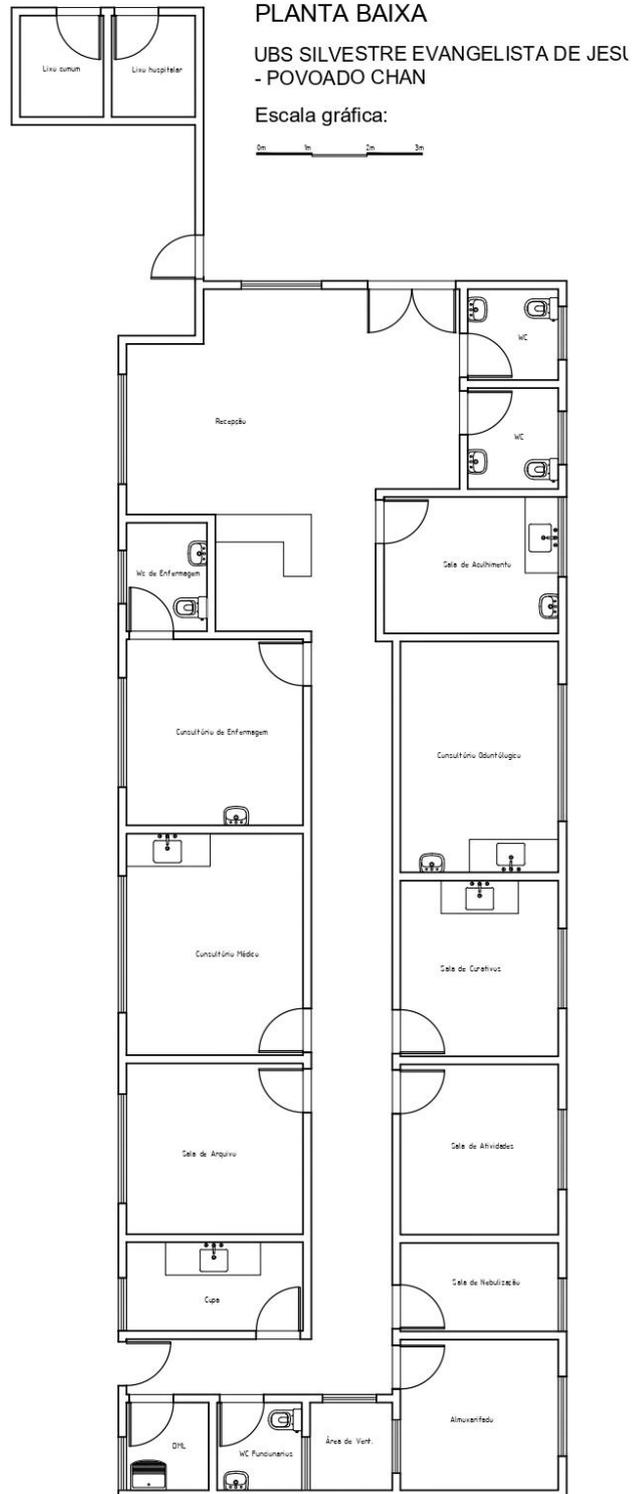
	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m			X	
28	Corrimão nas rampas			X	
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)	X			
30	vagas reservadas para PCD (2 min)			X	
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M	X			
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual		X		
35	Pisos antiderrapantes	X			
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)			X	
37	Assentos acessíveis			X	
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento	X			
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)	X			
42	Ambientes silenciosos em espera	X			
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes		X		
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar		X		
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

**Ver código de obras local.*

Planta Baixa:



Levantamento fotográfico:

Fachada Chan



Fonte: Autora, 2024

Recepção



Fonte: Autora, 2024

Consultório Enfermagem



Fonte: Autora, 2024

Sala de Acolhimento



Fonte: Autora, 2024

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: POSTO DE SAUDE
PREFEITO CESAR MANDARINO II

ENDEREÇO: Povoado Colônia Sapé II
CIDADE: Itaporanga D'Ajuda

DATA: 24/01/2024

PESQUISADOR(A): Layla Thaisa Pereira
Santos

LEGENDA:

A: Atende

P: Parcialmente

N.A: Não atende

Nº UBS: 6

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuários	X			
2	Espera (15 pessoas)			X	
3	Administração e gerencia*			X	
4	Sala de Reuniões			X	
5	Almoxarifado			X	
6	Consultório com sanitário	X			
7	Consultório			X	
8	Sala de vacinas	X			
9	Sala de curativos/procedimentos		X		
10	Sala de nebulização			X	
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico	X			
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor			X	
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD****			X	
18	Sanitario para funcionarios			X	
19	Copa			X	
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML			X	
22	Sala de utilidades			X	
23	Abrigo de residuos solidos			X	
24	Depósito de lixo			X	
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m			X	
28	Corrimão nas rampas			X	
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)		X		
30	vagas reservadas para PCD (2 min)			X	
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M			X	
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual			X	
35	Pisos antiderrapantes			X	
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)	X			
37	Assentos acessíveis			X	
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento		X		
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)	X			
42	Ambientes silenciosos em espera			X	
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes		X		
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar			X	
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

* RDC nº50/02 (ANVISA, 2004).

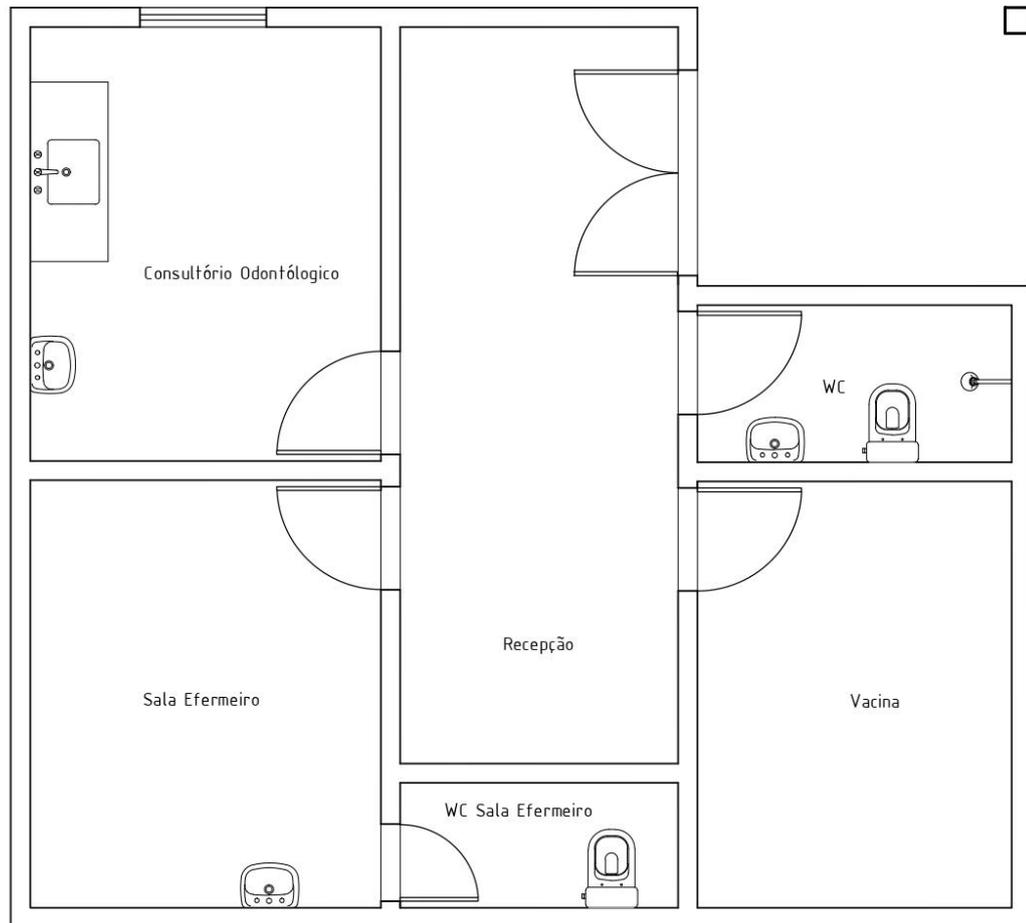
**Ver código de obras local.*

Planta Baixa:

