

UNIDADES DE SAÚDE PARA CIDADES DE PEQUENO E MÉDIO PORTE: ESTUDO DE CASO EM ROSÁRIO DA LIMEIRA(MG) E JUIZ DE FORA(MG)

Abdalla, Gustavo; Campello, Mauro; Jesus, Petrônio e Marques, Eder

Resumo

O Trabalho trata das diferenças do projeto arquitetônico de duas unidades de saúde no interior de Minas Gerais (Zona da Mata). Uma unidade se localiza em Rosário da Limeira (4.000 habitantes). Outra unidade está numa região urbana de Juiz de Fora (450.000 habitantes). As duas unidades foram projetadas pelo grupo de estudos de unidades de saúde coletiva da UFJF. São levados em consideração a filosofia do SUS e os aspectos municipais das cidades de pequeno e médio porte e de como esses são determinantes para o programa de necessidades, setorização, fluxos, dimensionamentos e localização das edificações. Como resultado de trabalho, é possível destacar que a norma da ANVISA, a morfologia urbana, e as relações estabelecidas para a equipe de saúde e das secretarias municipais de saúde (orçamento, política, etc.), bem como expectativas da saúde como um todo são importantes para o projeto arquitetônico. Também é relevante a experiência do GAUS introduzindo pequenas inovações.

Abstract

This paper aims to analyse differences between two clinics inland of Minas Gerais State (Zona da Mata), Brazil. The first clinic is in Rosário da Limeira that is a small town with 4.000 inhabitants. The second clinic is in a district of Juiz de Fora that is a city with 450.000 inhabitants. Those architectures were developed by a health architectural studies group of the Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). The focus of the paper is that municipal characteristics should be considered by architectural design of clinic units in SUS and the relationship with local authorities and health community are very important to define program, flows, areas, building sectors and system or technologies and so on. As a conclusion, standards of ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária); urban morphology, functions and characteristics; local authorities (budgets and political relationships) and health secretary expectations were determinants in the building architectural design. Furthermore the experience of the group of UFJF with clinic architecture was very important in designing those clinics.

1 - INTRODUÇÃO

O artigo trata de 2 projetos de unidades de saúde que foram desenvolvidos pelo Grupo de Estudos de Arquitetura e Urbanismo de Unidades de Saúde Coletiva (GAUS) da Universidade Federal de Juiz de Fora, naturalmente em parceria com as Prefeituras Municipais envolvidas. Uma das unidades é projetada para a cidade de Rosário da Limeira (RL, 4.000 hab.), sendo metade da população na zona rural. Sua economia está baseada na produção cafeeira de duas grandes corporações locais. Juiz de Fora (JF) é a localidade da segunda unidade. Esta é uma cidade de porte médio (450.000 hab.) e com forte presença no setor terciário, incluindo-se aí diversos hospitais particulares e públicos de referência para a própria Diretoria Regional de Saúde (DRS) sediada na cidade e, também, para outras DRS. Há que se ressaltar alguns aspectos diferentes entre as duas cidades, apesar de estarem na mesma região do estado (Zona da Mata), suas DRS são distintas, sendo RL subordinada a DRS de Ubá. Outra diferença é a idade das cidades, JF tem 152 anos e RL apenas 5 anos. Quanto a urbanização, JF é densa e sua área urbana é extensa, tanto que a unidade deste estudo se

localiza em uma região chamada Cidade Alta e dista 4 Km do centro. RL é tipicamente uma cidade do interior, onde a densidade deve ser observada se comparada com a área rural, isto é, há poucas ruas, que são o centro, e as edificações são baixas.

Neste diferenciado contexto de trabalho foram projetados unidades inicialmente para serem policlínicas. Mostramos que o desenvolvimento colaborativo do GAUS com as prefeituras municipais e suas respectivas áreas de saúde, acarretaram em diferenças arquitetônicas significativas, que podem ser consideradas importantes para projetos arquitetônicos a serem adequados a cidades de pequeno e médio porte.

2 ARQUITETURAS DE ESTUDO

2.1 POLICLÍNICA DE ROSÁRIO DA LIMEIRA

2.1.1 Características Urbanas e Público Alvo

Projeto desenvolvido em conjunto entre a Secretaria Municipal de Saúde de Rosário da Limeira SMS-RL e a UFJF. Inicialmente, a equipe analisou, entre três possibilidades, o terreno para implantação da policlínica. Não sendo adequadas, uma quarta opção foi sugerida em terreno da igreja católica. A escolha, então, se deu por razões locais, de ordem técnica (sistemas de comunicação e viário, morfologia e infra-estrutura urbana, entre outros), acessibilidade urbana e rural (área central e urbanizada), identidade da população com os serviços municipais atrelados à secretaria de saúde, escolas, APAE, etc., proximidade com a Prefeitura e Câmara Municipal, e viabilidade no tamanho da área (local para construção de aproximadamente 1200 m²).

