

AMBIENTE CONSTRUÍDO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O CASO DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA, FIOCRUZ/RJ

Ana Claudia Meirelles PENNA

Arquiteta e Urbanista EAU/UFF, M.Sc. PROARQ/FAU/UFRJ, coordenadora do Programa de Avaliação Pós-Ocupação DIRAC/Fiocruz. Rua São Francisco Xavier, 25/302, Tijuca, Rio de Janeiro/RJ, 20550-010.
anaclau@fiocruz.br

Paulo Afonso RHEINGANTZ

Arquiteto e Urbanista Instituto Metodista Bennett, D.Sc. COPPE/UFRJ, Prof. Adjunto FAU/UFRJ, Avenida Brigadeiro Trompowsky s/n sala 433, Cidade Universitária, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro/RJ, 21941-590.
par@proarq.ufrj.br

RESUMO

Este artigo apresenta reflexões resultantes da pesquisa desenvolvida para a dissertação de mestrado intitulada “A influência do ambiente construído na promoção da saúde: O caso do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Fiocruz/RJ”, defendida em abril de 2004 no Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da FAU/UFRJ. Este trabalho possui também um vínculo com o Programa de Avaliação Pós-Ocupação das edificações da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), conduzido pela Diretoria de Administração do Campus (Dirac) desde 2000. Nele, buscamos relacionar os paradigmas emergentes da avaliação de desempenho do ambiente construído com os da promoção da saúde para verificar a influência que o ambiente construído exerce na saúde de usuários de unidades assistenciais. Seu principal objetivo é identificar atributos do ambiente construído favoráveis à promoção da saúde, construídos com base na opinião da comunidade usuária deste ambiente. Para investigar esta questão, adotamos como estudo de caso o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), departamento assistencial da Fiocruz. A escolha de um estudo de caso resultou num segundo objetivo: avaliar o ambiente construído atual deste centro de saúde a partir dos atributos identificados e propor recomendações para a adequação de suas instalações, tendo em vista a promoção da saúde. Na pesquisa de campo, foi adotada uma abordagem cognitiva, partindo sempre da observação participante da pesquisadora. Para conhecer a opinião e a expectativa dos usuários, foi desenvolvida uma estratégia multi-métodos, com a aplicação de questionários e técnicas visuais. A análise dos resultados da pesquisa sugere atributos físico-espaciais e atributos intangíveis para o ambiente promotor de saúde como base para a proposição de recomendações que contribuam para que o CSEGSF se torne um ambiente mais saudável e um efetivo promotor da saúde de seus usuários.

Palavras-chaves: avaliação de desempenho; ambiente construído; promoção da saúde; Fundação Oswaldo Cruz

1. INTRODUÇÃO

A experiência de três anos à frente do Programa de APO da Fiocruz deu origem aos questionamentos que motivaram esta pesquisa. As avaliações realizadas em unidades assistenciais de saúde, em especial, demonstraram a forte associação que seus usuários mantêm entre “ambiente físico” e “ambiente social” (ORNSTEIN, 1995).

A partir destas observações, buscamos investigar a influência que o ambiente construído poderia exercer diretamente no estado de saúde de seus usuários ou indiretamente, através de sua influência na prestação de serviços de saúde. Através da identificação de atributos do ambiente construído que estariam associados à saúde de seus usuários, buscamos ainda avaliar a coerência do ambiente construído do CSEGSF – nosso estudo de caso – com sua proposta assistencial, baseada no paradigma emergente da promoção da saúde.

Para investigar estas questões, buscamos conhecer os novos paradigmas da saúde pública que inspiram o modelo assistencial do CSEGSF. Realizamos, ainda uma pesquisa de tipologias arquitetônicas de edifícios assistenciais de saúde, as relacionando com o modelo assistencial que as determinaram. No caso do CSEGSF, procuramos analisar seu ambiente construído no contexto de sua história e evolução como departamento assistencial da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), unidade de ensino e pesquisa do Fiocruz.

A adoção do CSEGSF como estudo de caso justifica-se através da constatação de Heisenberg (*apud* CAPRA, 1991) de que “não conhecemos do real senão a nossa intervenção nele”. Assumindo a impossibilidade de separar objeto e observador, que se transforma em sujeito do conhecimento, adotamos como estudo de caso uma organização social da qual a pesquisadora faz parte, como integrante da “comunidade Fiocruz”. Esta opção é reforçada pelo compromisso institucional e pela proposta de integração entre o saber acadêmico e a experiência profissional.