PLANTA BAIXA

POSTO DE SAUDE PREFEITO CESAR MANDARINO II

Escala gráfica:



Levantamento fotográfico:

Fachada Colônia Sapé II



Fonte: Autora, 2024

Recepção



Fonte: Autora, 2024

Sala de curativos



Fonte: Autora, 2024

Sala de Vacinas



Fonte: Autora, 2024

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: POSTO DE SAÚDE DO
POVOADO MOITA FORMOSA

ENDEREÇO: Povoado Moita Formosa
CIDADE: Itaporanga D'Ajuda
DATA: 24/01/2024
PESQUISADOR(A): Layla Thaisa Pereira
Santos

LEGENDA:

A: Atende
P: Parcialmente
N.A: Não atende

Nº UBS: 8

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuários	X			
2	Espera (15 pessoas)			X	
3	Administração e gerencia*			X	
4	Sala de Reuniões			X	
5	Almoxarifado			X	
6	Consultorio com sanitário	X			
7	Consultório	X			
8	Sala de vacinas	X			
9	Sala de curativos/procedimentos	X			
10	Sala de nebulização			X	
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico			X	
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor			X	
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD****			X	
18	Sanitario para funcionarios			X	
19	Copa			X	
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML			X	
22	Sala de utilidades			X	
23	Abrigo de residuos solidos			X	
24	Depósito de lixo			X	
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m			X	
28	Corrimão nas rampas			X	
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)		X		
30	vagas reservadas para PCD (2 min)			X	
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M			X	
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual			X	
35	Pisos antiderrapantes			X	
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)		X		
37	Assentos acessíveis	X			
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento	X			
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)	X			
42	Ambientes silenciosos em espera			X	
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes		X		
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar		X		
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

