

Análise e representação em contextos diversos: projeto, técnica e gestão do ambiente construído

Arquitetura para equipamentos públicos e as redes em Saúde

ABDALLA, José Gustavo Francis (1); BORGES, Marcos Martins (2) & OLIVEIRA, Juliana Simili de (3)

(1) Arquiteto e Urbanista, Doutor em Engenharia de Produção e Professor na Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

(2) Arquiteto e Urbanista, Doutor em Engenharia de Produção e Professor na Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

(3) Arquiteta e Urbanista, Mestranda em Ambiente Construído na Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

Resumo

A arquitetura para estabelecimentos assistenciais de saúde não é uma tipologia recente das edificações. Esta finalidade das construções arquitetônicas ocorre historicamente desde a antiguidade até nossos dias, naturalmente guardada as diferenças temporais e conceituais. O objetivo é mostrar o estabelecimento assistencial de saúde numa abordagem contemporânea e que ele está vinculado em rede física aos conhecimentos e à sociedade técnico-científica e urbana, tendo como observação particular a sociedade brasileira e sua forma de planejamento físico territorial.

Apresenta-se a lógica da estrutura física dos equipamentos públicos que dão condições de funcionamento para o modelo brasileiro na saúde pública e coletiva, tendo as bases deste modelo trabalhadas por meio de um controle epidemiológico das populações, calcados em análises territoriais e incluindo-se as características geopolíticas das localidades. Em particular, vai se analisar a formação brasileira da rede de equipamentos públicos de interesse social pela sua parte físico-arquitetônica e urbanística para a assistência à saúde em Minas Gerais.

Neste aspecto, considera-se que infra-estrutura física em saúde e aí sua arquitetura só tem sentido quando houver a representatividade desejada para análise da complexidade do sistema público de saúde, que, quando não existe, ela fica

comprometida pela não construção de uma rede assistencial. Sob outro aspecto, aponta-se para a rede ser interdependente dos diversos ambientes intra-urbano, os quais podem contribuir para a avaliação demandas para ampliação da qualidade de vida e inclusão social das populações. Dessa forma, a arquitetura não está unicamente atrelada às suas características funcionais que atendem às questões específicas da edificação, mas também pela sua relação estruturante para a estratégia política municipal e regional na saúde, isto é, minimamente, localização e distribuição na cidade, área de abrangência e influência e função do equipamento na política de saúde coletiva.

Palavras-chave: Arquitetura; Saúde; Redes Urbanas.

Abstract

The architecture for healthcare facilities is not a new type of buildings. This purpose of architectural constructions occurs historically from antiquity to our days, of course saved the temporal and conceptual differences. The goal is to show the healthcare facility in a contemporary approach and it is linked in the physical network the knowledge and technical-scientific society and urban, with the particular observation of Brazilian society and its territorial form of physical planning.

It is presented here the logic of the physical structure of public facilities that provide operating conditions for the Brazilian model for public health and the collective, having worked on the basis of this model through an epidemiological control population, that are based on territorial analysis and including the geopolitical characteristics of the localities. In particular, the text analyzes the formation of the public Brazilian facilities of social interest network on their share of physical and architectural and urban planning for healthcare in Minas Gerais.

In this respect, it is considered that the physical infrastructure in health and architecture there is meaningful only when the desired representation for analyzing the complexity of the public health system, that when there is, it is compromised by not building a network care. On another point to be interdependent network of various intra-urban environments, which may contribute to the assessment demands to increase the quality of life and social inclusion of people. Thus, the architecture is not solely linked to its functional characteristics that meet the specific issues of building,

but also by its structural relation to the municipal and regional policy strategy on health, that is, minimally, location and distribution in the city area scope and influence and function of the equipment in health policy conference.

Keywords: Architecture; Healthcare; Urban Networks.

1 INTRODUÇÃO

Os espaços contemporâneos da saúde apontam para um novo desenho, baseado na relação mais humana com o usuário, em que todos os envolvidos no processo de produção da saúde passam a ser valorizados durante a concepção arquitetônica do edifício. Entretanto, a arquitetura para estabelecimentos assistenciais de saúde, não é uma tipologia recente das edificações. Construções arquitetônicas com esta finalidade historicamente ocorrem desde a antiguidade até nossos dias (MIQUELIN, 1992), naturalmente guardada as diferenças temporais e conceituais.