Encontramos uma população diferenciada daquela que trabalhávamos em Juiz de Fora. Seu caráter agrário, no que trata do emprego (produção cafeeira e núcleos rurais com produção de subsistência), e sua base rural, no que trata da residência (aproximadamente 50% da população), foram elementos fundamentais para projetar. Ainda, além do seu caráter rural, observou-se sua identidade indissociável entre prestação de serviço de saúde e localização geográfica do gabinete do secretário. Acresce a isto, a implantação do Programa Saúde da Família PSF pela SMS-RL. Tudo, levou a formação de um complexo de saúde único, pois devia atender a questões básica, secundária e administrativa no mesmo local.

2.1.2 Memorial Arquitetônico

A forma e concepção da edificação foi norteada por parâmetros não apenas normativos, mais também funcionais, econômicos, estéticos, questões locais de política, infra-estrutura técnica, e de execução da obra. A Policlínica foi projetada para atender às novas exigências normativas do MS-ANVISA (norma 0050-2002), bem como atentamo-nos para as questões de biossegurança preditiva e operativa, ergonomia, normas brasileiras de acessibilidade, custos, entre outras. O projeto foi discutido com a administração, com a equipe de saúde que atende na SMS-RL, com o Prefeito da cidade e na Câmara Municipal com os vereadores em sessão aberta à população local onde, também, estavam os integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS). No âmbito da psico-dinâmica da edificação, o tratamento interior mereceu especial atenção quanto aos materiais, que além de atenderem a questões normativas, integram uma concepção de valorização da vida e dos impactos psicológicos que a edificação pode causar ao indivíduo, sendo adotadas cores suaves, abertura de janelas em todos os

cômodos, fluxos não conflitantes e acessibilidade aos usuários. Particularmente, foram criados alguns ambientes específicos que são ressaltáveis, como o pátio interno, o percurso ao redor da unidade e o salão de refeições, que além de serem funcionais, deviam atender a questões de sociabilidade, estabelecidas pelo Secretário, e saúde, pela equipe de saúde.

2.1.2.1 Projeto Arquitetônico

O projeto visou os usuários (trabalhador da própria unidade, e público), relação com o meio exterior (estética urbana, educação ambiental e acessibilidade) e custos. A arquitetura também teve como um dos princípios a redução do estresse próprio ao trabalho com saúde, através da ambientação interior e exterior do edifício.

Para maior facilidade quanto a funcionalidade do projeto, dividimos a edificação em 9 setores:

(I & II) Recepção e Atendimento Externo: A entrada da unidade para o público em geral está localizada na via principal, contudo há outra entrada na parte posterior do edifício. A espera se dará por um espaço exterior que faz a relação entre a rua e o edifício, com uma varanda, em marquise pergolada. O usuário encontra na sala de espera as atividades do setor de recepção. O setor também dá acesso ao consultório do setor de urgência e ainda ao pátio interno descoberto.

(III & IV) Urgência e Emergência, e Enfermarias de Espera: consultório médico (24h) e duas salas assépticas. Intercalado aos ambientes da urgência estão as enfermarias de espera de vagas em hospitais de referência para a unidade.

(V) Atendimento Interno: Formado para consolidar o PSF, é constituído pela área de atendimento clínico da equipe de saúde e assistência social.

(VI) Apoio Técnico Operacional e ao Trabalho: Área destinada a higienização da unidade, no que trata da assepsia dos ambientes, materiais e utensílios de trabalho. Este setor não pode ser caracterizado em uma única área, pois o subdividimos para melhor atender ao fluxo da unidade e redução de riscos ambientais.

(VII) Atendimento Especializado: Este setor tem como característica sua posição estratégica com recepção e sala de espera próprias.

(VIII) Quarto de Residentes: Setor projetado para receber acadêmicos dentro das normas específicas e visitantes da SMS-RL.

(IX) Secretaria Municipal de Saúde: Desenvolvida com a finalidade de abrigar a estrutura administrativa de saúde do município.