A pesquisa de campo foi realizada através de uma abordagem cognitiva-comportamental, traduzida por uma postura de observação participante que entende que o observar está no observador, ou seja, não há observação ou representação de mundo independente de nossas capacidades perceptivas e cognitivas (MATURANA, 2001). Para sistematizar as informações obtidas neste período de observação e auxiliar a sua interpretação, nos apoiamos em diversos métodos e instrumentos de pesquisa que buscam incorporar a participação dos usuários na avaliação do ambiente.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESEMPENHO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO

Para alcançar o objetivo da pesquisa, foi necessário conhecer a relação ambiente construído X promoção da saúde. Para tanto, utilizamos como fundamentação teórica os conhecimentos da Avaliação de Desempenho do Ambiente Construído e os princípios do paradigma emergente da Promoção da Saúde.

Estes conhecimentos que deram origem à pesquisa constituem paradigmas emergentes em duas áreas distintas do conhecimento e se caracterizam por buscar resgatar a aliança perdida entre o homem e a natureza. Neste trabalho, assumimos, como defende Boaventura Santos (2002), que vivemos num tempo de transição, ambigüidade e complexidade. Esta transição pode ser entendida como uma mudança de paradigma e pode ser identificada em diversas áreas das ciências, que são cada vez mais interdependentes. Desta forma, os paradigmas adotados representam facetas do que Morin (1996) chama de "paradigma da complexidade" que, baseado no pensamento complexo, conduziria a uma visão de mundo contextualizada e transdisciplinar.

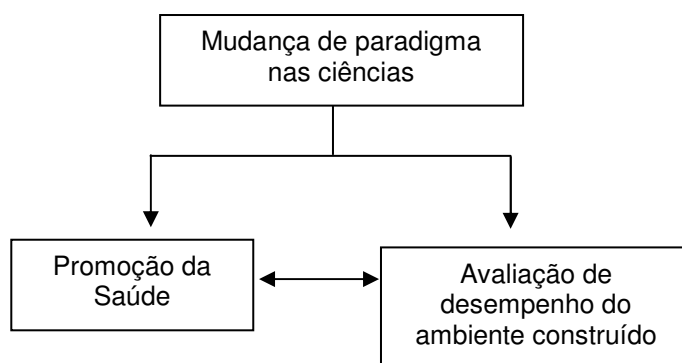


Figura 1 - Diagrama da fundamentação teórica da pesquisa

O paradigma emergente da Promoção da Saúde, que concebe saúde como produção social, englobando um espaço de atuação intersetorial e estimula a participação social, foi adotado como diretriz para investigação dos atributos ambientais relacionados à saúde, por ser o modelo assistencial adotado pelo CSEGSF.

O conceito de desempenho do ambiente construído como processo de interação, no qual ambiente e usuário se influenciam mutuamente, tem sido adotado desde as primeiras

experiências de Avaliação Pós-Ocupação realizadas na Fiocruz e que fundamentaram a metodologia empregada na pesquisa de campo.

Analisando os princípios dos paradigmas adotados, identificamos alguns importantes pontos de semelhança, tais como a transdisciplinaridade, o foco na qualidade de vida, a participação comunitária, a conscientização, o conforto ambiental e a sustentabilidade (quadro 1).

Promoção da Saúde	Desempenho do Ambiente Construído
Saúde depende da articulação entre diversos setores	Incorpora conhecimentos de diversas ciências
Saúde = qualidade de vida	Qualidade do ambiente construído contribui para a qualidade de vida
Princípio do Empowerment	Integração entre os envolvidos na produção e uso do ambiente
Conscientização	
Conforto ambiental	
Sustentabilidade	

Quadro 1 - Pontos de semelhança entre os paradigmas adotados

Estes pontos de semelhança reforçam a proposta de se adotar a avaliação de desempenho do ambiente construído como método de pesquisa para o aprofundamento de questões ainda superficiais sobre a contribuição do ambiente construído para a saúde. Através de uma abordagem multi-métodos com um olhar cognitivo e ampla participação dos usuários, buscamos descobrir os atributos do "ambiente saudável" e favorável à promoção da saúde.

