

A ANATOMIA DO CUIDADO: ARQUITETURA PARA ESPAÇOS DE SAÚDE COMO INFRAESTRUTURA SOCIAL E CATALISADORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

THE ANATOMY OF CARE: HEALTHCARE ARCHITECTURE AS SOCIAL INFRASTRUCTURE AND A CATALYST FOR PRIMARY CARE

LA ANATOMÍA DEL CUIDADO: ARQUITECTURA SANITARIA COMO INFRAESTRUTURA SOCIAL Y CATALIZADORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Sérgio Luiz Salles Souza¹

DOI: 10.54899/dcs.v23i86.4292

Recibido: 15/12/2025 | Aceptado: 12/01/2026 | Publicación en línea: 20/01/2026.

RESUMO

Este artigo consolida os resultados obtidos nas disciplinas de doutorado da FAUUSP, AUP 5827 - *O Projeto Contemporâneo como Pesquisa em Arquitetura* (coord. Prof. Dr. Francisco Spadoni) e AUP 5903 - *Pesquisa em Projeto de Arquitetura I* (Profs. Drs. Anália Amorim, Helena Ayoub, Rafael Perrone e Tatiana Sakura), nas quais a pesquisa foi distinguida com conceito máximo. A partir dessa fundamentação, o estudo propõe uma reavaliação crítica dos espaços de saúde, partindo da premissa de que a saúde — conforme preconizado pela OMS — constitui um estado de bem-estar integral que transcende a dimensão clínica. Argumenta-se que uma lacuna historiográfica, consolidada pela exclusão de tipologias assistenciais na exposição de 1932 do MoMA, marginalizou o potencial desses espaços como dispositivos de engajamento social e catalisadores da Atenção Primária à Saúde (APS). A investigação fundamenta-se na análise de paradigmas que articulam rigor formal e sensibilidade humana, resgatando o valor ontológico de obras seminais como os sanatórios de Paimio (Alvar Aalto) e Zonnestraal (Jan Duiker). Através do diálogo entre esses marcos e a prática contemporânea de João Filgueiras Lima (Lelé) e Diébédo Francis Kéré, demonstra-se como o domínio projetual permite a "naturalização" do ambiente clínico. No caso da Clínica Cirúrgica de Léo (Burkina Faso), a dissolução da rigidez institucional opera-se pela modulação e pelo uso de materiais vernáculos. Sua configuração espacial mimetiza a morfologia das aldeias locais, convertendo zonas intersticiais de sombra em espaços de acolhimento familiar e coesão coletiva, onde a espera é ressignificada como ato de convivência urbana. Os resultados evidenciam que, ao integrar-se à trama social cotidiana, a arquitetura deixa de ser um objeto técnico isolado para se consolidar como infraestrutura de cuidado coletivo. Conclui-se que o projeto, ao fomentar a dignidade humana e a coesão social, cumpre o mandato da APS de ser a porta de entrada para um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo, posicionando o espaço construído como uma ferramenta indispensável de justiça social.

Palavras-chave: Arquitetura para Espaços de Saúde, Atenção Primária à Saúde (APS), Saúde da Família; Francis Kéré, Espaço Comunitário, Bem-Estar Social.

¹ Doutorando pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail sergio.salles@usp.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0736-7476>

ABSTRACT

This article consolidates the outstanding research outcomes achieved within the doctoral programme at the Faculty of Architecture and Urbanism of the University of São Paulo (FAUUSP). Developed across the seminars “AUP 5827 – *Contemporary Design as Architectural Research*” (co-ordinated by Prof. Dr Francisco Spadoni) and “AUP 5903 – *Research in Architectural Design I*” (led by Professors Anália Amorim, Helena Ayoub, Rafael Perrone, and Tatiana Sakura), the work was awarded the highest academic distinction. Building upon this rigorous foundation, the study proposes a critical reassessment of healthcare architecture, predicated on the premise that health—as defined by the WHO—constitutes a state of holistic well-being that transcends the clinical dimension. It argues that a persistent historiographical gap, entrenched by the exclusion of social assistance typologies from MoMA’s seminal 1932 exhibition, has marginalised the potential of these spaces to function as catalysts for Primary Health Care (PHC) and hubs for social engagement. The investigation is grounded in the analysis of paradigms that articulate formal rigour and human sensitivity, reclaiming the ontological value of seminal works such as the Paimio (Alvar Aalto) and Zonnestraal (Jan Duiker) sanatoria. Through a dialogue between these modern landmarks and the contemporary praxis of João Filgueiras Lima (Lelé) and Diébédo Francis Kéré, the study demonstrates how design mastery enables the ‘naturalisation’ of the clinical environment. In the case of the Léo Surgical Clinic in Burkina Faso, the dissolution of institutional rigidity is operated through modularity and the use of vernacular materials. Its spatial configuration mimics the morphology of local villages, converting interstitial shaded zones into spaces of familial welcome and collective cohesion, where the act of waiting is redefined as an instance of urban conviviality. The findings evidence that, by integrating into the everyday social fabric, architecture ceases to be an isolated technical object and establishes itself as an infrastructure of collective care. The study concludes that design, by fostering human dignity and social cohesion, fulfils the PHC mandate of being the gateway to a truly inclusive health system, positioning the built environment as an indispensable tool for social justice.

Keywords: Healthcare Architecture. Primary Health Care (PHC). Family Health. Francis Kéré. Community Space. Social Well-Being.

RESUMEN

El presente artículo consolida los resultados obtenidos en las asignaturas de doctorado de la FAUUSP, AUP 5827 - *El Proyecto Contemporáneo como Investigación en Arquitectura* (coord. Prof. Dr. Francisco Spadoni) y AUP 5903 - *Investigación en Proyecto de Arquitectura I* (Profs. Drs. Anália Amorim, Helena Ayoub, Rafael Perrone y Tatiana Sakura), en las cuales la investigación fue distinguida con la calificación máxima. A partir de esta fundamentación, el estudio propone una reevaluación crítica de los espacios de salud, partiendo de la premisa de que la salud —según lo preconizado por la OMS— constituye un estado de bienestar integral que trasciende la dimensión clínica. Se argumenta que un vacío historiográfico, consolidado por la exclusión de las tipologías asistenciales en la exposición de 1932 del MoMA, marginalizó el potencial de estos espacios como dispositivos de compromiso social y catalizadores de la Atención Primaria de Salud (APS). La investigación se fundamenta en el análisis de paradigmas que articulan rigor formal y sensibilidad humana, rescatando el valor ontológico de obras seminales como los sanatorios de Paimio (Alvar Aalto) y Zonnestraal (Jan Duiker). A través del diálogo entre estos hitos y la praxis contemporánea de João Filgueiras Lima (Lelé) y Diébédo

Francis Kéré, se demuestra cómo el dominio proyectual permite la "naturalización" del ambiente clínico. En el caso de la Clínica Quirúrgica de Léo (Burkina Faso), la disolución de la rigidez institucional se opera mediante la modulación y el uso de materiales vernáculos. Su configuración espacial mimetiza la morfología de las aldeas locales, convirtiendo zonas intersticiales de sombra en espacios de acogida familiar y cohesión colectiva, donde la espera es resignificada como un acto de convivencia urbana. Los resultados evidencian que, al integrarse en la trama social cotidiana, la arquitectura deja de ser un objeto técnico aislado para consolidarse como infraestructura de cuidado colectivo. Se concluye que el proyecto, al fomentar la dignidad humana y la cohesión social, cumple el mandato de la APS de ser la puerta de entrada a un sistema de salud verdaderamente inclusivo, posicionando el espacio construido como una herramienta indispensable de justicia social.

Palabras clave: Arquitectura para Espacios de Salud. Atención Primaria de Salud (APS). Salud de la Familia. Francis Kéré. Espacio Comunitario. Bienestar Social.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO: O SILÊNCIO PREJUDICIAL

A historiografia da arquitetura moderna, em sua busca por uma estética universal e higienista, ironicamente silenciou sobre o seu programa mais vital: o hospital. A exposição ***Modern Architecture: International Exhibition*** (MOMA, 1932) consolidou o "Style" através da habitação e do arranha-céu, mas negligenciou a complexidade biopolítica dos espaços de cura. Essa omissão relegou a arquitetura para espaços de saúde a um gueto de especialização técnica, onde o "eficiente" soterrou o "humano".