2.2 UNIDADE REGIONAL OESTE DE SAÚDE DE JUIZ DE FORA (URO)

Projeto desenvolvido desde o seu começo em conjunto entre as instituições públicas, Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental DSSDA / Prefeitura de Juiz de Fora PJF e UFJF. O primeiro passo foi a indicação do local para a implantação da URO, ao lado do projeto desenvolvido pelo GAUS para a Unidade de Saúde Bucal (USB). Tal localização norteou esteticamente o projeto, pois no entorno da quadra percebe-se uma grande interatividade entre um e outro edifício.

2.2.1 Características Urbanas e Público Alvo

A área municipal de influência da URO é extensa e complexa. Esta unidade se localiza na região da Cidade Alta, nome dado pela diferença de cota entre sua localização e o centro. A título de observação, a cota da nossa edificação está aproximadamente 200 metros acima da área central (675m). A região é tradicional, pois foi ocupada desde do séc. XIX. Na década de setenta do séc. XX, ocorreu uma transformação significativa na sua urbanização, principalmente pelas implantações de grandes equipamentos urbanos e redefinição do traçado da BR040. Entre os equipamentos importantes na definição de parte do público alvo da unidade estão, o Estádio Municipal, o campus da UFJF e o Parque da Lajinha, além de 3 UBSs. São equipamentos que atraem grandes contingentes de pessoas. No conjunto urbano da região há vários restaurantes, casas de shows e bares noturnos. Especificamente da população residente, bairros antigos e recentes, e ocupações espontâneas, são encontrados. Assim temos as classes alta, média e baixa como possíveis usuários. Tal aspecto da urbanização de entorno da unidade, a faz diferente, em termos de público alvo em relação a outras unidades regionais da cidade, que possuem outras características de equipamentos urbanos. nox com cuba

2.2.2 Memorial e Projeto Arquitetônico

No que tange ao lote, há que se ressaltar sua boa localização, considerando-se a abertura futura de uma via principal (Via São Pedro), que viabilizará o acesso à BR040. A URO, tal em RL, foi projetada com os mesmos critérios conceituais, técnicos e normativos, e discutida com profissionais de saúde e administração. Conforme RL, adotou-se os mesmos critérios de projeto, porém dividido em 5 setores:

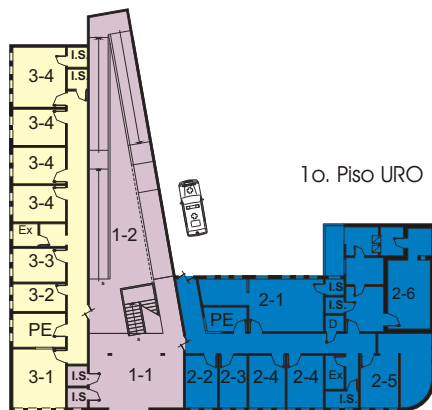
(I) Recepção: A espera do público em geral se dará pelo espaço interior à rampa de acesso ao segundo piso, conformando uma área diferenciada e calma, visto que será iluminada de forma zenital e será rodeada pelo movimento arquitetônico da rampa.

(II) Urgência

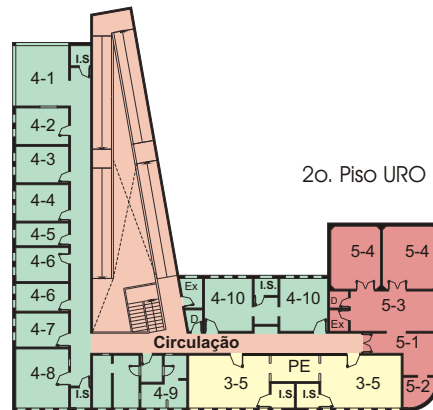
(III) Atendimento Interno: Formado pela área de atendimento clínico da equipe de saúde e assistência social, e pelo atendimento de urgência da enfermaria de observação com apoio profissional.

(IV) Apoio Técnico Operacional e ao Trabalho: Área destinada a higienização da unidade, no que trata da assepsia dos ambientes, materiais e utensílios de trabalho, bem como fluxos de materiais, pessoal e dejetos. Também há áreas destinadas ao conforto e desconcentração do trabalhador. Este setor não pode ser caracterizado em uma única área, pois o subdividimos para melhor atender ao fluxo da unidade e redução de riscos ambientais.

(V) Sala de atendimento especial e sala cirúrgica: As salas cirúrgicas possuem um pequeno complexo associadas a elas. O setor é isolado porém sem os rigores de um centro cirúrgico hospitalar de maior porte.