Este artigo visa mostrar como o estabelecimento assistencial de saúde tem função e abordagem contemporânea vinculada aos, por um lado, conhecimentos atuais, isto é, a evolução técnico-científica e microbiológica em saúde e, por outro lado, à sociedade urbanizada. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a oferta de tecnologias e dispositivos que colaboram para a configuração e fortalecimento de redes de saúde indica que os estabelecimentos terão novos arranjos e projetos sustentáveis, envolvendo as necessidades dos usuários externos e internos, isto é, pacientes, trabalhadores e gestores, além de fomentar a participação efetiva da população nas decisões do funcionamento da saúde, inclusive de sua arquitetura e urbanismo. Em particular, vai se trabalhar com a sociedade brasileira e sua forma de planejamento físico territorial.

Quer se apresentar a lógica de distribuição espacial, regional e municipal, da estrutura física dos equipamentos públicos para dar condições ao funcionamento do modelo brasileiro na saúde pública e coletiva. As bases deste modelo são trabalhadas por meio de um controle epidemiológico das populações, calcados em análises territoriais e incluindo-se as características geopolíticas das localidades, nas quais se moldam as redes assistenciais, mais ainda, observados aspectos normativos, onde até

se impõem parâmetros do conteúdo programático-funcional dos edifícios da rede assistencial de caráter público, governamental ou não.

Em particular, vai se analisar a formação brasileira da rede de equipamentos públicos de interesse social pela sua parte físico-arquitetônica e urbanística para a assistência à saúde. É imprescindível que os usuários do ambiente de saúde – antes de tudo, cidadãos – vejam no espaço em que vivem, moram, transitam e trabalham, enfim, no qual existem, o espaço de efetivação de suas possibilidades e da sua existência (SANTANA, 2000). Entendendo que tais arquiteturas vêm como instrumento qualificado no sentido de viabilizar a Constituição no que se refere à prestação do serviço oficial e inclusão social. Mais precisamente vai se fixar ao Estado de Minas Gerais e, nele, à cidade de Juiz de Fora. Tal precisão geográfica não impede de analisar esta situação nacional e de forma que se torne generalizável, dado que o problema é de ordem atópica, pois se entende que o seu caráter é humano. Certamente, haverá componentes específicos relacionados à política, gestão e participação local, mas que para o caso deste artigo não serão de maior influência e, ou, serão exceções que podem confirmar a regra, isto é, não se tornam aspectos para invalidar as considerações que aqui se fizerem. Pelo contrário, em muito se permitirá observar a eficiência do plano macro, ou seja, o rebatimento do que se propõe ao nível regional e nacional no nível local.

As edificações e suas arquiteturas, então, serão elementos para se observar o planejamento no espaço municipal e a inclusão social em saúde no que se refere à equidade na assistência, por meio da distribuição, através de análises da abrangência e influência do território nos sistema público de saúde na cidade. Neste contexto, ao invés de se ver o estabelecimento como uma peça isolada, que, assim sendo, não apresentaria importância desejada para a investigação deste trabalho, vai se vê-lo como uma rede interconectada, representativa e voltada para um coletivo, porém com cada edificação tendo um papel próprio, individual e local ou regional, e uma função estrutural para a rede assistencial pública em saúde. Neste caso, caberia a tais arquiteturas estabelecer ao espaço, no âmbito da cidade e não só do ambiente por ela construído para sua função interior, o caráter de lugar, criando ou reforçando uma interação entre os indivíduos e o ambiente, como também promovendo a relação entre poder público e sociedade e, no que concerne especificamente à edificação, entre a arquitetura e a cidade.

Neste aspecto, observa-se duas hipóteses. Uma, é que hoje em dia infraestrutura física em saúde só tem sentido quando houver a representatividade desejada para análise da complexidade do sistema público e coletivo em saúde, que, quando não existe, ela fica comprometida pela não construção funcional de uma rede assistencial. A segunda hipótese é de que a rede pública e coletiva é interdependente dos planejamentos intra-urbano. Isso ocorre tanto nos serviços prestados, com sua função própria e de natureza técnico-operacional para as atividades fins, quanto na vinculação da organização dos serviços, por ao menos duas características, que são na hierarquia e abrangência no e do sistema, respectivamente. Conjuntamente, então, podem contribuir para a avaliação da qualidade de vida e inclusão social das populações, já que, segundo BORJA (2001), o espaço público, em princípio, é onde as pessoas vão, onde elas se encontram. Dessa forma, a arquitetura não será avaliada exclusivamente pelas suas características funcionais e específicas da edificação, mas também pela sua relação estruturante para a estratégia política municipal e regional na saúde, onde, minimamente, estão localização e distribuição na cidade, área de abrangência e influência e função do estabelecimento assistencial de saúde (EAS) na política e seus programas de saúde coletiva; também na sua hierarquia assistencial e mesmo sua organização espacial interior para o exercício das atividades profissionais que, nestes casos, são de caráter coletivo universal.