Contudo, a saúde, conforme preconiza a **Organização Mundial da Saúde** (OMS), não é meramente a ausência de enfermidade, mas um estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social. Sob esta ótica, o edifício de saúde deixa de ser uma "máquina de curar" isolada para se tornar uma infraestrutura social. Este artigo argumenta que a arquitetura é, em si, um determinante social da saúde, capaz de mediar a transição entre o trauma da doença e a resiliência da comunidade.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar como a arquitetura para espaços de saúde, quando concebida como espaço comunitário e poroso, potencializa as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS) e promove a dignidade humana em contextos de vulnerabilidade.

Objetivos Específicos

- Identificar as causas do isolamento crítico da arquitetura hospitalar na historiografia moderna.
- Comparar as estratégias de conforto e humanização nos paradigmas europeus (AALTO E DUIKER) e nas práticas contemporâneas do Sul Global (LELÉ E KÉRÉ).
- Demonstrar, através da Clínica de Léo (Burkina Faso), como a tectônica e o uso de materiais vernáculos promovem o acolhimento e a eficácia clínica.

O PARADIGMA MODERNO

Uma cena completamente improvável seria PHILIP JOHNSON E HENRY-HUSSEL HITCHCOCK, tomando café, imersos no clima de um quadro de HOPPER.

Figura 1: Edward Hopper, quadro NIGHTHAWKS, 1942, acervo do Chicago Art Institute.



Disponível em: (<https://www.artic.edu/artworks/111628/nighthawks>, acesso em: 12/08/2020)

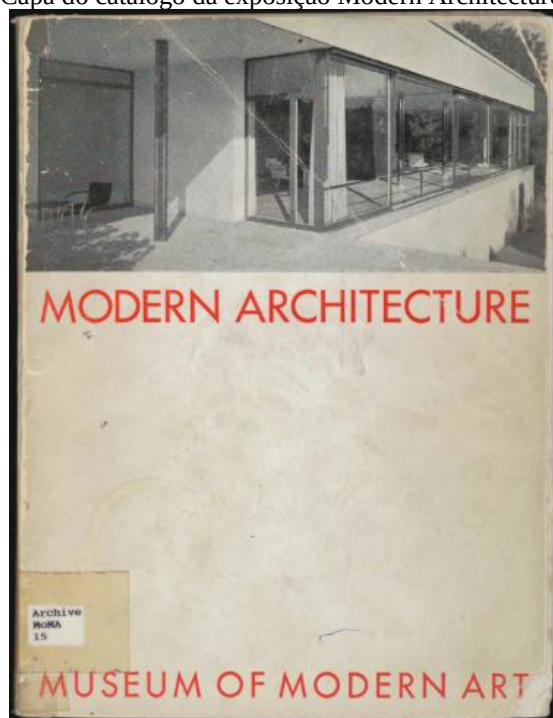
HOPPER produz cenas capazes de proporcionar ao observador, forte impacto psicológico. São paisagens urbanas desertas e melancólicas, iluminadas por uma luz estranha e edifícios, em geral, enormes e vazios, cenas inquietantes dominadas por um silêncio perturbador, expressão da desolação e estagnação da vida humana e de figuras anônimas, solitárias, que jamais se comunicam ou expressam laços de união e comunidade.

Nesse paralelo temporal, a exposição **Modern Architecture**, organizada por JOHNSON E HITCHCOCK em 1932, no MUSEU DE ARTE MODERNA DE NOVA IORQUE (MOMA), refletia uma visão otimista, diametralmente oposta à de HOPPER e bem diferente da crise de 1929, das guerras de gangues e de uma cidade decadente como retratada pelas fotos de WEEGEE².

O catálogo da exposição no MOMA, possivelmente, foi a primeira “lista oficial” dos edifícios que compunham a arquitetura moderna. Uma lista eloquente e festiva que indubitavelmente estabeleceu um paradigma, com efeitos amplos na história da arquitetura e muito além do imaginado pelos dois curadores.

² Weegee fotógrafo, autobiografia: <https://sites.google.com/site/whgnb88mnxzd4/bdujwdgdi6287hbdxg2952>

Figura 2: Capa do catálogo da exposição Modern Architecture – MOMA



Fonte: acervo do autor

Teria sido falta de sorte o **Sanatório de Paimio**, de ALVAR AALTO, estar ainda inacabado em 1932 e, talvez, por este motivo não ter aparecido no catálogo do MOMA?

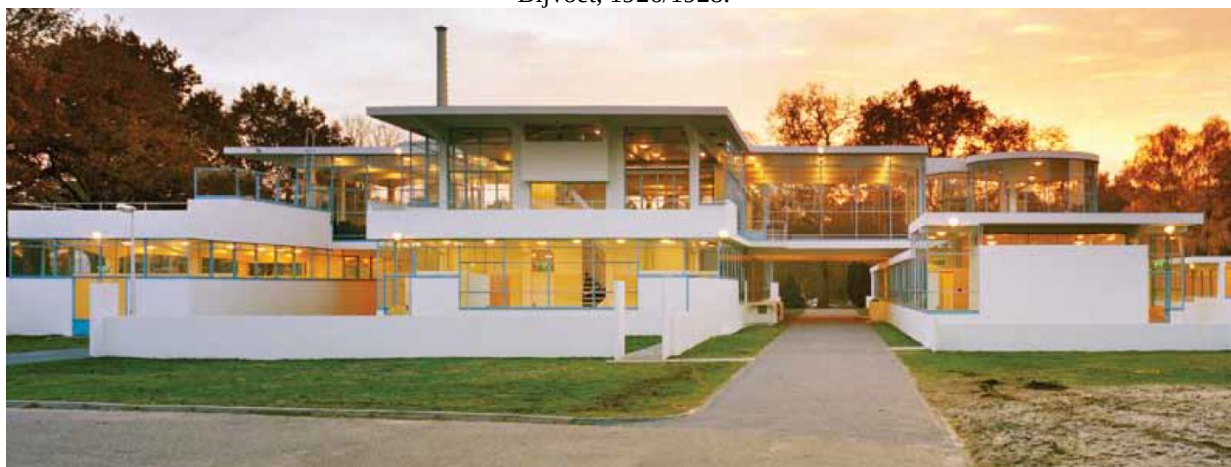
Figura 3: Sanatório de Paimio, Finlândia. Concurso de arquitetura vencido por Alvar Aalto, 1928. Inaugurado em 18/06/1933.



Disponível em: (<http://www.paimiosanatorium.fi/>, acesso em: 25/06/2022)

Se foi esse o fator que não o habilitou a exposição, o que dizer então do **Sanatório de Zonnestraal**, de JAN DUIKER E BIJVOET, inaugurado em 1928, predecessor de **Paimio**?

Figura 4: Sanatório Zonnestraal, Hilversum, Países Baixos, Holanda do Norte. Projeto de Jan Duiker e Bernard Bijvoet, 1926/1928.



Disponível em: (<https://www.wmf.org/publication/2010-world-monuments-fundknoll-modernism-prize/>, acesso em: 25/06/2022)

É fato que edifícios de grande valor, como os Sanatórios de DUIKER E AALTO, não ocupam, ainda hoje, o merecido lugar na crítica e nos textos arquitetônicos.

Como exceção, GIEDION^(1980, p. 84), na segunda edição de *Space, Time and Architecture*, publicado in 1949, rende tributo ao SANATÓRIO DE PAIMIO, que considera, junto com a BAUHAUS de DESSAU DE GROPIUS e o PALÁCIO DA SOCIEDADE DAS NAÇÕES de LE CORBUSIER, os principais precursores da arquitetura moderna e definidores do novo conceito de espaço-tempo.

BENEVOLO^(1976, p. 487), igualmente, se estende sobre a composição do edifício destacando:

[...] la sabia rotación de los cuerpos de fábrica y la oblicuidad de las conexiones, sistemáticamente empleadas para quitar a los volumes rigidez geométrica y acoplarlos al paisaje [...]

Apesar do entusiasmo de ambos, eles não elaboram por completo a análise e a síntese do edifício.

HEIKINHEIMO⁽²⁰¹⁶⁾ enfatiza que AALTO consegue em **Paimio**, mais do que um exercício de estilo e forma, como pode fazer parecer a descrição dos críticos. AALTO define e detalha cada centímetro cúbico do espaço do hospital: pisos; revestimentos; instalações e aparelhos sanitários, estabelecendo parâmetros e paradigmas claros quanto ao âmbito e particularidades da arquitetura hospitalar. O arquiteto tem, e cria, a oportunidade de produzir uma impressionante coleção de mobiliário, que completa uma atmosfera única, adequada aos pacientes com graves distúrbios respiratórios e necessidades terapêuticas bastante específicas. Trata-se, portanto, da experiência mais ampla naquele momento, tanto pelo tamanho como pelo grau de desenvolvimento, da materialização da "nova arquitetura".