1o. Piso URO



2o. Piso URO

UNIDADE REGIONAL OESTE

1- Setor de Recepção

- 1-1 Recepção
- 1-2 Espera

2- Setor de Urgência

- 2-1 TRO
- 2-2 Curativos
- 2-3 Medicação
- 2-4 Consultórios de traumatologia
- 2-5 Sala de gesso
- 2-6 Raio-X

3- Setor de Atendimento Interno

- 3-1 Enfermaria de observação
- 3-2 Sala de Prescrição
- 3-3 Assistente social
- 3-4 Consultórios
- 3-5 Enfermarias

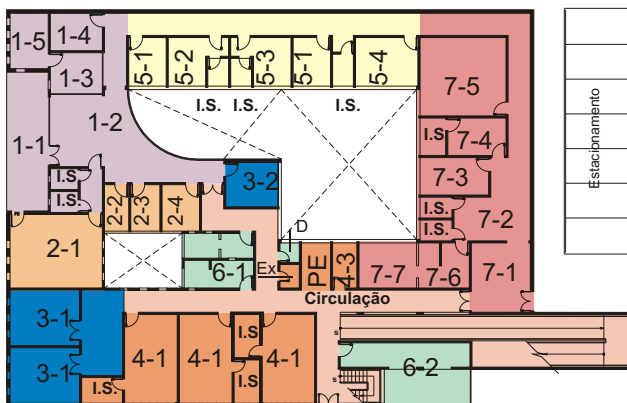
4-Setor de Apoio Técnico Operacional e ao Trabalho

- 4-1 Refeitório
- 4-2 Cozinha
- 4-3 Sala de descanso da equipe
- 4-4 Sala de Reuniões
- 4-5 Almoarifado geral
- 4-6 Vestiários

- 4-7 Administração
- 4-8 Farmácia
- 4-9 Central de esterilização
- 4-10 Quarto dos plantonistas

5-Setor de Atendimento Especial e Sala Cirúrgica

- 5-1 Consultório médico
 - 5-2 Prescrição
 - 5-3 Área de escovação
 - 5-4 Salas Assépticas
- Observações:
 I.S. - Instalações Sanitárias
 P.E - Posto de enfermagem
 Ex - Expurgo
 D - Depósito de material de limpeza



1o. Piso Policlínica de Rosário da Limeira

POLICLÍNICA DE ROSÁRIO DA LIMEIRA

1- Setor de Recepção

- 1-1 Entrada principal
- 1-2 Espera
- 1-3 Recepção
- 1-4 SGC
- 1-5 Farmácia

2- Setor de Atendimento Externo

- 2-1 Sala de reuniões
- 2-2 Nebulização
- 2-3 Vacina
- 2-4 Curativo

3- Setor de Urgência

- 3-1 Salas assépticas
- 3-2 Consultório 24h

4-Setor de Enfermarias de Espera

- 4-1 Enfermarias de espera
- 4-2 Posto de enfermagem
- 4-3 Prescrição

5-Setor de Atendimento Interno

- 5-1 Consultórios da equipe de saúde
- 5-2 Consultório ginecológico
- 5-3 Consultório pediátrico
- 5-4 Consultório odontológico

6- Setor de Apoio Técnico Operacional e ao Trabalho

- 6-1 Central de esterilização
- 6-2 Lavanderia
- 6-3 Vestiários
- 6-4 Despensa
- 6-5 Cozinha
- 6-6 Lavagem de utensílios
- 6-7 Refeitório
- 6-8 Estar

7- Setor de Atendimento Especializado

- 7-1 Recepção
- 7-2 Sala de espera
- 7-3 Ultra-sonografia
- 7-4 Endoscopia
- 7-5 Fisioterapia
- 7-6 Sala de coleta
- 7-7 Laboratório geral de análise clínica