Ressalta-se que a análise deste artigo é qualitativa, onde os elementos quantitativos levantados colaboram secundariamente para as conclusões.

2 CONCEITOS NO CONTEXTO DA SAÚDE BRASILEIRA

Para viabilizar a observação, se trata as funções das arquiteturas em saúde com a divisão dada para a política brasileira nesta questão. Assim, são três agrupamentos de equipamentos, numa visão macro da abordagem, para classificar atualmente estas arquiteturas, quais sejam: estabelecimentos assistenciais de saúde para atenção aos níveis primário, secundário e terciário. A rede da infra-estrutura física da saúde será, então, investigada por segmentos de atenção em meio ao planejamento territorial que é dado por distritos sanitários.

Os distritos são vistos sob dois aspectos, o primeiro, pela regionalização da saúde no mapa geopolítico nacional e, depois, pela regionalização intra-municipal. No

primeiro aspecto, já reportando ao que ocorre no Estado de Minas Gerais, está a divisão regional da saúde em regiões sanitárias compostas por municípios sede de macro-regiões, micro-regiões e sedes municipais. No segundo aspecto, também observando o caso da cidade de Juiz de Fora, MG, está o mapa da divisão regional dos distritos sanitários do município. São buscados fatores que levam ao posicionamento de tais obras no espaço intra-municipal, tais como, demandas sociais, morfologia da cidade e políticas assistenciais, entre outros.

Para se entender a rede física da saúde no Brasil, há que se partir da compreensão do que ocorreu com o Estado a partir da promulgação da constituição de 1988. Desde então, e até mesmo antes, está em curso uma reestruturação conceitual e na organização institucional de saúde (MENDES, 2008). Conceitualmente tratando, os aspectos constitucionais propostos pela carta magna brasileira apontam para um sistema universal, onde é dever do estado de abrangê-lo a todos os cidadãos residentes brasileiros. Como preceitos estão: a equidade e integralidade da assistência, a hierarquização, a descentralização e o controle social. O instrumento organizacional indicado para gerir a assistência em saúde brasileira é a constituição de um sistema único para a saúde no território nacional. Foi constituído para tal o Sistema Único de Saúde – SUS. Como vertente na conformação da estrutura funcional da saúde está proposta a inversão do acesso à porta de entrada ao sistema, que busca ser dada pela atenção primária, ao invés do modelo hegemônico anterior que propunha ser hospitalocêntrico. Em tese, pode-se apontar que a nova política de saúde quer inverter esse modelo baseado doença-cura para um modelo baseado no sistema de saúde-prevenção. Neste contexto, o processo saúde-doença passa a ser entendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de diversos fatores. Com sua noção ampliada, a saúde passa a ser afirmada como direito, sendo proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas (BRASIL, 2009). Para tanto, também se entende, nesta nova abordagem, que a saúde é um conjunto de fatores de bem estar físico, mental e social, conforme coloca a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aqui retirados da Oitava Conferência Nacional de Saúde.

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela

população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987)

Contudo, a nova proposta ainda não é totalmente praticada. Por exemplo, na cidade do estudo, há várias unidades ditas “tradicionais”, que estão em dissonância com o modelo proposto, isto é, são unidades que têm atendimentos conforme o modelo anterior, onde há especialidades médicas e não se prioriza a ação preventiva. Na prática são unidades que não atendem ao Programa Saúde da Família (PSF), que é o programa estratégico do Ministério da Saúde para promover a inversão do sistema. Por este último aspecto, trabalha-se neste artigo com a premissa que estamos vivenciando uma mudança de processo confirmado socialmente a partir de 1988, mas ainda não concluído na sua totalidade. Portanto, sujeito a alterações de percurso.

“... O centro da atenção, ao longo da nossa história, tem sido a doença como ela se apresenta no momento da consulta. Ela é o foco da atenção do profissional de saúde, do sistema de informação, dos procedimentos terapêuticos mais preconizados, da proposta hospitalocêntrica de organização dos serviços e, até para tentar ser assimilado pelo sistema, do discurso do próprio usuário. Reagindo a esta postura hegemônica nos serviços, alguns grupos comprometidos com as propostas da Reforma Sanitária começam a advogar a necessidade de, assumindo esta visão mais ampla de saúde, buscar uma assistência integral, recolocando o foco da atenção no processo saúde-doença e em quem o vivencia.” (FURTADO e TANAKA, 1998)

Nota-se que para que haja o processo de produção da saúde é preciso que se inclua a humanização, gerando uma situação colaborativa entre usuários e o ambiente construído, a fim de alterar o ato de “cuidar” através da mudança no ver o outro e também na maneira de vivenciar o ambiente, seja ele arquitetônico ou urbanístico.