Realmente uma pena, ou no mínimo um descuido, o **Sanatório de Paimio** não ter sido a obra escolhida para representar a Finlândia no catálogo e exposição do MOMA.

Por qual razão os hospitais não figuram entre os edifícios que empregam as novas tecnologias construtivas ou protagonizam as experimentações formais e plásticas, como habitualmente se emprega e tanto se festeja nos projetos de museus, centros culturais e aeroportos?

Nos parece que a crítica e a historiografia da arquitetura, não só não se preocupam com o tema da arquitetura hospitalar, como ainda demonstram desinteresse ou até certo preconceito pelos projetos, que muitas vezes são pensados para a doença e não para a cura e a saúde.

Figura 5: Sanatório de Paimio, Finlândia. Nessa enfermaria típica, Alvar Aalto projetou cada um dos objetos e itens do mobiliário hospitalar, luminárias etc.



Disponível em: (<http://www.paimiosanatorium.fi/>, acesso em: 26/06/2022)

LELÉ, JOÃO FILGUEIRAS LIMA sintetiza o tema: (2012, p. 318)

“O projeto de um hospital, por sua complexidade técnica e, principalmente, por sua função de abrigar o ser humano em um momento de fragilidade física e psíquica, exige a integração de muitos fatores que determinarão a qualidade da obra e o retorno social do investimento.

Cabe ao arquiteto a coordenação das ações que se iniciam na própria definição do programa e que continuam na elaboração do projeto, na execução da obra e, por fim, na implantação de cada setor hospitalar. Durante todo esse processo serão feitos ajustes para atender a evolução de equipamentos e técnicas médicas. E para que tudo isso ocorra de uma forma organizada, é necessário que os espaços propostos também sejam flexíveis, extensíveis e remanejáveis [...] Por outro lado, é indispensável a preocupação com todos os fatores que caracterizam uma boa obra de arquitetura, inclusive o da beleza, que deve estar presente em qualquer atividade humana.

Todas essas questões, a meu ver, reforçam a ideia de que a atuação competente do arquiteto em projetos de alta complexidade não se apoia numa especialização, como pretendem alguns, mas se realiza, sobretudo, com o entendimento abrangente dos

fenômenos [...] E isto significa também que, sem abrir mão de sua postura de artista criador, o arquiteto deve assumir a função primordial de coordenador e de gerador de novas tecnologias, interagindo com uma equipe multidisciplinar presente em todas as fases da produção da obra [...]

Após essa síntese de LELÉ, quanto ao papel do arquiteto e da arquitetura na área da saúde, chamo a atenção do leitor, nessa parte do texto, quanto ao ensaio de MARQUES E LUKIANTCHUKI, para o portal **Vitruvius, Arquitectos**, em junho de 2022, tecendo uma coerente trama entre os trabalhos de LELÉ E DIÉBO FRANCIS KERÉ:

“Chicago, Illinois (15 de março de 2022) — Diébédo Francis Kéré, arquiteto, educador e ativista social, foi selecionado como o Laureado de 2022 do Prêmio Pritzker de Arquitetura, anunciado por Tom Pritzker, presidente da Fundação Hyatt, que patrocina o prêmio internacionalmente conhecido como a mais alta honraria em arquitetura. [...] Através do seu comprometimento com a justiça social, seu engajamento e uso inteligente de materiais locais para conectar e responder ao clima natural, ele trabalha em países marginalizados, repletos de restrições e adversidades, onde a arquitetura e a infraestrutura são ausentes. Construindo instituições escolares contemporâneas, equipamentos de saúde, habitações populares, edifícios cívicos e espaços públicos, frequentemente em locais onde os recursos são frágeis e o trabalho em comunidade é vital, a expressão do seu trabalho excede o valor do edifício propriamente dito”[...] “Francis Kéré empodera e transforma as comunidades através do processo da arquitetura”[...] Quando colocamos esta característica em primeiro plano, é possível traçar um paralelo entre a obra de Keré e a do brasileiro João Filgueiras Lima, Lelé. Ambos os arquitetos desenvolveram projetos em locais carentes de arquitetura e infraestrutura, em comunidades com restrições e graves problemas sociais.”

Nesse ponto do texto, me permita o leitor retomar o entusiasmo e o efeito positivo da “lista” de JOHNSON E HITCHCOCK em 1932, no MOMA, cuja citação até aqui, não foi adequadamente esclarecida, então, para isso, tracemos um paralelo com outra exposição do MOMA do ano de 2010.

TECTÔNICA E ATIVISMO: A HERANÇA DE LELÉ E KÉRÉ

Ainda que reconhecida e com importantes premiações, como o **Agha Khan Award for Architecture** em 2004, a obra de KERÉ “ganhou o mundo” efetivamente em outubro de 2010 impulsionada pelo MOMA, com a exposição **Small Scale, Big Change: New Architectures of Social Engagement**, com a curadoria de ANDRES ZEPIK E MARGOT WELLER. A exposição focalizou processos de projeto com grande engajamento social e, ao mostrar uma arquitetura de qualidade indiscutível, trouxe ao debate como pequenas obras, adequadamente inseridas, transformam a realidade local de áreas extremamente vulneráveis, incrementando a qualidade de

vida e fortalecendo o espírito comunitário. Numa visão contemporânea, positiva e otimista, apesar do mundo extremamente desigual em que vivemos, demonstra-se que a arquitetura tem e terá um papel fundamental, colaborando para um mundo melhor, fora dos grandes eixos econômicos do ocidente e oriente e das grandes obras do “*star team*”.

“This exhibition presents eleven architectural projects on five continents that respond to localized needs in underserved communities. These innovative designs signal a renewed sense of commitment, shared by many of today’s practitioners, to the social responsibilities of architecture. Though this stance echoes socially engaged movements of the past, the architects highlighted here are not interested in grand manifestos or utopian theories.[...]”

“Esta exposição apresenta onze projetos arquitetônicos em cinco continentes que respondem a necessidades localizadas em comunidades carentes. Esses projetos inovadores sinalizam um renovado senso de compromisso, compartilhado por muitos dos profissionais de hoje, com as responsabilidades sociais da arquitetura. Embora essa postura ecoe movimentos socialmente engajados do passado, os arquitetos destacados aqui não estão interessados em grandes manifestos ou teorias utópicas. [...]” (nossa tradução)

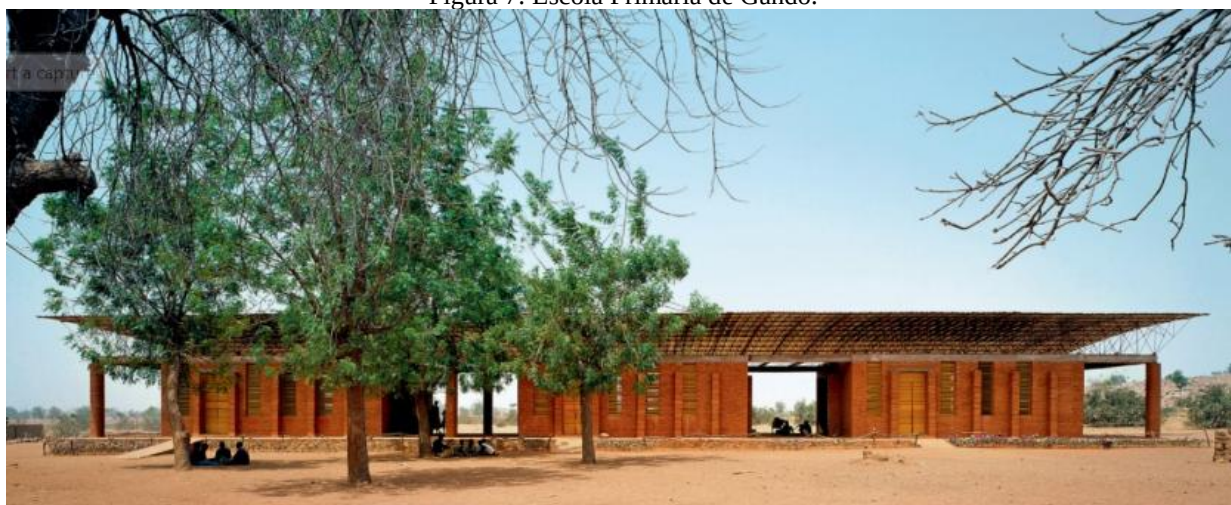
Figura 6: Catálogo da exposição Small Scale, Big Change – MOMA



Fonte: acervo do autor

A **Escola Primária de Gando**, em Burkina Faso (1999-2001), foi a obra selecionada de KERÉ e, apesar da temática social da exposição ***Small Scale, Big Change***, assim como na exposição ***Modern Architecture***, entre as onze obras selecionadas pela curadoria, não havia nenhuma na área da saúde. KERÉ se envolveu com projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde apenas em 2010, no mesmo ano da exposição, reeditando, ironicamente, uma situação similar à ocorrida com JOHNSON E HITCHCOCK em 1932, quanto à obra de ALVARO AALTO.

