

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
INTRODUÇÃO AO PROJETO DE GRADUAÇÃO – TCC I

UNIDADES MISTAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

ACADÊMICA: ANNA CAROLINA V. COUTINHO
ORIENTADOR: NELSON POPINI VAZ

1º SEMESTRE/2004
FLORIANÓPOLIS - SC

ÍNDICE:

Agradecimentos

Esclarecimentos

1.	Introdução.....	1
2.	Objetivos	
2.1.	Gerais.....	3
2.2.	Específicos.....	3
2.3.	Pessoais.....	3
3.	Justificativa.....	4
4.	Problemática	
4.1.	Panorama do Sistema de Saúde no Brasil.....	5
4.2.	O município de Florianópolis.....	8
4.3.	Painél da Situação de Saúde em Florianópolis.....	10
4.4.	Perfil Epidemiológico da Saúde em Florianópolis.....	19
5.	Conceituação da Proposta: Unidades Mistas de Atenção à Saúde	
5.1.	O que são.....	22
5.2.	Localização.....	22
5.3.	Programa de Necessidades.....	24
6.	Estudo de Caso.....	26
7.	Metodologia.....	29
8.	Fontes.....	29

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha família, em especial à minha mãe, pelo tempo e dinheiro dispendidos nesta fase de pesquisa e decisões profissionais.

Ao meu noivo e amigo, pela paciência e apoio em todas as minhas decisões.

Ao meu orientador, Nelson Popini, pelo incentivo na caminhada por uma cidade desconhecida e, depois, pela disponibilidade em me orientar mesmo com tema e cidade alterados no meio do percurso.

À professora Lisete Oliveira, pela atenção em contribuir com minha produção neste tema e pela disponibilidade em me orientar na etapa projetual que está por vir.

Às amigas Francine e Máira, sempre fiéis e prontas para discutir e opinar em minhas dúvidas. Vocês estiveram mais presentes do que nunca!

A Deus, que me presentiu com essas pessoas e que viabilizou as condições para eu chegar aqui!

“Aquele que é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo o que pedimos ou pensamos, de acordo com o seu poder que atua em nós, a ele seja a glória na igreja e em Cristo Jesus, por todas as gerações, para todo o sempre! Amém!”

Efésios 3:20-21

ESCLARECIMENTO

O presente trabalho se iniciou na cidade de Campos dos Goytacazes, no norte do Estado do Rio de Janeiro, onde se pretendia realizar uma intervenção de escala urbanística na orla do Rio Paraíba do Sul, que divide a cidade ao meio. A justificativa desta escolha se dava pelo interesse em aprofundar as pesquisas realizadas na disciplina de Urbanismo V e por ser esta, minha cidade natal.

O investimento pessoal em pesquisas que pudessem direcionar melhor minhas escolhas profissionais trouxe o conhecimento da especialização do arquiteto na área da saúde. A arquitetura hospitalar me interessou particularmente, no que se refere à complexidade dos programas e soluções, à dinâmica das estruturas hospitalares, assim como a oportunidade de uma especialização e um nicho de mercado.

Com o desejo de aliar esse novo conhecimento ao interesse de minha cidade natal, o projeto passou a ter como enfoque os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde no município de Campos. Porém, a necessidade de conhecer melhor e pertencer ao lugar em que iria projetar se tornou latente, me levando a questionar os resultados de uma intervenção tão longe de minha realidade e vivência. Depois de consultar alguns professores e ter contato com alguns profissionais da saúde, concluí que queria um projeto mais fundamentado e com possibilidades de mercado em Florianópolis, onde pretendo continuar residindo. Campos era uma curiosidade, Florianópolis é vivência.

Justifico desta maneira, a mudança do tema e do local de intervenção, mudança esta feita há tão pouco tempo, mas com muito mais convicção. Mudança que já está me trazendo oportunidades de trabalhar com a arquitetura hospitalar, mudança para um futuro próximo.

Espero, desta forma, ter esclarecido, para aqueles que não tinham conhecimento deste processo, o porquê destas escolhas e agradeço aos professores consultados pelas opiniões que me levaram a optar por esta mudança.

Anna Carolina Vieira Coutinho

UNIDADES MISTAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

I. INTRODUÇÃO

“O arquiteto é convidado a refletir sobre a necessidade e a possibilidade de ultrapassar o sistema de serviços de saúde, especialmente sua infra-estrutura física, como objeto de trabalho, passando a entender que o espaço da saúde extrapola o espaço do cuidado à saúde ‘intra-muros’, seja em hospitais ou até mesmo em ‘centros de saúde’, abrangendo o espaço social de vida, trabalho, lazer e cultura dos indivíduos e dos diversos grupos populacionais.”
(TEIXEIRA & VILASBÔAS, 2001)

A perspectiva de mudança do modelo de organização e prestação de serviços de saúde vem implicando na busca de reorientação da política de desenvolvimento da rede física de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS - em diversos níveis organizacionais. Quer seja em pequenas instalações, quer seja em hospitais gerais, as últimas décadas registraram mudanças no papel do arquiteto que desenvolve projetos para o setor de saúde. Mais do que nunca, esses estabelecimentos vão se transformando e se adaptando continuamente às novas exigências de mercado, de pacientes, de médicos e da população envolvida em seu universo. *“A concepção, o dimensionamento e a organização dos espaços hospitalares têm sofrido muitas mudanças, acompanhando os avanços científicos”* (FREIRE, 2001).