Além disso, dentre os aspectos que a avaliação de desempenho pode observar, segundo Ornstein (1992), alguns se destacam pela grande influência que exercem para a qualidade, o conforto e a funcionalidade de ambientes de saúde, tais como:

- Acessibilidade a pessoas com dificuldade de locomoção;
- Segurança;
- Sinalização e comunicação visual;
- Aspectos ergonômicos e antropodinâmicos;
- Melhoria do conforto ambiental;
- Intensificação da participação dos usuários;
- Inserção de aspectos culturais, vernaculares e antropológicos da comunidade atendida.

Ressaltamos ainda que a avaliação de desempenho vem atender a demandas institucionais da Dirac/Fiocruz, na medida em que permite a minimização de custos de manutenção, o maior envolvimento de projetistas, usuários e demais agentes envolvidos nos ciclos de vida do ambiente construído e a conscientização destes agentes de suas responsabilidades na produção e conservação de uma ambiente de qualidade, questões de fundamental importância em edifícios complexos como as unidades assistenciais de saúde.

3. O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) é um departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) que, por sua vez, é uma unidade de ensino e pesquisa de Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A Fiocruz é uma instituição ligada ao Ministério da Saúde com diversificada atuação na saúde pública, especialmente na pesquisa, produção e ensino. A ENSP é uma das unidades estratégicas da Fiocruz, voltada para a formação de profissionais de saúde pública. Apesar de não constituírem a atividade fim principal da Fiocruz, a unidades assistenciais são de grande importância para dar suporte às atividades de ensino e pesquisa. É o caso do CSEGSF, criado em 1967 como parte do projeto docente da ENSP.

Hoje, o CSEGSF tem como objetivo a prestação de assistência multidisciplinar, através da promoção, prevenção e cuidados de saúde, além de desenvolver atividades de ensino, pesquisa e informação em saúde pública. Seguindo os princípios de participação comunitária que caracterizam a proposta da Promoção da Saúde, as deliberações do CSEGSF são decididas através de um conselho gestor paritário.

A missão do CSEGSF é promover e garantir a saúde da população do entorno de Manguinhos e atuar no ensino e pesquisa sobre as necessidades de saúde nesta região. Para tanto, o CSEGSF presta atendimento individual e em grupo e possui infra-estrutura de serviços complementares. A população assistida, segundo dados de 2000, é de cerca de 35 mil habitantes, moradores de 12 comunidades de baixa renda de Manguinhos (figura 3). Esta população é composta por uma maioria de imigrantes nordestinos e seus descendentes e caracteriza-se pelo baixo grau de instrução, alto índice de desemprego, poluição e violência crescente.



Figura 2 - Vista externa do CSEGSF



Figura 3 - Mapa das comunidades do Complexo de Manguinhos

A área ocupada pelo CSEGSF é de cerca de 1600 m², localizados no pavimento térreo do Pavilhão Ernani Braga, sede da ENSP. De acordo com depoimento do projetista Floraldo Albano, a área ocupada pelo CSEGSF representa um dos acréscimos incluídos emergencialmente no projeto de adaptação de uma antiga estrutura de concreto armado abandonada para abrigar a nova sede da ENSP, entre 1965 e 1966.