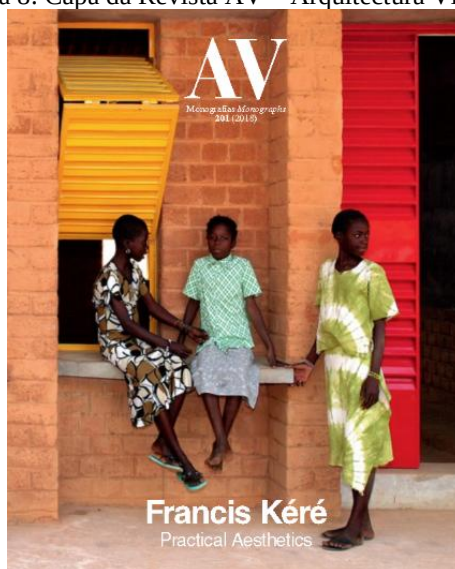
Figura 7: Escola Primária de Gando.



Disponível em: <https://iwan.com/portfolio/gando-primary-school-francis-kere/>; acesso em 25/06/2022

Em 2018 a revista *Arquitetura Viva - Monografias*, dedicou o seu número 201, à obra de FRANCIS KÉRÉ, com o subtítulo de *Practical Aesthetics*. Com texto e ensaio crítico de LUIS FERNÁNDEZ-GALIANO, a revista apresentou 20 projetos do arquiteto, dentre os quais dois projetos na área da saúde: o **Centro de Saúde e Promoção Social em Laongo** (Burkina Faso, 2010/2014) e a **Clínica Cirúrgica e Centro de Saúde de Léo** (Burkina Faso, 2012/2017).

Figura 8: Capa da Revista AV – Arquitetura Viva 201



Fonte: acervo do autor

Sem a pretensão de estabelecer classificações, buscamos colocar em pauta um certo ‘estado da arte’ através de algumas frestas que iluminam, de forma positiva, outros caminhos para a arquitetura. Salientamos que os diversos prêmios conferidos à obra ainda em construção de

KERÉ, trazem à cena, como protagonista, o reconhecimento do processo ancorado nessa prática do essencial, no extremo realismo (recursos limitados e uso de materiais locais), no ativismo (fundos de arrecadação de recursos e construção coletiva), no despojamento do edifício do supérfluo (que não é uma invenção, mas que resulta em uma beleza necessária, prática, conveniente e coerente com o lugar em que se insere), no trinômio técnica/material/sistema (contrasta solidez pesada do edifício e leveza das coberturas), na gestão da construção e nos processos colaborativos e com forte identidade com a comunidade usuária.

Esse processo, legível nos diversos programas e tipologias enfrentados por KERÉ, abre uma hipótese de pesquisa e chama a atenção, de maneira enfática, aos projetos do **Centro de Saúde de Laongo**, e na **Clínica Cirúrgica e Centro de Saúde de Léo**.

Em primeiro lugar por demonstrar que o processo se impõe sobre qualquer hipótese de especialização, ou seja, o arquiteto controla e tem domínio pleno do processo, independentemente se está projetando uma escola, biblioteca, centro cultural ou um estabelecimento assistencial de saúde.

Em segundo lugar por estabelecer, de modo premeditado, uma ancoragem do equipamento àquela comunidade, traduzindo com simplicidade e clareza o que é preconizado pela OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE quanto à atenção primária e plena de saúde: naturalização do equipamento de atenção à saúde com centro comunitário e de convivência.

Por essa razão nesse trecho final do artigo faremos um breve relato do projeto da **Clínica Cirúrgica de Léo**, que longe de esgotá-lo, cria um compromisso de estudos futuros e convida os interessados na temática dos edifícios assistenciais de saúde, ao necessário aprofundamento nessas obras que têm muito a nos ensinar e não estão ainda suficientemente dissecadas e adequadamente ilustradas e publicadas.

A CLÍNICA DE LÉO: POROSIDADE E IDENTIDADE

A **Clínica Cirúrgica de Léo** é o estudo de caso central para a tese do espaço de saúde como espaço comunitário. Diferente do hospital ocidental — um bloco monolítico, as vezes hermético e intimidante — a clínica de KERÉ apresenta-se como um fragmento de aldeia. Sua configuração espacial, que mimetiza a morfologia das aldeias locais, gera zonas intersticiais de sombra que acolhem famílias e fortalecem laços coletivos. O equipamento deixa de ser um lugar

onde se "vai doente" e torna-se um lugar onde a comunidade se encontra. A ausência de corredores e a presença de pátios internos promovem a naturalização do cuidado.

Localizado a dez quilômetros da fronteira com Gana, a **clínica**, oficialmente denominada como **Centro Médico e Cirúrgico Dr. Sedogo** (www.cliniquesedogo.com/hopital) atende a uma população de aproximadamente 50.000 habitantes espalhada por um tecido urbano disperso e de baixa densidade, sem qualquer lógica cartesiana. Os pequenos vilarejos e aldeamentos se conectam por caminhos e trilhas e por poucas estradas pavimentadas.

Considerando os parâmetros da OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, de 3 a 5 leitos/1000 habitantes, a **Clínica Cirúrgica de Léo** com aproximadamente 15 leitos, se enquadra conforme preconizado e certamente tem impacto muito positivo na atenção plena de saúde dessa população.

Figura 9: Clínica Cirúrgica de Leo; foto aérea com contexto;

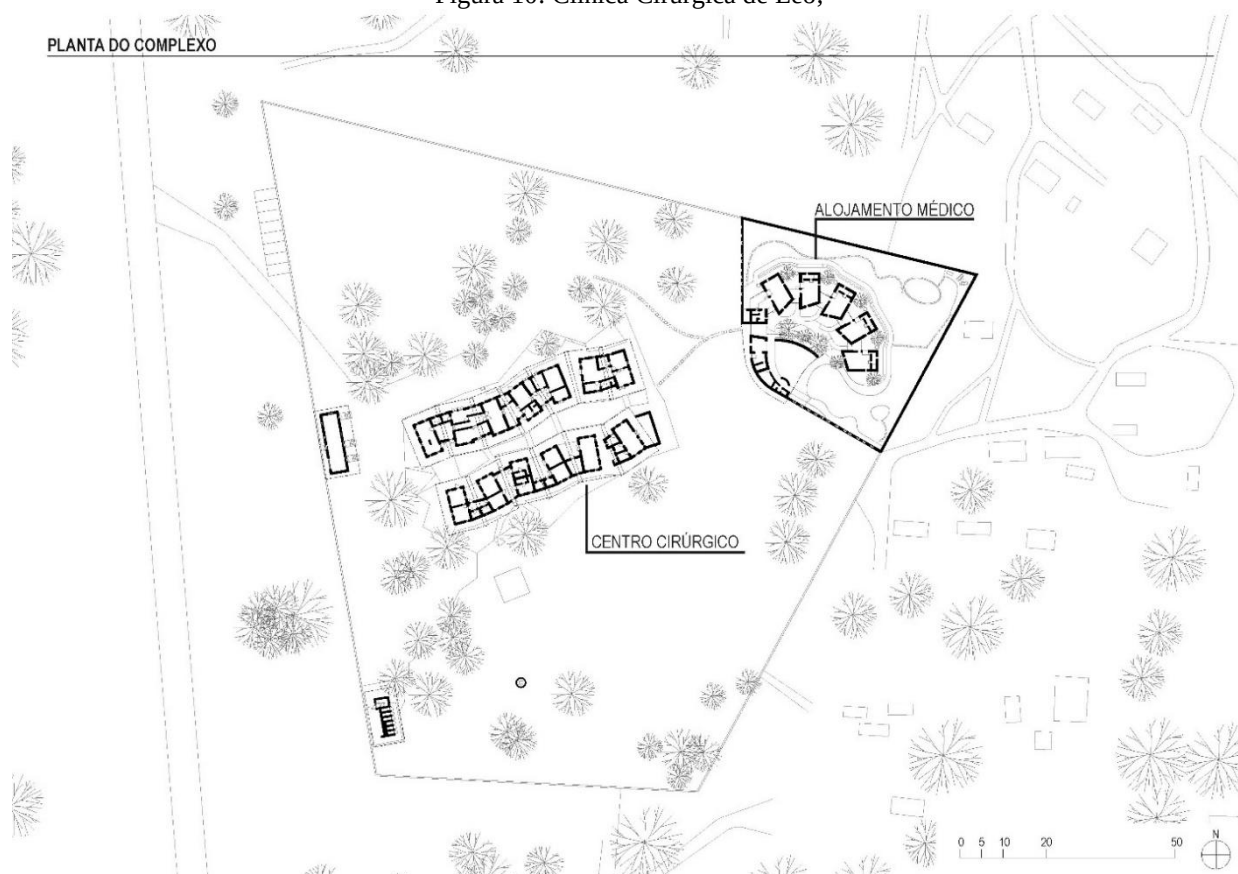


Disponível em: <https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

O objetivo do projeto, conforme KERÉ, “era criar uma arquitetura inspiradora, realizada pela comunidade local; uma atmosfera inclusiva e uma alternativa à rigidez intimidante que muitas vezes caracteriza a arquitetura das instituições de saúde.”