Retomando alguns conceitos dos parágrafos anteriores, entende-se por equidade e integralidades a oferta de serviço em todos os níveis de atenção em boa qualidade e igualdade de atenção dos serviços, porém conforme as necessidades específicas de cada população alvo e cidadãos, no entanto sem diferenças técnico-tecnológicas na assistência em saúde. A hierarquização compreende a prestação do serviço organizada conforme o nível assistencial primário, secundário e terciário, onde,

em linhas gerais: no primeiro caso estão as assistências preventivas e básicas das populações; no segundo caso está o nível especializado ambulatorial, terapêutico, de exames e técnico da saúde e, no terceiro caso, os atendimentos hospitalares, de urgência e emergência. Por descentralização entende-se que, tanto na gestão, quanto na prestação dos serviços em saúde, a assistência e os serviços não são caracterizados por uma decisão independente das comunidades e organizações regionais e municipais. O controle social é colocado para apontar a necessidade de que cada decisão de gestão tenha o aval ou não da sociedade organizada, que poderá, assim, influenciar diretamente no processo de gestão e prestação do serviço em saúde no território nacional.

3 REDE EM SAÚDE: ESTUDO EM JUIZ DE FORA

A rede assistencial da saúde é fundamentada pelo Ministério da Saúde através da obrigatoriedade dos Estados e Distrito Federal de elaborarem um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde, que atenda às Normas Operacionais da Assistência na Saúde do Sistema Único de Saúde (NOAS-SUS). A regionalização da saúde como um dos instrumentos legais da administração pública utilizados para promover e organizar os preceitos constitucionais da saúde e consolidar o SUS tem, entre seus objetivos estratégicos, a hierarquização e fluxo do cidadão nos serviços de saúde com foco na descentralização e municipalização da gestão. Está calcado na configuração sanitária de territórios político-administrativos (Mendes, 1999) que, por um lado, busca viabilizar o acesso do cidadão à assistência em saúde e, por outro, em estabelecer fluxos que viabilizem o planejamento da gestão e hierarquização do sistema nos moldes constitucionais (Mendes, *op.cit.*). Contudo, não é obrigatoriamente atrelado ao planejamento administrativo dos Estados e Municípios, pois trabalham questões características do interesse das populações no que trata do controle prioritariamente da saúde coletiva, tais como características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Estruturalmente, estão obrigados, pela norma a propor a divisão territorial dos estados em macro-regiões, micro-regiões e, como menor célula as unidades territoriais municipais.

Como crítica a este modelo, surge a rígida estruturação geográfica, onde

populações ficam aprisionadas aos territórios, perdendo, com isso, flexibilidade de fluxos de referências e contra-referências da assistência e, assim de acessos aos serviços (Gil *et. al.*, 2006). Aspecto observável, por exemplo, nas bordas estaduais, onde existem regiões de influência do município qualificado para ser macro-regional nas unidades territoriais (cidades) não pertencentes ao estado da regionalização (STEPHAN-SOUZA *et. al.*, 2007).



Fig. 1 - Macrorregiões do PDR-MG. Fonte: SES-MG

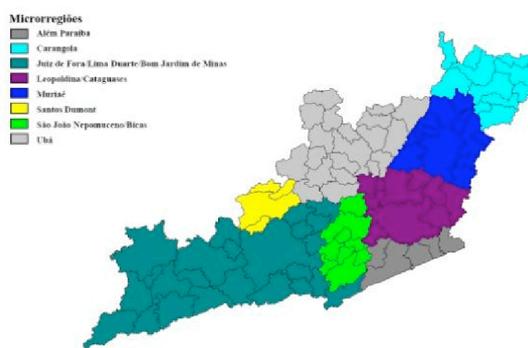


Fig. 2 - Microrregiões da Macrorregião Sudeste PDR-MG. Fonte: SES-MG

No espaço intra-municipal, situação similar pode ser observada na caracterização das populações das áreas adstritas das unidades primárias de assistência da saúde (UAPS) e mesmo, pela não inclusão de grupos sociais que não são vinculados a algum território, como pode ser apontada para os moradores de rua e pessoas com problemas de saúde mental.