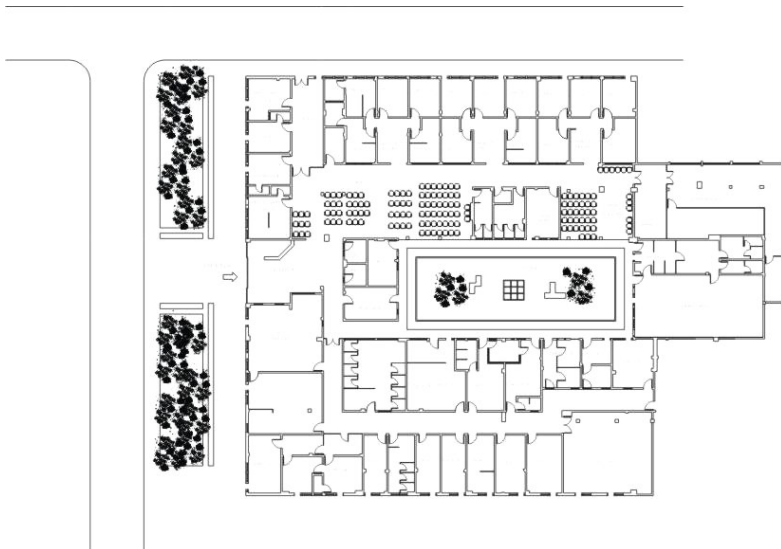


Figura 4 - Planta baixa do CSEGSF

Neste espaço, que conta com 15 consultórios divididos em 3 módulos de atendimento (adulto, criança e mulher), 3 salas de atendimento em grupo, laboratório de análises clínicas, sala de curativos, enfermaria, sala de lavagem e esterilização, farmácia, salas de pesquisa, administração e sala de espera, são realizados cerca de 400 atendimentos diários, entre consultas, exames e atividades de promoção da saúde. Este atendimento é prestado por uma equipe de cerca de 120 profissionais, incluindo servidores, bolsistas, terceirizados e voluntários.

4. MATERIAIS E MÉTODOS DE PESQUISA

Com base na crença de questões complexas devem ser abordadas numa perspectiva interdisciplinar, esta pesquisa é resultado de uma abordagem multi-métodos, com destaque para a participação dos usuários. A incorporação de resultados de diferentes métodos e da opinião de grande parte dos usuários contribuem para recomendações de futuras intervenções no ambiente, tendo em vista o favorecimento da promoção da saúde.

Os métodos de pesquisa aplicados foram selecionados pela potencialidade verificada de oferecer respostas às questões colocadas. Os dados coletados foram aplicados e analisados através de uma abordagem cognitiva, considerando a experiência e o envolvimento do pesquisador com o objeto de estudo. A interpretação dos resultados foi auxiliada pela utilização da matriz de descobertas, ferramenta desenvolvida pela equipe do Programa de APO.

O quadro a seguir apresenta uma síntese da metodologia utilizada, ilustrando os instrumentos aplicados, métodos de aplicação e análise, quantidade de respondentes e produtos gerados.

Instrumento	Respondentes	Quant	Método de aplicação	Método de análise	Produto
Questionário	Usuários externos	124	Oral (Entrevista)	Tabulação em planilha Análise de conteúdo (por criação de categorias e frequência de itens léxicos) Observação participante	Gráficos
Questionário	Usuários internos	19	Preenchido pelo respondente	Tabulação em planilha Análise de conteúdo (por criação de categorias e frequência de itens léxicos)	Gráficos
Mapeamento cognitivo	Usuários externos	56	Desenho	Categorização (Lynch, Fávero, Alcântara) Identificação de elementos (Lynch) Observação participante	Gráficos
Seleção visual	Usuários	17	Questionário	Tabulação de	Gráficos

	internos		preenchido pelo respondente	freqüência de atributos X imagens Identificação de elementos das imagens X atributos	
Mapeamento visual	Usuários internos	16	Questionário preenchido pelo respondente	Tabulação por freqüência de atributos X ambientes Identificação de elementos do ambiente X atributos	Matriz de mapeamento visual

Quadro 2 - Materiais e métodos utilizados

4.1 Abordagens de pesquisa

Ao investigarmos questões subjetivas relacionadas ao ambiente construído, para as quais a principal fonte de informação é o ser humano, admitimos que as respostas estão além da objetividade dos dados coletados. Por isso, adotamos uma postura de investigação e análise que envolve necessariamente a observação e a experiência do observador, pois

“... o observador, por sua constituição enquanto um sistema vivo, não pode produzir explicações ou afirmações que revelem ou conotem nada independentemente das operações através das quais ele ou ela gera suas explicações e afirmações.” (MATURANA, 2001: 127)

Durante a pesquisa de campo, assumimos a postura da observação participante, que levou a reflexões resgatadas posteriormente para análise dos dados. A observação participante se traduz na observação de comportamentos, atitudes e fenômenos, através de uma postura que permite que o observador se torne parte das relações que se estabelecem no ambiente, eliminando a estranheza que um observador passivo pode causar e, com isso, alcançando resultados mais confiáveis. (SPRADLEY, 1979) Esta estratégia foi utilizada como um método de aplicação e análise dos resultados, e não como uma técnica em si.

Na análise dos dados, recorreremos à técnica de análise de conteúdo, que forneceu instrumentos metodológicos para ir além dos dados objetivos e respostas óbvias. A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados, buscando a compreensão de significados latentes da mensagem. (BARDIN, 1977)

Na elaboração dos instrumentos de pesquisa, utilizamos alguns atributos ambientais retirados dos documentos consultados para a fundamentação teórica¹, aos quais chamamos de “atributos mobilizadores”, aplicados utilizando diferencial semântico (OSGOOD *et. al.* apud SANOFF, 1997).