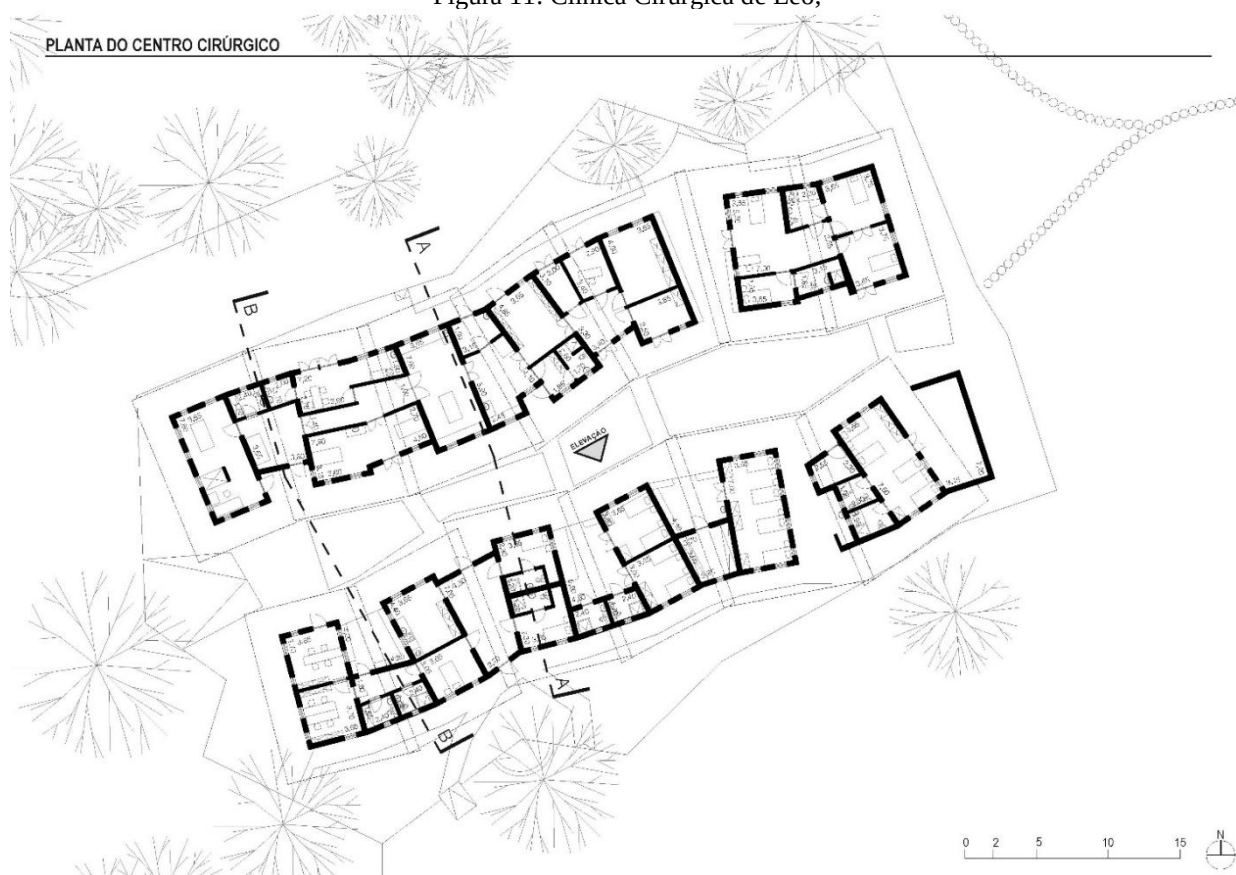
Uma série de peças modulares se sucedem ao longo de uma rua central delicadamente sinuosa, tal qual a tipologia habitacional do entorno. Essa distribuição gera uma atmosfera familiar que contribui para o êxito da clínica, bem como sua identificação e a apropriação pelos usuários. Também conforme KERÉ “a instalação inicial é composta por 10 unidades modulares que são dispostas livremente uma em relação à outra para criar uma variedade de espaços intersticiais protegidos que parecem dinâmicos e acolhedores. Este sistema modular também reduz custos e agiliza o processo de construção.”

Figura 10: Clínica Cirúrgica de Leo;



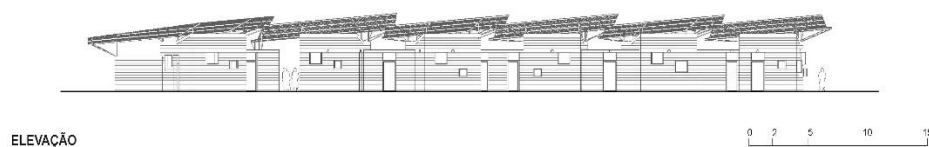
Fonte: implantação geral produzida pelo autor a partir de imagem de disponível em: <https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

Figura 11: Clínica Cirúrgica de Leo;



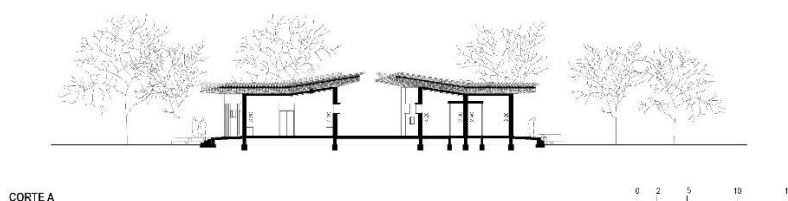
Fonte: planta produzida pelo autor a partir de imagem disponível em:
<https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

Figura 12: Clínica Cirúrgica de Leo;



Fonte: elevação sudeste produzida pelo autor a partir de imagem disponível em:
<https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

Figura 13: Clínica Cirúrgica de Leo;