Para entender mais especificamente o método nacional de como se desenvolve esta rede, utiliza-se neste artigo como estudo de caso a cidade de Juiz de Fora, que é uma cidade de médio porte, com aproximadamente 600 mil habitantes, localizada no sudeste de Minas Gerais e a 180 km do Rio de Janeiro e 300 km de Belo Horizonte. É uma região montanhosa, onde tem sua ocupação urbana ao longo do vale do Rio Paraibuna. Para o Estado, ela é cede de uma das treze (13) macrorregiões e sua própria macrorregião conta com oito (8) microrregiões das setenta e cinco (75) desenhadas no mapa da territorialização da saúde no PDR-MG (SES-MG, 2010).

O município está dividido em oito regiões administrativas e doze regiões sanitárias, onde estão oitenta e uma regiões urbanas que correspondem igualmente às regiões censitárias. Tal estrutura de saúde no município se deu por meio de um

estudo que ajustasse o mapa censitário do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os mapas da fome e de riscos sócio-ambientais em saúde e a morfologia urbana do município (Martins, 2000).

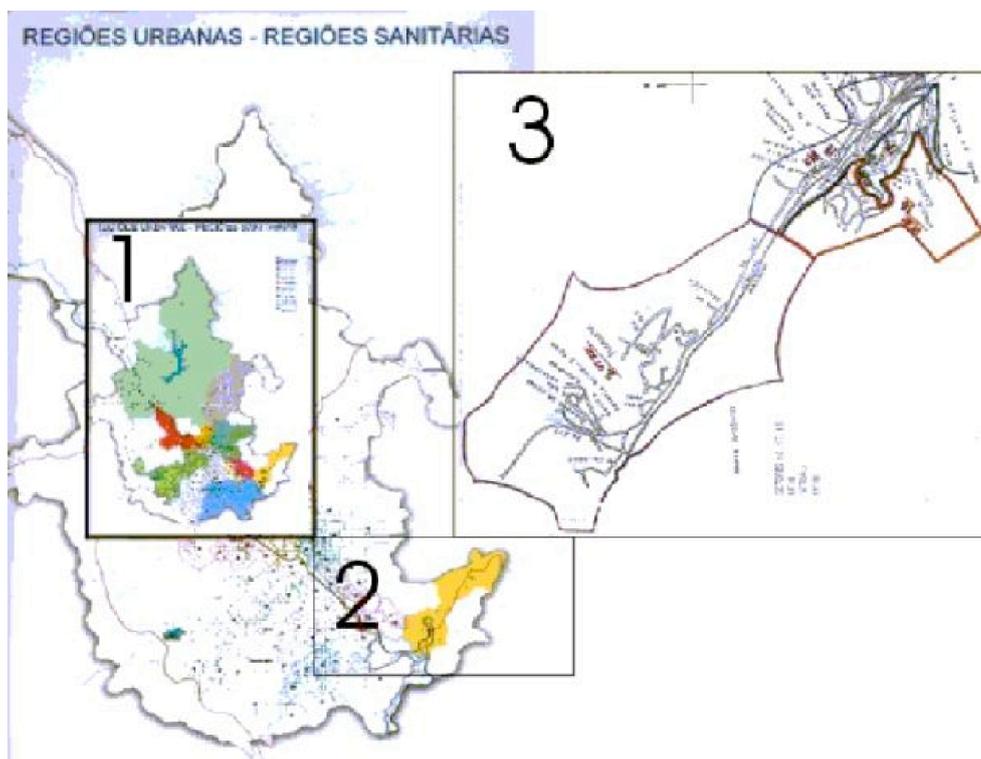


Fig. 3 – (1) divisão territorial das regiões sanitárias em Juiz de Fora; (2) Região Sanitária 1 –RS1 (3) Área de abrangência das equipes de saúde para o PSF na RS1.

(fonte: Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora)

4 ARQUITETURA COMO EQUIPAMENTO DA REDE EM SAÚDE E O PLANEJAMENTO DAS CIDADES.

No século XIX a arquitetura ganha um status diferenciado para o processo em saúde, pois foi considerada mais que um meio de infra-estrutura para os serviços de saúde. Segundo MIQUELIN (1992), há cerca de 150 anos, a conjugação das descobertas e avanços da medicina tem transformado a imagem dos edifícios hospitalares, passando esta a ser cada vez mais vinculada com a recuperação ou melhoria das condições de saúde. As descobertas do final do século XIX passaram a transformar as atitudes e conceitos do planejamento hospitalar, uma vez que os meios

de diagnóstico e tratamento se tornam cada vez mais complexos. Assim, a organização e ambientação das edificações de saúde, então, equivaleriam a um procedimento técnico por si só (Foucault, 2001). Neste aspecto, cabe notar que a saúde tinha uma abordagem diferente da atual, sendo a edificação observada num contexto imediato e funcional, isto é, na assistência à cura de um enfermo.