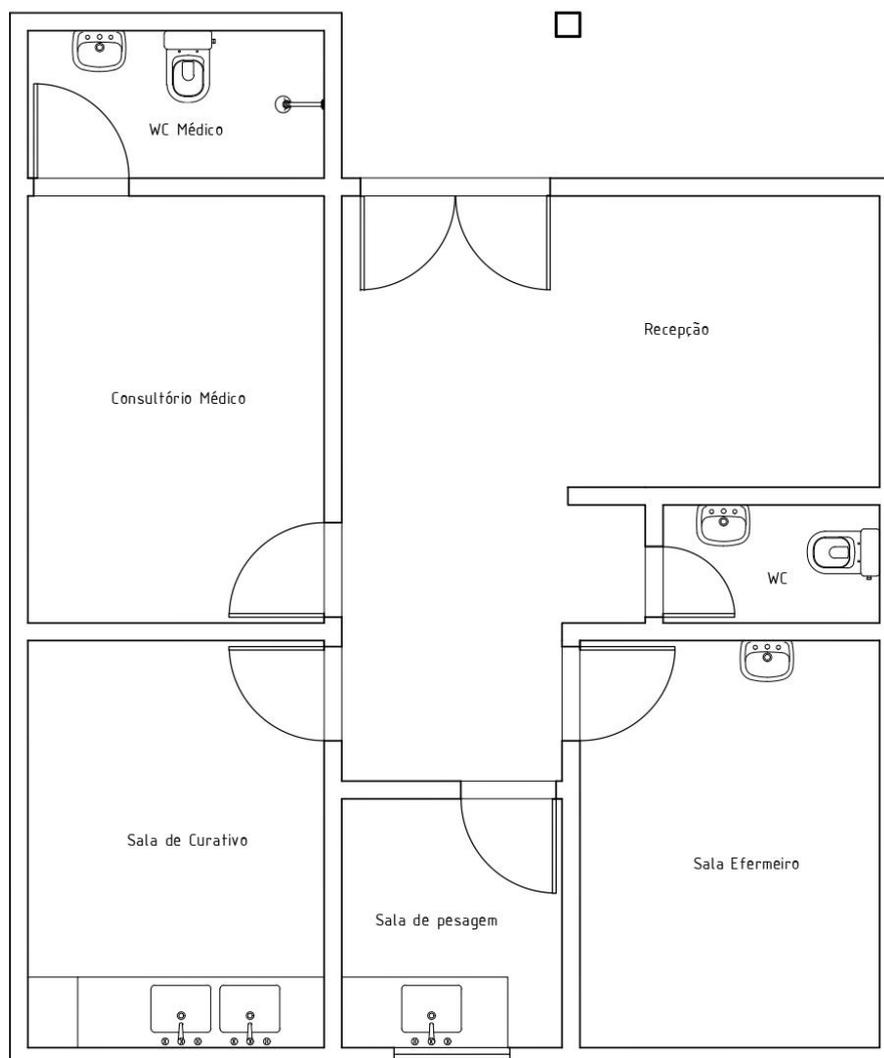
**Ver código de obras local.*

Planta Baixa:

PLANTA BAIXA

POSTO DE SAUDE DO POVOADO MOITA FORMOSA

Escala gráfica:



Levantamento fotográfico:

Fachada Moita Formosa



Fonte: Autora, 2024

Recepção



Fonte: Autora, 2024

Consultório do medico



Fonte: Autora, 2024

Sala de pesagem



Fonte: Autora, 2024

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: UBS JOSE ANTERO

ENDEREÇO: Povoado Gravatá

CIDADE: Itaporanga D'Ajuda

DATA: 30/08/2024

PESQUISADOR(A): Layla Thaisa Pereira
Santos

LEGENDA:

A: Atende

P: Parcialmente

N.A: Não atende

Nº UBS: 9

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuarios	X			
2	Espera (15 pessoas)	X			
3	Administração e gerencia*	X			
4	Sala de Reuniões	X			
5	Almoxarifado		X		
6	Consultorio com sanitário	X			
7	Consultório	X			
8	Sala de vacinas	X			
9	Sala de curativos/procedimentos	X			
10	Sala de nebulização	X			
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico	X			
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor	X			
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD****	X			
18	Sanitario para funcionarios			X	
19	Copa	X			
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML	X			
22	Sala de utilidades			X	
23	Abrigo de residuos solidos			X	
24	Depósito de lixo	X			
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m	X			
28	Corrimão nas rampas			X	
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)	X			
30	vagas reservadas para PCD (2 min)			X	
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M			X	
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual			X	
35	Pisos antiderrapantes		X		
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)			X	
37	Assentos acessíveis			X	
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento	X			
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)	X			
42	Ambientes silenciosos em espera			X	
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes			X	
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar		X		
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