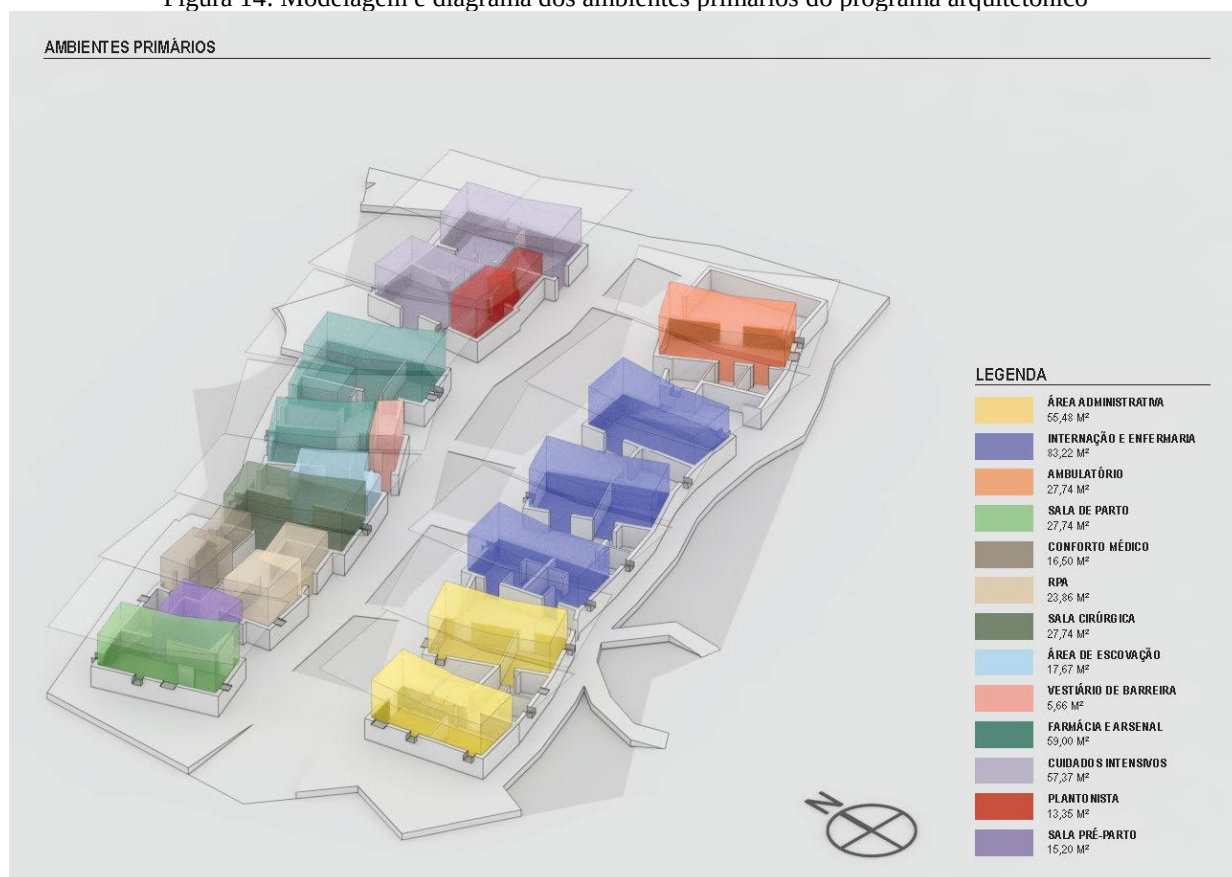


Fonte: corte A produzido pelo autor a partir de imagem disponível em:
<https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

Os dois corpos principais, alongados no sentido leste/oeste, com área total de 1.660 m², esquematicamente se dividem em 3 setores: clínico, ambulatorial e administrativo. O conjunto ao norte, de média complexidade, organiza o centro cirúrgico e obstétrico e seus apoios diretos,

inclusive de cuidados intensivos. O fluxo direto entre a sala de parto normal e a sala cirúrgica oferece segurança à paciente em caso de alguma intercorrência e necessidade de parto cirúrgico. O conjunto ao sul, de menor complexidade, organiza a parte ambulatorial, internação, plantonistas e apoio administrativo.

Figura 14: Modelagem e diagrama dos ambientes primários do programa arquitetônico



Fonte: produzido pelo autor

Figura 15: Modelagem e diagrama dos ambientes secundários do programa arquitetônico



Fonte: produzido pelo autor

ESTRATÉGIAS PASSIVAS E SUSTENTABILIDADE SOCIAL

A utilização de materiais locais não é apenas uma escolha econômica; é um ato de soberania tecnológica. Ao envolver a comunidade na construção em mutirão, KÉRÉ garante que o edifício seja compreendido e mantido por aqueles que o utilizam. Isso é a essência da APS: saúde que nasce da base, da prevenção e do sentimento de pertencimento.

O sistema construtivo, de forma geral, adotou tijolos de adobe prensados e fabricados no local, que além de serem adequados à autoconstrução e às técnicas locais, possuem boa inércia térmica e garantem temperaturas mais amenas nos ambientes internos.

Figura 16: Clínica Cirúrgica de Leo; montagem das esquadrias e processo construtivo;



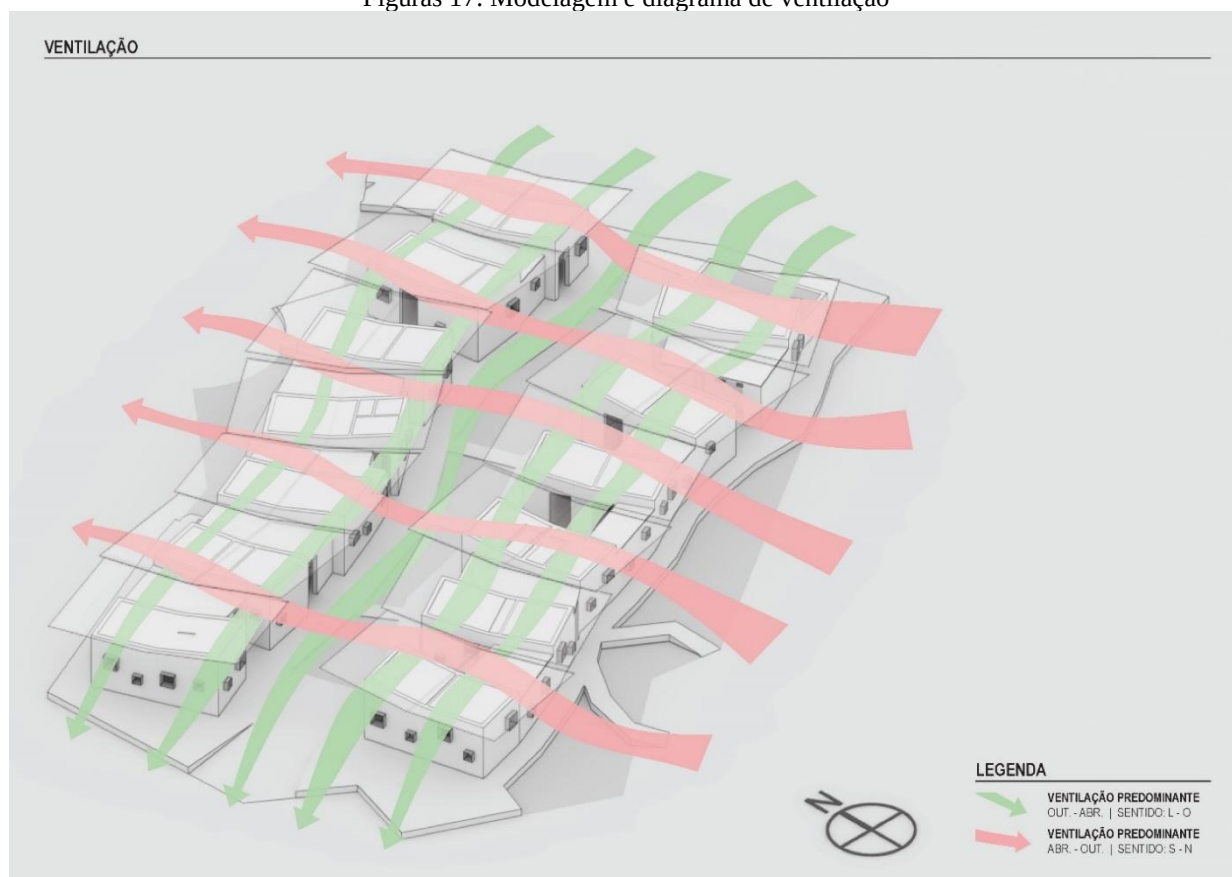
Disponível em: <https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

As coberturas metálicas são parte essencial e de extrema importância no sistema, sendo desenhadas com peças simples de serralheria que sombreiam generosamente os módulos, protegem com beirais as paredes contra chuvas e o sol escaldante e configuraram zonas intermediárias externas de espera e encontro das pessoas e acompanhantes. Essas coberturas, soltas dos módulos de tijolos, permitem a saída do ar quente por aberturas nos tetos e, com seu desenho em planos inclinados diversos, tornam mais eficiente o efeito chaminé e o arrasto das correntes de ar que circulam na camada entre a cobertura e os blocos edificados.

As fachadas voltadas à norte e sul, menos castigadas pelo sol e calor da região, são as mais alongadas e predominantes. A fachada sul, com as suas particularidades sazonais é protegida pelos grandes beirais, que atuam como abas sombreadoras horizontais.

As fachadas voltadas à leste e oeste, sempre com menor dimensão e pela sua maior proximidade nos módulos, se auto protegem e são favorecidas pelos espaços intersticiais de transição sempre cobertos.