“A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura do mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. Esta é a primeira característica da transformação do hospital no final do século XVIII.” (Foucault, 2001).

No modelo atual, ainda pode ser notado o aspecto disciplinador da arquitetura quando vistas normas e portarias oficiais que tratam de seus conteúdos para construções, como: a RDC050 (BRASIL/ANVISA, 2004); a portaria para construção de unidades assistenciais de atenção primária (UAPS) do Estado de Minas Gerais (Portaria 1797/2009 SES-MG) e a portaria 1020/2009 do Ministério da Saúde (MS), que trata dos modelos de unidades de pronto atendimento (UPA) financiados pelo Governo Federal, entre outras. Contudo, para a realidade brasileira, não parece ser este um dos aspectos mais importantes a serem observados, não que não tenham pertinência e devam ser desconsiderado, mas que institucionalmente tratando, o equipamento público, visto como tal, é um elemento conectado em rede entre si, com outros pares de um mesmo nível, e entre diferentes níveis, principalmente pelo tipo assistencial designado para as atenções primária, secundária e terciária.

Em uma análise ao modelo assistencial atual no Brasil, é evidenciado que a saúde trabalha em redes assistenciais. Por exemplo, pode-se apontar o Programa Saúde da Família (PSF), que é estratégico para o atual modelo e que está calcado em bases territoriais municipais, onde o EAS não aparece isolado, nem dissociado da macro-política nacional, macroregional, microregional e mesmo local. Graficamente isto é demonstrável pelo conjunto das figuras um dois e três aqui expostas. O mesmo ocorre na atenção secundária e terciária, tal é o Programa de Nacional de Urgências e Emergências do MS, como a construção de uma UPA ou, noutro caso, uma base física para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

A infra-estrutura do equipamento de saúde, nestes casos, é meramente observada como área física e seu aspecto funcional interior não é prioritário num primeiro momento, sendo colocado para uma outra instância de desenvolvimento do

projeto do próprio equipamento. A presença da arquitetura, porém, serve como ponto de referência para territórios intra-urbanos, ou seja, espaço exterior, onde ela será fisicamente, mas de forma atópica, computada no desenho da cidade. Assim, uma UPA, como um exemplo, é permitida, ou não, onde as características municipais geográficas e populacionais são relevantes para o Estado e Governo Federal. Entendem-se relevantes como passíveis de se integrarem ao macro-planejamento institucional (PDR e outros).

Tomando a UPA em Juiz de Fora para explicitar a formação das redes pontuadas pelos equipamentos urbanos e suas arquiteturas, a cidade, dentro do macro-planejamento exposto pela portaria do MS, conseguiu a aprovação para três unidades assistenciais tipo III. A orientação da Secretaria de Saúde do município, então, foi instalá-las em áreas territorialmente distintas, visando total abrangência da área urbana. Assim sendo, uma delas foi colocada para atender à região sul, a outra para a região norte e a terceira para a região denominada “cidade alta”. Elas são interligadas, por um lado, com as redes de unidades da atenção primária em saúde (UAPS) e, pelo outro lado, com o serviço hospitalar, principalmente o Hospital de Pronto Socorro (HPS), que pertence ao próprio município. Desta forma, configuram um quadro assistencial de conexão transversal entre diferentes redes assistenciais. Tal mobilidade da assistência é prevista pelo protocolo de acesso e de permanência do paciente na unidade. Ainda, existe um projeto em estudo que estabelece uma quarta UPA, não possível de ser incluída no financiamento do Governo Federal, mas que é de interesse da Secretaria de Saúde da cidade para completar a área urbana descoberta (zona leste), ou seja, teoricamente e epidemiologicamente mapeando a cidade, não atendidas pelas outras UPA’s.