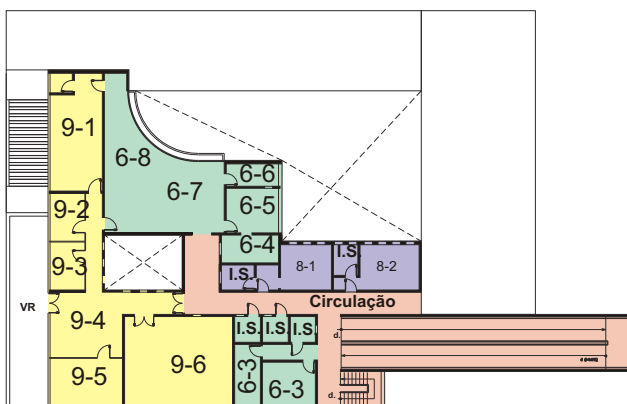
8- Quarto dos Residentes

- 8-1 Quarto 1
- 8-2 Quarto 2

9- Secretaria Municipal de Saúde

- 9-1 Gabinete do Secretário
- 9-2 Vigilância Sanitária/Epidemiologia/PSF
- 9-3 Gerência Operacional
- 9-4 Recepção e Secretaria
- 9-5 Sala de reuniões
- 9-6 Almoarifado geral

Observações:
 I.S. - Instalações sanitárias
 PE - Posto de enfermagem
 Ex - Expurgo
 D - Depósito de Material de Limpeza
 VR - Varanda



2o. Piso Policlínica de Rosário da Limeira

3 ANÁLISE DAS DIFERENÇAS

Há diferenças significativas entre a setorização da unidade de RL e de JF, tanto pelo que trata dos aspectos ligados ao nível de atendimento, quanto das diferenças em relação à referências e contra-referências que elas possuem. Neste sentido os projetos são orientados pela política de estruturação das diretorias regionais de saúde, num âmbito local, e pela política de saúde coletiva no âmbito nacional. Esta situação imposta pelas estratégias de saúde coletiva, associadas às necessidades políticas das autoridades municipais, que interferem no contexto indicando limites (viabilidades) e interesses coletivos gerais (políticos e de agentes organizados ou não da sociedade), o que acarretaram importantes diretrizes de trabalho.

Além deste contexto local, a experiência em trabalho com outras unidades de saúde pelo GAUS, é fator determinante nas arquiteturas das unidades de saúde. Tal experiência difere do simples ato de projetar arquitetonicamente sob a solicitação de um cliente, pois está diretamente vinculada à construção conjunta de um programa que atenda as necessidades, atuais e futuras, políticas municipais e nacionais, e sociais, das secretarias municipais de saúde.

Especificamente, nos dois projetos deste artigo, a leitura da setorização das arquiteturas mostra as diferenças relacionadas aos âmbitos de uma cidade de pequeno porte (RL), com interesse em estabelecer uma unidade de atendimento primário, secundário e terciário (explicitado pelas autoridades políticas em construir um hospital municipal), e de uma cidade de médio porte (JF), que estrutura hierarquicamente suas unidades de saúde para atendimentos especializados, estrategicamente territorializados no âmbito dos três níveis de atendimento do SUS e, a cidade, serve de referência regional para mais de 180 cidades em vários tipos de serviços de saúde. Assim, em RL projetou-se 9 setores que atendem ao PSF, a especialidades de interesse local, a urgências e a própria administração SMS-RL. Em JF, há outra dinâmica na setorização. São 5 setores que atendem exclusivamente à questões de urgência e emergência. Nota-se nos programas das unidades uma direta relação com o atendimento de demanda. Exemplificando, RL requereu uma sala de fisioterapia, dado as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores rurais. Também as enfermarias de espera se enquadram nesta demanda, dado, por um lado, a solicitação de conforto aos pacientes, por outro lado, a idealização de se ter um hospital local. Ainda, há que se ressaltar o programa de necessidades administrativas incluído na unidade, por questões político - administrativas e funcionais. Em JF a demanda é estabelecida pela administração central, e determinada estatisticamente. A estratégia de atendimento é politicamente regionalizada e especializada. A construção, então, segue duas características, o atendimento à demanda de serviços, que define o programa de necessidades, dentro de uma ótica especialista, e a demanda política geral, em função das articulações da PJF com a sociedade organizada do município.

Nos dois projetos, é possível identificar uma lógica de fluxos de atividades. Este aspecto funcional da unidade é determinante na organização espacial da mesma. Além da setorização acima analisada, no âmbito inter-setorial e intra-setorial há uma relação de transporte e cargas de trabalho. Por exemplo, no âmbito inter-setorial, é constante em nossos projetos a localização do curativo ao lado do expurgo, isto é, há um fluxo direto entre estes dois ambientes que são setorialmente distintos, fato este, que se dá por razões de

3 biossegurança. No âmbito intra-setorial, em RL, pode-se observar a entrada independente para o setor de diagnóstico e fisioterapia, que não conflita o trânsito de usuários dos demais setores, dado a maciça presença de pessoas para coleta e diagnósticos com horários marcados, o que atrapalharia a recepção geral e funcionamento das outras atividades. Em JF, da mesma forma, ocorre uma distinção de fluxos para entrada de serviços, como pode ser observado na entrada específica para pacientes de urgência que chegam por ambulância diretamente ao setor.