Figuras 17: Modelagem e diagrama de ventilação



Fonte: produzido pelo autor

Figura 18: Modelagem e diagrama de orientação das fachadas



Fonte: produzido pelo autor

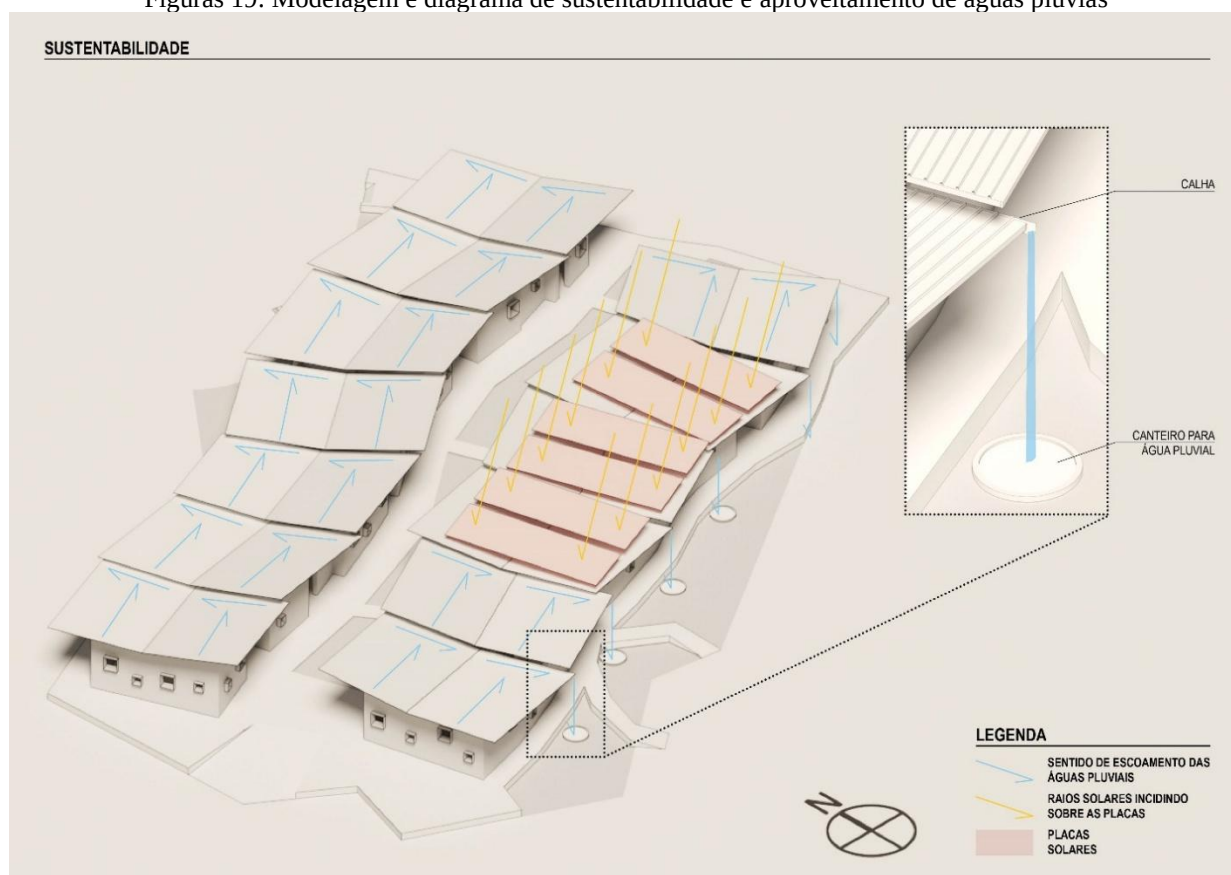
Para aproveitar as escassas precipitações, as águas dos telhados são concentradas em inúmeras calhas que desaguam em uma série de reservatórios abertos no piso, para, posteriormente, somadas às águas de reuso, serem utilizadas para irrigação. A água potável é proveniente de poço profundo.

Figura 20: Clínica Cirúrgica de Leo; captação e reaproveitamento de água.



Disponível em: <https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

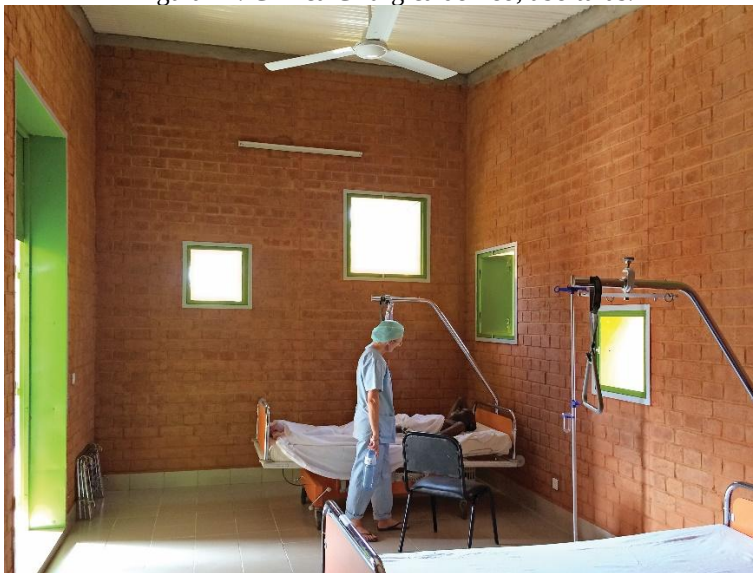
Figuras 19: Modelagem e diagrama de sustentabilidade e aproveitamento de águas pluvias



Fonte: produzido pelo autor

As janelas, executadas em caixões salientes de madeira coloridas e contrastantes com os tijolos, como no **Centro de Saúde de Laongo**, enquadram a paisagem em múltiplas alturas e auxiliam no controle da iluminação, insolação e ventilação.

Figura 21: Clínica Cirúrgica de Leo; aberturas.



Disponível em: <https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

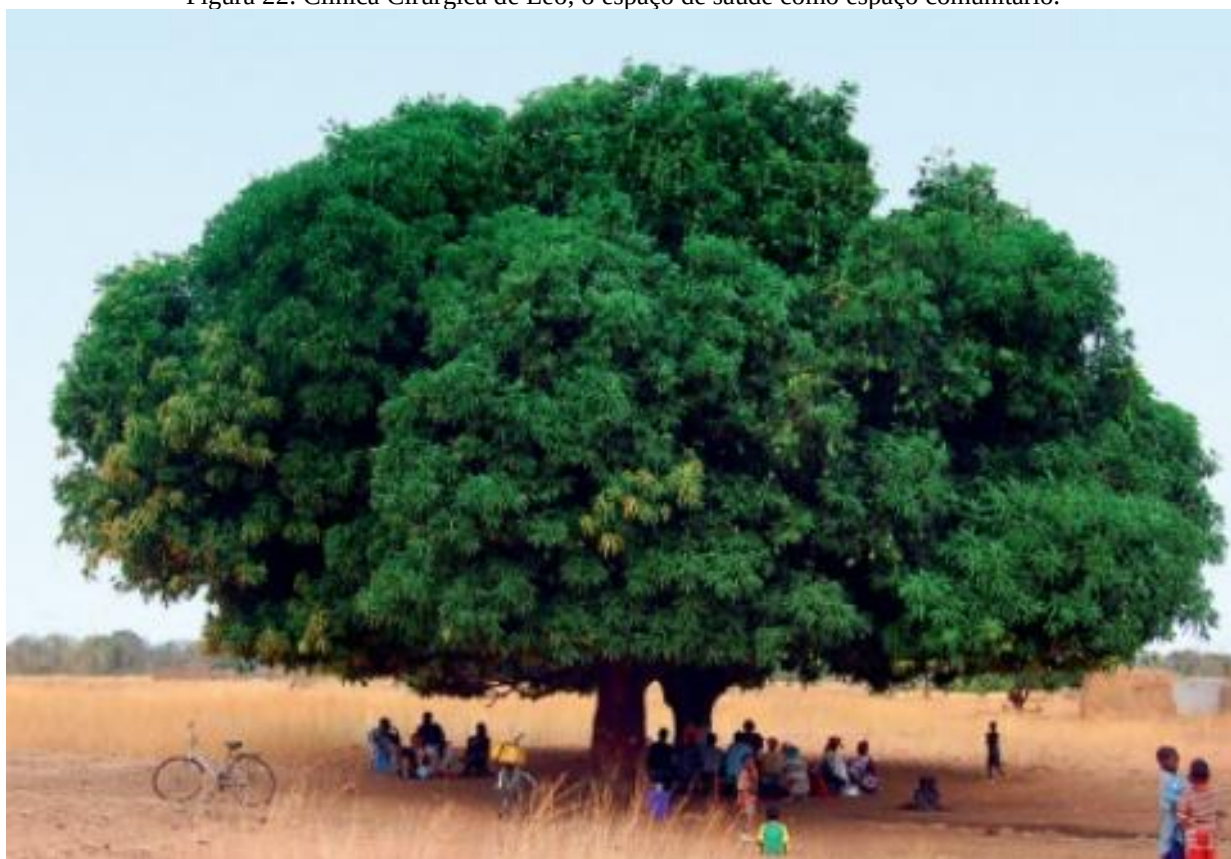
ARQUITETURA COMO INSTRUMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde exige que o serviço seja acessível, longitudinal e integrado à rede social. Um edifício que afasta o paciente por sua rigidez institucional falha em sua missão médica.