5 CONSIDERAÇÕES

A cidade planejada pela saúde pode ser entendida sob dois pontos: um vinculado diretamente ao seu território propriamente dito de abrangência e influência e o outro parece buscar no planejamento e organização da própria assistência a compreensão das necessidades futuras de uma população e seu lugar. A conjugação

destes dois aspectos demanda, então, fluxos de idas e vindas nos próprios territórios e entre territórios distintos. Com isso, busca-se satisfazer a necessidade dos agrupamentos humanos com equidade, hierarquização, descentralização e controle social. Entretanto, não garante em sua integralidade a inclusão de assistência a todos os cidadãos, ficando de fora populações que não são capazes de estabelecerem territórios mensuráveis e também populações fronteiriças aos territórios demasiadamente rígidos em suas bordas. Tais excluídos trabalham à margem do sistema expondo às fraquezas, questionando os modelos propostos e confrontando as soluções formais com as realidades em que vivem.

Arquiteturas, nestes territórios, são edificações sugestivas de serem equipamentos representativos de instrumentação de programas de saúde. Neste sentido trabalham como elementos da comunicação em saúde entre Estado e a população, informando a presença do poder legal no meio social e, com isso, estabelecendo mais do que sua função processual de criar ambientes construídos para o exercício profissional. Tais programas são efetivamente as ações indutoras da assistência. Supostamente, a identificação da ação do poder legal é, então, facilitada quando existe uma arquitetura funcionando para isso.

Argan (1998) traz uma reflexão na qual a arquitetura é percebida como linguagem representativa de algo, sem que necessariamente esteja com uma preocupação de caráter estético da obra. Neste sentido, seu status desde o século XIX, quando serviu de procedimento para o funcionamento da saúde, não parece ter perdido, ou se isso aconteceu mais recentemente foi retomado. Esta situação pode ser observada quando as vigilâncias sanitárias e os indicativos de infra-estrutura física e espacial dos programas de saúde pouco se preocupam com a humanização dos ambientes, sua ambiência, mesmo, sua estética ou conceitualmente sua arquitetura como um conjunto edificado de interesse social, culturalmente tratando.

Avançando-se nesta direção, pode-se associar que estas arquiteturas se localizam no campo da função simbólica, onde são mais identidades sociais e institucionais (ABEL, 1997) do que propriamente espaços culturalmente articulados com essa ou aquela sociedade. Elas, visto pela ótica do Estado, pouco têm haver, ou precisam de tal relação, isto é, como a expressão interpessoal e social das comunidades onde se instalam.

Por exemplo, a SES-MG tem projetos padrão (pelo menos de UAPS e UPA)

para facilitar que as prefeituras façam captação de recursos para construção de EAS e venham mais rapidamente implantar os programas incentivados pelo Estado de Minas Gerais. Entretanto isso não é fato novo, pois já ocorreu no passado com o próprio Ministério da Saúde (MS, 1978) e, guardadas as proporções, é o que ocorre com as normas e portarias da saúde atuais.

Portanto, pode se perceber que a essência do ambiente construído pela arquitetura em saúde, principalmente em edifícios públicos orientados para programas governamentais, é para a identificação da ação assistencial a ser introduzida no lugar. Tal essência se dá por dois processos burocrático-funcionais: (1) a aprovação do projeto segundo as normas sanitárias, o que garante a condição reguladora sanitária desejada para minimizar riscos biológicos, e (2) a integração da edificação ao sistema hierarquizado da saúde, que por um lado se dá pela questão geográfico-regional e territorial-urbano com áreas adstritas e, pelo outro lado, por meio do projeto assistencial do programa de saúde a ser atendido, é burocrático-assistencial, operacional e organizacional.

Por esse pensamento, a qualidade da edificação não é determinada pela estética da mesma, mas pela linguagem organizativa e progressista constitucional e legal, onde cada lugar do universo de ação da saúde é global, tal qual é a necessidade do ser humano e do cidadão. Assim, o Programa de Saúde da Família (PSF) se aplica da mesma forma de norte a sul do Brasil e se possível no mundo, como também são os programas de urgência e emergência (SAMU-192 e UPA), ou mesmo o planejamento territorial (PDR) que é o mesmo em todos os estados da nação.

Numa visão técnico-sanitarista, a cidade para a saúde é vista como um território suscetível a ameaças e a arquitetura como um braço mecânico ajustável às necessidades processuais. As políticas e seus programas indicam muito mais questões para garantir controles, que são importantes e necessários para dotar um lugar de condições saudáveis para vida e mesmo de sustentabilidade ambiental, do que prover um território de relações humanas como uma das condições de garantir saúde às pessoas, apesar de se reconhecer a importância destas relações sociais para a condição saudável de uma população, pois, na sua ausência, observa-se o lugar como de “riscos potenciais”. Desta forma, quer se dizer aqui que os ambientes vistos pela saúde estão muito mais voltado para a visão científico-biológica do que cultural das ciências sociais aplicadas. A política estabelecida com bases na

estatística e tecnologias da saúde parece ocupar um lugar central no planejamento territorial em saúde, muito mais que qualquer outra questão que possa promover o bem estar.