Internamente, a arquitetura das duas unidades têm características próprias, determinadas pelas funções dos serviços. Assim, na sala de curativos foram projetados dois ambientes distintos, por várias razões, tais como: ergonomia, conforto (odorífero, visual, lumínico e ambiental geral), fluxo de lixo e necessidade de apoio a outros serviços (eventuais coletas, óbitos, etc.). Neste contexto, um ambiente se destina à área de maca e apoio, para procedimentos gerais de curativos nas partes superiores do corpo e uma área de tanque, para procedimentos gerais de curativos nas partes inferiores.

No que trata da inserção urbana das unidades alguns aspectos são invariavelmente considerados. Para caracterização da área de influência, a localização e sua acessibilidade pela população é o principal fator no âmbito do trabalho do arquiteto, pois visa atender ao maior número de usuários possíveis sem barreiras, dado a constatação de que a morfologia da cidade é determinante na acessibilidade e caracterização da população atendida e resolutividade da unidade (Abdalla, et.all).

No que trata de RL, sua inserção levou em consideração a centralidade da área urbanizada da cidade, por razões de identidade da população com os serviços municipais, por acessibilidade pelos transportes coletivos e estradas vicinais e por proximidade com os demais serviços urbanos. Por exemplo a escolha do terreno da unidade considerou a proximidade com a Prefeitura, com a Câmara, com a Polícia Militar e os Correios, bem como com a APAE, com a escola municipal e estadual e a localização das igrejas da cidade, além da proximidade com a praça onde está o ponto final das linhas de transporte coletivos. Naturalmente, a urbanização da área, ainda precária deverá ser considerada para a construção da unidade, pois a pavimentação urbana, visando a acessibilidade por portadores de necessidades especiais, é um dos fatores diretamente relacionados à satisfação do usuário.

Em JF, diferente de RL, apesar da utilização dos mesmos parâmetros, não ocorreu a preocupação com a localização da mesma forma. A unidade foi estrategicamente pensada, tal qual em RL. Dois níveis de acessibilidade urbana foram considerados. O primeiro, o planejamento urbano da cidade, se refere à região urbana (Cidade Alta). O segundo, a centralidade na região, a qual está na área limítrofe de quatro bairros. Também, levou-se em consideração a preocupação com os equipamentos urbanos existentes, como o Estádio Municipal (30.000 pessoas), o Parque da Lajinha e o *campus* da UFJF.

4 CONCLUSÃO

Após as análises das unidades, apesar de observarmos a interferência de fatores nacionais de organização do sistema e locais de política e sociedade, é evidente as diferenças projetuais das arquiteturas para cidades de pequeno e cidades de médio porte. Assim, buscamos com este trabalho construir indicadores, como ferramentas úteis para a identificação das questões prioritárias da arquitetura de unidades de saúde, servindo tanto como subsídio para

formulação das políticas de saúde coletiva em âmbito municipal, quanto, para o desenvolvimento dos projetos arquitetônicos

5 BIBLIOGRAFIA

ABDALLA, Gustavo; JESUS, Petrônio B. R. de; MARTINS, Terezinha Barra M. Aspectos locacionais urbanos de unidades básicas de saúde para atendimento à saúde da família. In: Anais: VIII ENTAC, Foz do Iguaçu, ANTAC, 2002

PAIM, J.S. A reforma Sanitarista e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUARYROL, Maria Z. e ALMEIODA FILHO, Naomar. Epidemiologia e Saúde, s.l., Medsi, 1999 (A)

_____. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: MENDES, R. Vilaça (org.). Distrito Sanitário, Hucitec/Abrasco, 1999 (B)

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica de Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990(a).

_____. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 1998.

_____. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998(b)

BRASIL. Constituição, 1988. Brasília, Senado Federal/ Centro Gráfico, 1988.

JUIZ DE FORA. Plano Diretor. Juiz de Fora: PJF, 2000.

_____. Decreto nº 5773, de 12 de setembro de 1996. Juiz de Fora, PJF, 1996.

_____. Sec. Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 1997.

_____. Sec. Municipal de Saúde. IIIª Conferência Municipal de Saúde. 2000. (Relatório).

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL, Fundamentos da Saúde. Rio de Janeiro, SENAC, 1999.