A arquitetura para espaços de saúde, ao adotar a porosidade e o conforto térmico como prioridades, reduz a ansiedade do paciente e melhora os desfechos clínicos. O "espaço comunitário" permite que a educação em saúde ocorra de forma orgânica nos pátios e áreas de sombra, transformando a espera em uma oportunidade de troca de saberes.

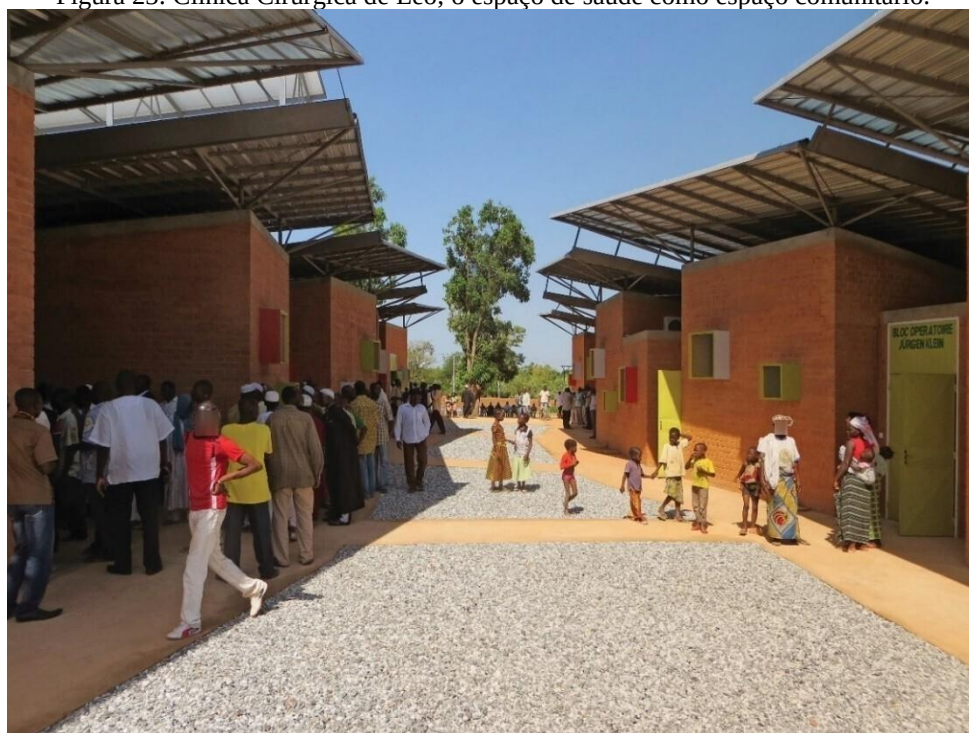
E por último, e não menos importante, a força dos espaços de encontro, convívio das famílias e acompanhantes: a sombra projetada, a reentrância com os bancos, a cultura... **O espaço de saúde como espaço comunitário.**

Figura 22: Clínica Cirúrgica de Leo; o espaço de saúde como espaço comunitário.



Disponível em: <http://www.operieren-in-afrika.de/>; acesso em 22/06/2022

Figura 23: Clínica Cirúrgica de Leo; o espaço de saúde como espaço comunitário.



Disponível em: <https://www.kerearchitecture.com/work/building/surgical-clinic-and-health-centre/>; acesso em 25/06/2022

MATIAS^(2016, p. 71), cinco anos antes do **Prêmio Pritzker** de KERÉ, em 2016, intuía e apontava para a força da sua arquitetura manifesto e com potentes laços de identidade com a comunidade:

*“A África pode parecer a anos luz de distância da nossa realidade quotidiana, mas lembremo-nos que todos nós procuramos a mesma coisa para as nossas vidas: espaços para trabalhar, morar e descansar com dignidade e saúde [...] Keré, aliando a sua cultura à tecnologia que aprendeu a manipular em Berlim, conseguiu fazer o seu papel de arquitecto na perfeição. Acima de tudo, o seu valor deve-se à sua humildade de compreender o seu ambiente, que na verdade lhe era familiar, que só veio reforçar a aliança entre a arquitectura moderna e vernácula. Aqui pode-se observar uma preservação cultural patente e enraizada já no ambiente, mas que privava de fundos ou conhecimento científico para se actualizar. Penso que este colmatar final se consegue transmitir a verdadeira direcção que a Arquitectura deve tomar - **praticar o essencial, para depois se preocupar com o resto.**”*

CONCLUSÃO: O IMPERATIVO ÉTICO DO ESPAÇO

A análise comparativa entre os sanatórios modernos e as clínicas contemporâneas de KÉRÉ e LELÉ revela que a "especialização técnica" foi, por muito tempo, uma armadilha que isolou a arquitetura do seu propósito social.

Conclui-se que a arquitetura para espaços de saúde deve ser reivindicada como um campo de excelência estética e ética. Ao mimetizar tecidos sociais locais, utilizar a tectônica como ferramenta de conforto passivo e abrir-se à comunidade, o edifício hospitalar deixa de ser uma ilha tecnocrática para se tornar um porto seguro de dignidade humana. O desafio não é construir hospitais mais complexos, mas espaços de saúde que sejam mais profundamente humanos e comunitários.

REFERÊNCIAS

AALTO, A. **The Paimio Sanatorium**. Jyväskylä: Alvar Aalto Museum, 1933

BENEVOLO, LEONARDO. **História da Arquitetura Moderna**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1976. 813 p.

CURTIS, W. J. R. **Modern Architecture Since 1900**. 3rd edn. London: Phaidon Press, 1996

DUICKER, J. **Zonnestraal Sanatorium: The Architecture of Light**. Hilversum: Monumenten van Nederland, 1928

GIEDION, SIGFRIED. **Espacio, tempo y arquitectura: el futuro de una nueva tradición**. Madrid: Dossat, 1980.

HEIKINHEIMO, MARIANNA. Architecture and technology : Alvar Aalto's Paimio Sanatorium. Aalto University publication series DOCTORAL DISSERTATIONS, 1/2016. Finlândia, 2016. 341 p. ISBN: 978-952-60-6568-7

HITCHCOCK, H. R. and JOHNSON, P. **The International Style: Architecture Since 1922**. New York: W. W. Norton & Company, 1932

JOHNSON, PHILIP. **El Estilo Intenacional: Arquitectura desde 1922**. Murcia: Colegio Oficial de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, 1984.

KÉRÉ, D. F. **Radical Precedents: The Architecture of Francis Kéré**. Munich: Prestel Verlag, 2016

LATORRACA, G. (org.). **João Filgueiras Lima, Lelé**. São Paulo: Editorial Blau / Instituto Lina Bo e P.M. Bardi, 2000

LIMA, JOÃO FILGUEIRAS. **Arquitetura: uma experiência na área da saúde**. São Paulo:

Romano Guerra Editora, 2012. 336 p.

MARQUES, ANDRÉ; LUKIANTCHUKI, MARIELI AZOIA. **Keré e Lelé Aproximações e Distanciamentos: Vitruvius; Arqutexto 264.10**. São Paulo: NAI, 2010. 280 p. ISSN 1809-6298, em <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/22.265/8525>; acessado em 29/06/2022.

MATIAS, CARLOS VASCONCELOS. **Cultura Arquitectónica Identitária: Do Cânone ao Mestiço Contemporâneo: Vitruvius; Dissertação para obtenção do título de mestre na Universidade da Beira Interior - engenharias**. Covilhã, Portugal

MEURS, PAUL; VAN THOOR, MARIE-THERESE. **Zonnestraal Sanatorium: The History and Restoration of a Modern Monument**. Rotterdam: NAI, 2010. 280 p. ISBN 978-90-5662-696-9.

MOLEMA, JAN. **jan duiker**, Barcelona: Gustavo Gili, 1996. 207 p. ISBN 84-252-1520-X

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 1946

UNICEF/WHO. **A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals**. Geneva: World Health Organization. (Documento base para a fundamentação da Atenção Primária à Saúde - APS), 2018