Sob outro ponto de vista, a objetividade das políticas em saúde custa muito para as sociedades. As respostas sociais são perceptíveis numericamente. Redução de casos de mortalidade infantil, melhoria na saúde bucal das populações, controle de doenças crônicas, melhor aplicação e otimização dos recursos públicos, etc. são alguns exemplos de resultados explícitos desta política. O desafio é encontrar espaços para personalizar e dar mais do que a essência do essencial imposto pela visão da saúde, efetivando a humanização não apenas da abordagem, da forma do ambiente e interação social, mas permitindo a inclusão de aspectos culturais locais aos programas nacionais. Com isso, busca-se contextualizar os usuários do ambiente de saúde, situando-os no tempo e no espaço social do qual fazem parte, integrando-os, a fim de contribuir para o bom desempenho do profissional e estimular a auto-estima no paciente.

6 REFERÊNCIAS

ABEL, Chris. **Architecture & identity: Towards a global eco-culture**. Oxford: Architectural Press, 1997.

ARGAN, Giulio Carlo. **História da arte como história da cidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BORJA, Jordi. Grandes projetos metropolitanos: mobilidade e centralidade. *In*: MEYER, Regina Maria Prosperi (org.). **Centros das Metrôpoles**: reflexões e propostas para a cidade democrática do século XXI. São Paulo: Imprensa Oficial, 2001 (p. 84).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. 2ª. Ed. Brasília: ANVISA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Série A. Normas e Manuais Técnicos. n.116. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 1.020**. Brasília. DOU de 13 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora - Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. **Construções e instalações de serviços de saúde**: Manual de orientações. Brasília: Ministério da Saúde, 1978.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8ª. Brasília: 1987. **Anais**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FURTADO, Lumêna A. Castro e TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos**: estudo de caso. *In*: Revista de Saúde Pública, vol. 32, nº. 6, dez.1998 (p.587-595).

GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; YAMAUCHI, Nancy Itomi. **Regionalização da saúde e consciência regional**. *In*: HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, vol.2 (n.3), dez. 2006 (p.35-46).

MARTINS, Terezinha Barra. **Territorialização em Juiz de Fora**. Juiz de Fora: PJJ, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça, (org.) **Distrito sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitex/Abrasco, 1999.

----- **Redes de atenção à saúde**: a experiência de Minas Gerais. FIOCRUZ/ ENSP/SESDEC, 2008. Disponível em:
<http://chagas2.redefiocruz.fiocruz.br/drupalsesdec/?q=node/114>. Acesso em 2 de setembro de 2009.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1992.

MINAS GERAIS - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG). **Portal Oficial**. Disponível em: www.ses.mg.gov.br. Acessado em 1 de maio de 2010.

----- **Resolução SES Nº 1797**. Belo Horizonte, 13 de Março de 2009.

SANTANA, Marco Aurélio. Memória, cidade e cidadania. *In*: COSTA, Icléia Thiesen Magalhães; GONDAR, Jô (org.). **Memória e espaço**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2000 (p. 50).

SILVA, Amanda Costa da; FREITAS, Iraí Borges de e FREITAS, Kátia Butter Leão de, Constituição da ambientação hospitalar a partir da gestão de coletivos. *In*: MONKEN, Maurício e DANTAS, André Vianna (org.). **Iniciação científica na educação profissional em saúde**: articulando trabalho, ciência e cultura. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2009.

STEPHAN-SOUZA, Auta; CASTRO, Edna A. B. de; FERREIRA, Cássia C. M.; CHEBLI, Júlio M. F.; ALVES, Márcio J. M.; TEIXEIRA, Maria Teresa B.; BONNET, Octávio A. R.; CHEBLI, Ivan C. F.; JACOMETTI, Elizabeth J. e M.; SILVA, Nilcéia M. da; PAIVA, MARCÉLIA G.; BENITEZ, Cíntia G.; REZENDE, Raquel F.; LIMA, Fernanda L; SOUZA, Vanessa L. de. **“Uma contribuição interdisciplinar ao estudo da regionalização em saúde: A assistência de média e alta complexidade na macrorregião sudeste de Minas Gerais”**. *In*: Libertas, vol.2, (n.1), dez.2007 (p. 55-82).

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para curar: arquitetura hospitalar e o processo projetual no Brasil**. Rio de Janeiro: A.B.D.E.H., 2006.