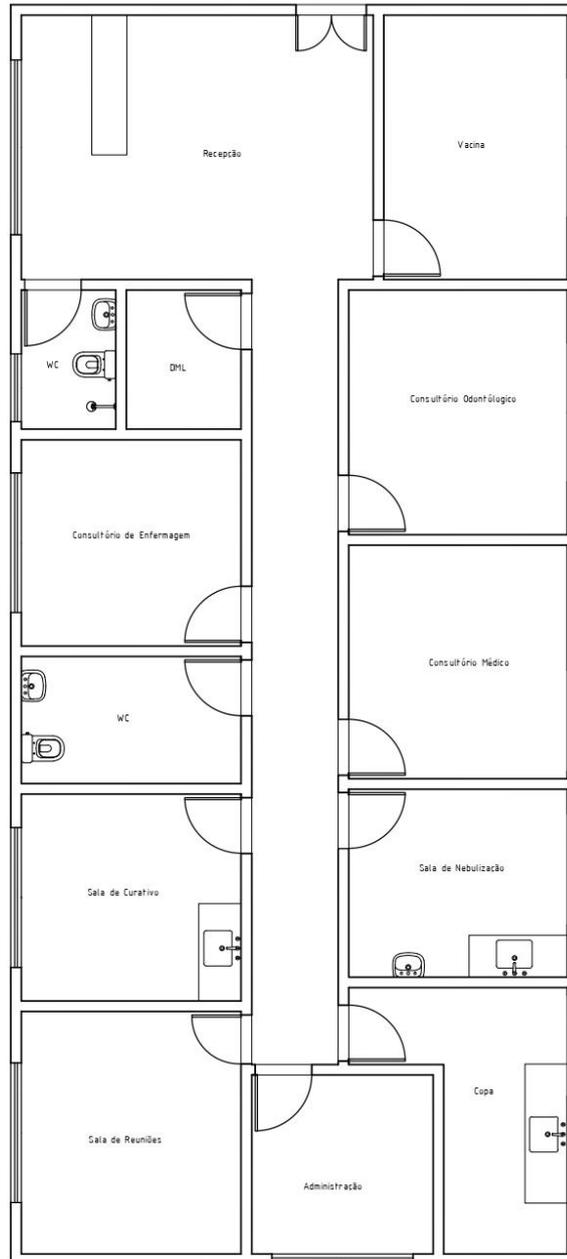
* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

**Ver código de obras local.*

Planta Baixa:**PLANTA BAIXA**
UBS JOSE ANTERO

Escala gráfica:

0m 1m 2m 3m



Levantamento fotográfico:

Fachada Gravatá



Fonte: Autora, 2024

Recepção



Fonte: Autora, 2024

Rampa



Fonte: Autora, 2024

Consultório odontológico



Fonte: Autora, 2024

CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DE UBS

NOME DA UBS: POSTO DE SAUDE DO
POVOADO ESTANCINHA

ENDEREÇO: Povoado Estancinha

CIDADE: Itaporanga D'Ajuda

DATA: 30/08/2024

PESQUISADOR(A): Layla Thaisa Pereira
Santos

LEGENDA:

A: Atende

P: Parcialmente

N.A: Não atende

Nº UBS: 10

USO/ FUNÇÃO					
Nº:	Itens:	A	P	N.A	Observação:
1	Recepção/ arquivos de prontuarios		X		
2	Espera (15 pessoas)			X	
3	Administração e gerencia*			X	
4	Sala de Reuniões			X	
5	Almoxarifado			X	
6	Consultorio com sanitário			X	
7	Consultório		X		
8	Sala de vacinas			X	
9	Sala de curativos/procedimentos			X	
10	Sala de nebulização			X	
11	Farmácia***			X	
12	Consultório odontológico			X	
13	Escovário**			X	
14	Área de compressor			X	
15	Sanitário comum	X			
17	Sanitário PCD****			X	
18	Sanitario para funcionarios			X	
19	Copa			X	
20	Sala de recepção/descontaminação			X	
21	DML			X	
22	Sala de utilidades			X	
23	Abrigo de residuos solidos			X	
24	Depósito de lixo			X	
25	Sala para ACS*			X	

* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para ACS pode ser instalada junto com a sala de Administração e gerência

** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios.

*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.

**** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para deficiente.

No caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para deficiente

	ACESSIBILIDADE	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
26	Rampa de acesso \geq 1m			X	
27	Rampa de acesso \leq 1m			X	
28	Corrimão nas rampas			X	
29	Portas 0,80 x 2,10 m (min)		X		
30	vagas reservadas para PCD (2 min)			X	
31	Corredores com corrimão (min 1 lado)			X	
32	Corredores com largura mínima de 2.00 M			X	
33	Sinalização tátil			X	
34	Sinalização visual			X	
35	Pisos antiderrapantes			X	
36	Balcões com rebaixo (\leq 85cm)		X		
37	Assentos acessíveis			X	
38	Iluminação para baixa visão			X	

	CONFORTO AMBIENTAL	A	P	N.A	Observação:
	Itens:				
39	Ar-condicionado ou ventiladores em salas de atendimento			X	
40	Ar-condicionado ou ventiladores na recepção			X	
41	Janelas nas salas (ventilação cruzada)	X			
42	Ambientes silenciosos em espera			X	
43	Ventilação mecânica com filtragem			X	
44	Jardins e áreas verdes			X	
45	Portas revestidas em material lavável			X	
46	Revestimentos fáceis de limpar			X	
47	Instintores de incêndio			X	
48	ventilação e exaustão direta ou indireta**			X	
49	iluminação artificial especial*			X	

* RDC n°50/02 (ANVISA, 2004).

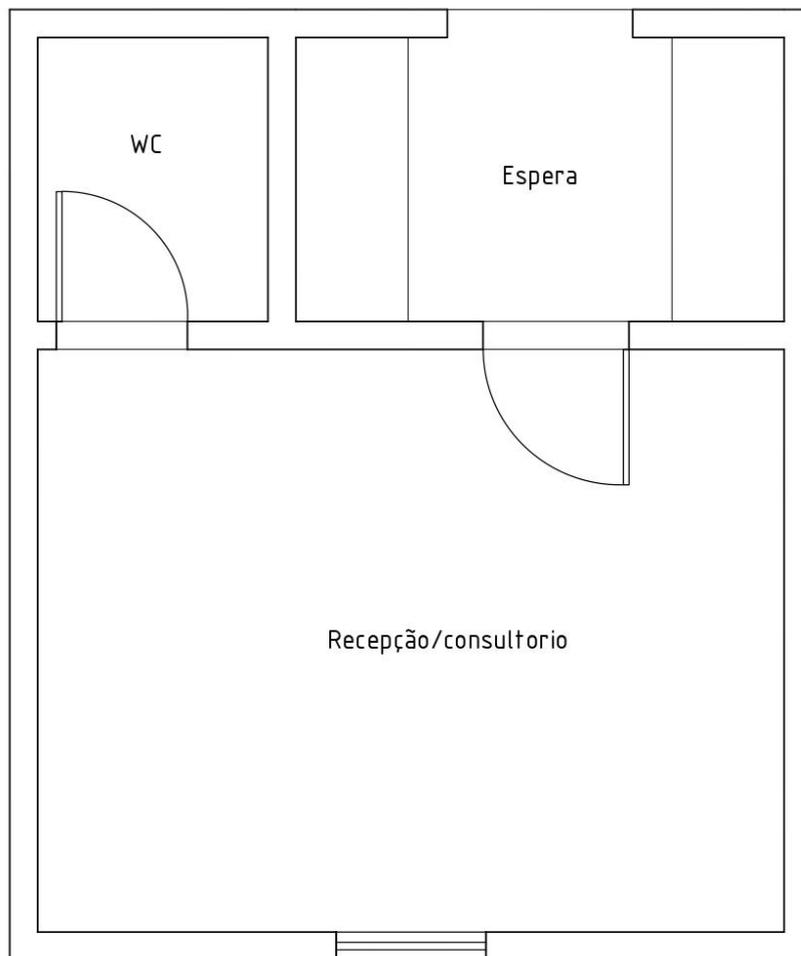
**Ver código de obras local.*

Planta Baixa:

PLANTA BAIXA

UBS ANTONIO ARAUJO SANTOS

Escala gráfica:



Levantamento fotográfico:

Fachada Estancinha



Fonte: Autora, 2024

Recepção/consultório



Fonte: Autora, 2024

Recepção/consultório



Fonte: Autora, 2024

Consultório odontológico



Fonte: Autora, 2024