4.2 Instrumentos de pesquisa

Os instrumentos aplicados na pesquisa de campo foram selecionados em virtude da resposta satisfatória obtida através de sua aplicação em experiências anteriores no âmbito do Programa de APO e em outras experiências de avaliação de desempenho relatadas em bibliografia consultada. As abordagens de pesquisa descritas anteriormente auxiliaram na definição de formato e conteúdo dos instrumentos, bem como orientaram a sua aplicação e análise.

Os questionários, compostos de perguntas abertas e fechadas, foram aplicados a usuários internos (trabalhadores do CSEGSF) e externos (pacientes e visitantes). Abordavam questões gerais sobre saúde, a avaliação do CSEGSF à luz dos princípios da Promoção da Saúde e dados do respondente. Os questionários foram aplicados de duas formas: através de entrevista orientada com os usuários externos – o que permitiu maior aproximação com os respondentes – e distribuídos aos usuários internos – o que agilizou a aplicação e o recolhimento.

Utilizamos a técnica de seleção visual para conhecer a opinião dos usuários internos sobre possibilidades visuais e de arranjos espaciais pré-selecionados. A técnica, inspirada nas experiências de Sanoff (1977), foi aplicada em questionários que reproduziam algumas imagens externas de edifícios de saúde e de salas de espera.

A técnica de mapeamento cognitivo foi baseada no conceito de “mapa mental” consagrado por Lynch (1997). Esta técnica permitiu a verificação da percepção ambiental dos usuários externos, considerando seu grau de conhecimento e sua experiência com o lugar.

Com base na técnica utilizada por Ross Thorne numa avaliação pré-projeto em Sidney (BAIRD, 1996), aplicamos o instrumento chamado de “mapeamento visual”, que tem o objetivo de conhecer a opinião dos usuários através da localização exata dos problemas no espaço. Neste trabalho, reproduzimos a planta baixa do CSEGSF para que os usuários internos mapeassem a localização dos atributos propostos.

Ao adotar a estratégia multi-métodos, obtivemos uma série de resultados parciais. Para analisarmos estes resultados em conjunto, adotamos uma ferramenta chamada de “matriz de descobertas”, desenvolvida pela equipe do Programa de APO da Fiocruz. A matriz de descobertas consiste num relatório resumido dos resultados, apresentado graficamente com referência na representação do espaço. Trata-se ao mesmo tempo de um produto de síntese dos resultados obtidos e um instrumento de análise.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos foram analisados considerando:

- A vivência da pesquisadora no objeto de estudo. Isto significa que a análise está impregnada da experiência vivida no CSEGSF, considerando que “toda explicação é uma reformulação da experiência com elementos da experiência” (MATURANA, 2001: 35);
- As relações entre os diferentes métodos e instrumentos de pesquisa. Ao adotarmos esta abordagem, assumimos que a compreensão de uma parte está na visão do todo, e vice-versa: o todo é mais que a junção das partes e a parte é mais que um fragmento do todo (MORIN, 2001);
- A análise do conteúdo dos discursos orais ou escritos, pois “é na linguagem que surge o eu” (MATURANA, 2001: 101).

A experiência vivenciada durante a pesquisa nos indica que há um forte sentido de pertencimento da comunidade em relação ao CSEGSF e vice-versa. Por diversas vezes participamos de atividades e eventos organizados por trabalhadores e usuários do CSEGSF que demonstram esta integração e fazem do CSEGSF um interessante estudo de caso para este tipo de pesquisa. Percebemos também que os usuários externos, a despeito de seu baixo grau de instrução, são bastante conscientes em relação a atitudes favoráveis à prevenção e promoção da saúde. Esta consciência é, provavelmente, resultado do trabalho de promoção da saúde radical desenvolvido pelo CSEGSF nos últimos anos e da orientação dada pelos agentes comunitários de saúde.

Identificamos que a idéia de saúde, para o grupo entrevistado, se confunde com a própria idéia de vida, ratificando os princípios propostos pelos documentos de referência em Promoção da Saúde. Descobrimos ainda que os usuários externos têm um grau de exigência baixo em relação às instalações do CSEGSF, pois seu parâmetro de comparação são as condições precárias em que vivem. Por outro lado, os usuários internos demonstram-se muito insatisfeitos com as instalações existentes.

É possível que a relativa satisfação por parte dos usuários contribua para que não haja uma maior preocupação em tornar o ambiente agradável. Perpetua-se, assim, a visão de que ambientes

assistenciais de saúde devem ser projetados tendo em vista apenas a facilidade de manutenção e a obediência às normas, sem maiores preocupações com a comodidade dos usuários e suas possibilidades de atuação na promoção da saúde dos mesmos.

Descobrimos que os usuários possuem o que chamamos de "visão ecológica"ⁱⁱⁱ do ambiente construído, ou seja, a sua percepção de lugar compreende não somente a sua estrutura física como tudo o que ela contém: pessoas, equipamentos, relações. Esta visão nos fez identificar dois grupos de atributos associados à saúde: os atributos tangíveis e os intangíveis. Chamamos de tangíveis os atributos ambientais tradicionais, que se referem a aspectos físico-espaciais do ambiente construído. Os chamados atributos intangíveis são aqueles subjetivos ou que dizem respeito à interação entre homem e ambiente.

Os principais atributos tangíveis identificados foram a ventilação natural e a limpeza. Ambos têm relação com a visão higienista predominante desde a Revolução Pasteuriana - ambientes limpos e ventilados oferecem menor chance de contaminação. Por outro lado, percebemos que o desejo de um ambiente ventilado está relacionado ao conforto higrotérmico e ao contato com o exterior. Outros atributos tradicionais frequentes foram a iluminação, vegetação, boa aparência e amplitude.

Os atributos intangíveis mais importantes para os usuários são a boa convivência, a paz e a tranquilidade. Apesar de serem aspectos que não podem ser traduzidos espacialmente com facilidade, entendemos que o ambiente construído que se propõe a promover saúde deve oferecer as condições ambientais para que estes atributos se desenvolvam.

Através das técnicas visuais, percebemos ainda que as imagens que lembrem o arquétipo da casa são bastante pregnantes, indicando uma provável preferência dos usuários por um Centro de Saúde mais humanizado.

6. O AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE

A pesquisa confirmou a suspeita de que os usuários mantêm uma forte associação entre o ambiente construído e as relações que nele se estabelecem. Descobrimos também que o ambiente construído exerce influência na promoção da saúde, na medida em que pode favorecer determinadas relações e atitudes consideradas saudáveis, servir de exemplo para reprodução de outros ambientes saudáveis, propiciar convivência, interação, além de oferecer condições físico-espaciais de higiene, conforto e segurança.

A identificação de diversos atributos intangíveis pelos usuários reforça a compreensão do ambiente como uma "organização social complexa" (PRIGOGINE & STENGERS *apud* RHEINGANTZ, 2000) e comprova a "visão ecológica" (CAPRA, 1997) do lugar.

O paradigma emergente da Promoção da Saúde considera que a saúde de um indivíduo não se restringe ao seu corpo, mas se refere a todo o seu modo de vida, o que envolve questões físicas, mentais, sociais, espirituais e econômicas. No entanto, o corpo é o suporte deste modo de vida, é o instrumento através do qual ele vivencia suas relações. Utilizamos este exemplo do corpo para defender que, se um indivíduo saudável é mais do que um corpo saudável, um ambiente saudável é mais do que uma estrutura física saudável, ou seja, correta higiênica e segura.

De acordo com o novo paradigma, o ambiente saudável não só possui uma estrutura física "saudável" como favorece relações saudáveis. Considerando que um ambiente saudável é necessariamente um ambiente promotor de saúde, que promover saúde é favorecer atitudes saudáveis, e que um edifício não pode ser compreendido como um objeto isolado, entendemos que não há "edifícios doentes", mas ambientes ou contextos doentes, que seriam aqueles que não favorecem relações saudáveis entre seus usuários.

6.1 Recomendações para o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

O primeiro obstáculo que identificamos para que o CSEGSF seja efetivamente um ambiente promotor de saúde é o tamanho insuficiente para a demanda existente. A amplitude foi identificado como um atributo importante do ambiente promotor de saúde. O CSEGSF não atende satisfatoriamente a demanda existente, o que inviabiliza a implantação de outras atividades e modalidades assistenciais. Além disso, a aglomeração gera problemas de conforto ambiental, como ruído excessivo e altas temperaturas. É fundamental que a área ocupada pelo CSEGSF seja expandida para que a proposta de Promoção da Saúde seja coerente.

Entretanto, a ampliação do atendimento não deve se restringir ao espaço do CSEGSF. Recomenda-se a implantação dos módulos de Saúde da Família nas comunidades atendidas, conforme previsto no Programa da Secretaria Municipal de Saúde. Esta proposta desafoga o CSEGSF, promove uma maior integração com a comunidade e reforça a atuação "extramuros" do CSEGSF.

É importante, no entanto, que o CSEGSF se mantenha como atendimento de maior complexidade e como sede dos grupos de atividades, inclusive das atividades de Promoção da Saúde, mantendo o vínculo dos usuários com a instituição.

A adequação do CSEGSF pode ser viabilizada através da construção de uma nova unidade ou da expansão da área atual. Não recomendamos a verticalização, pois percebemos uma preferência pela disposição térrea por parte dos usuários, além de facilitar a acessibilidade e a integração das equipes, que é a proposta do CSEGSF.

Recomendamos uma maior integração do edifício com o entorno, que também é utilizado para atividades de Promoção da Saúde, como atividade física e festas. Para tanto, sugerimos janelas amplas, painéis com vista para a paisagem e aberturas para maior ventilação natural.

Por fim, recomendamos que se busque referências nas antigas plantas do CSEGSF, que apresentam alguns aspectos que usuários mais antigos apontam como mais adequados à atual proposta de Promoção da Saúde radical.

Acreditamos que, com estas recomendações, baseadas na utilização de conceitos transdisciplinares e no envolvimento da comunidade usuária, podemos estar contribuindo para a construção de ambientes mais saudáveis, agradáveis, sustentáveis e que efetivamente promovam a saúde de seus ocupantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIRD, George *et. al.* **Building Evaluation Techniques**. Victoria University of Wellington. New York: McGraw-Hill, 1995.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **RDC 50: Norma para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Anvisa, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAPRA, Frank. **Sabedoria Incomum**. São Paulo: Cultrix, 1991.

_____. **A Teia da Vida**. São Paulo: Cultrix, 1997.

CARPMAN, Janet R. *et. al.* **Design that Cares. Planning Health Facilities for Patients and Visitors**. USA: American Hospital Publishing, Inc., 1986.

COSTI, Marilice. **A influência da luz e da cor em corredores e salas de espera hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

CUNHA, Fátima Teresinha Scarparo. **Estudo da evolução dos Centros de Saúde no tempo e no espaço na cidade do Rio de Janeiro (1920-1950)**. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, 1994. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]

FIOCRUZ. Diretoria de Administração do Campus (Dirac). **Programa de Avaliação Pós-Ocupação. Relatório de Avaliação Pós-Ocupação do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, ENSP/Fiocruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

LYNCH, Kevin. **A Imagem da Cidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

MATURANA, Humberto. **Cognição, Ciência e Vida Cotidiana**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

ORSTEIN, Sheila. **Avaliação Pós Ocupação do Ambiente Construído**. São Paulo: EDUSP/ Studio Nobel, 1992.

_____. **Desempenho do Ambiente Construído, Interdisciplinaridade e Arquitetura**. São Paulo: FAUUSP, 1995.

PREISER, Wolfgang; RABINOWITZ, Harvey; WHITE, Edward. **Post-Occupancy Evaluation**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1988.

RHEINGANTZ, Paulo A. **Centro Empresarial Internacional Rio: análise pós-ocupação, por observação participante, das condições internas de conforto**. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo/Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995. Dissertação [Mestrado em Arquitetura].

_____. **Aplicação do Modelo de Análise Hierárquica COPETEC-COSENZA na Avaliação do Desempenho de Edifícios de Escritório**. COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000. Tese [Doutorado em Engenharia de Produção]

SANOFF, Henry. **Visual Research Methods in Design**. Thousand Oaks: SAGE, 1997.

_____. **Methods of Architectural programming**. Stroudsburg: Dowden, Hutchinson & Ross Inc., 1977.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 2002.

SPRADLEY, James P. **The Etnografic Interview**. International Thomson Publishing, 1979.

ⁱ Os documentos consultados foram as declarações de referência em Promoção da Saúde, as normas e portarias da Anvisa e o texto do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira.

ⁱⁱ Empregamos o termo "ecológica" no sentido da "Ecologia Profunda" (CAPRA, 1996), que compreende o objeto como um todo funcional e inserido num ambiente natural e social.