As tendências na medicina têm sido um dos propulsores da mudança pela qual tem passado os EAS. O inegável avanço tecnológico e científico, a redução da mortalidade e o aumento da longevidade, a ênfase na prevenção e não mais na doença, o predomínio na área ambulatorial, por exemplo, convocam o arquiteto a repensar os espaços destinados à prestação de serviços em saúde de maneira mais ampla e multidisciplinar. Nesse contexto, o arquiteto precisa sair da concepção projetual individual e subjetiva e passar a compreender a complexa estrutura da rede assistencial de saúde, desde os aspectos administrativos, econômicos e financeiros, passando pela compreensão exata dos procedimentos de trabalho até chegar à elaboração de um projeto que não se limite a aspectos físicos e tecnológicos, mas que expresse também os aspectos humanos e sociais.

No Brasil, já existe uma tentativa de estabelecer um novo conceito na arquitetura dos ambientes de atenção à saúde pois, além da necessidade do edifício ser flexível e extensível, de modo a absorver com facilidade as inovações do progresso científico, deseja-se que ele seja também, mais humano. *“A grande maioria de hospitais, que vem sendo construídos, no entanto, ainda apresentam uma volumetria muito rígida, obrigando os diversos setores a se adaptarem aos espaços disponíveis de cada pavimento, com sacrifício de suas próprias necessidades funcionais”* (FREIRE, 2001).

Além disso, a participação do arquiteto desde a fase de planejamento gerencial tem levantado questões pertinentes ao seu papel. A probabilidade de se conceber um edifício de saúde que realmente atenda às necessidades dos setores envolvidos –

médicos, pacientes, prestadores de serviços e investidores – passa pela participação do arquiteto desde as fases iniciais de concepção e não só na fase projetual.

O presente estudo tentará se inserir dentro dessa nova concepção e, principalmente, abrir frentes à reflexão do papel do arquiteto que pretende se inserir neste nicho de mercado.

“O arquiteto sempre reagiu à fragmentação de seu campo de trabalho, sem evitar que tal ocorresse. A decoração, o paisagismo, o urbanismo, antes perfeitamente integrados à arquitetura, constituem-se hoje campos para novas profissões já bem estabelecidas no mercado. A postura mais razoável, diante dessa situação, certamente, não será a negação do avanço das tecnologias e do saber humano, mas a utilização desse avanço numa visão mais integrada das diversas habilidades. Para colocar um exemplo mais convincente, pode-se afirmar que um médico especialista não deverá deixar de entender do corpo humano como um todo.”

(CARVALHO, 2001)

2. OBJETIVOS

“Conhecer a arquitetura de EAS será conhecer a arquitetura em sua forma mais abrangente e completa, compreendendo suas condicionantes funcionais e, principalmente, metodológicas, criando-se espaços adaptados a uma realidade integrada.”

(CARVALHO, 2001)

2.1. GERAIS:

O presente Trabalho de Conclusão de Curso em Arquitetura e Urbanismo busca uma proposta para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde na cidade de Florianópolis através de um atual modelo de atenção e prestação de serviços na área da saúde.

2.2. ESPECÍFICOS:

- Compreender a rede básica do sistema de saúde brasileiro, caracterizando Florianópolis nesse contexto.
- Sugerir a implantação de Unidades Mistas de Atenção à Saúde, descentralizando a oferta dos serviços prestados pelo município e dando suporte administrativo aos Centros de Saúde de sua região de abrangência.
- Projetar uma das Unidades Mistas, oferecendo atendimento ambulatorial, laboratorial, educativo e sanitário à população.

2.3. PESSOAIS:

Interesse profissional em especialização na área de Arquitetura da Saúde.

3. JUSTIFICATIVA

*“Verdeber e Fine destacam a falência dos EAS, vistos como ‘máquina de curar’, passando tais edificações a representar uma ‘casa alternativa’, onde as pessoas participem de tratamentos focados na prevenção e cultivo de hábitos saudáveis. Propõe que a grande maioria dos componentes dos sistemas de saúde sejam constituídos por Clínicas Comunitárias, com a adoção de uma abordagem da saúde ligada aos valores culturais locais e com opções de formas alternativas de tratamento, mesclados com manifestações artísticas e educacionais, enfatizando a visão do indivíduo como um ser integral e integrado.”
(CARVALHO, 2001)*

A atual e constante mudança no conceito de prestação de serviços em saúde tem exigido reformulações em diversas esferas, tanto no nível do planejamento e gestão dos sistemas de saúde, assim como da formação e capacitação dos recursos humanos envolvidos, quanto no nível de uma nova concepção espacial dos estabelecimentos físicos.

Historicamente os hospitais têm sido a grande preocupação dos profissionais da área da saúde, atraindo os maiores investimentos e gerando elevada demanda populacional e financeira. A partir de 1990, com a criação do SUS e sua proposta de descentralização dos serviços, as atenções se voltam para as pequenas unidades de saúde que prestam o atendimento primário. Apesar desta intenção, muito pouco se tem investido nesta escala.

Florianópolis se insere neste contexto, apresentando as mesmas inadequações das unidades básicas, a mesma demanda elevada nos hospitais, aliada ao interesse estatal de redução de custos. Já está provado que a prevenção custa muito menos do que a cura, mas para isso as unidades precisam estar cada vez mais próximas da população e, conseqüentemente, mais bem equipadas.

A oportunidade de prestar atendimento básico e, principalmente, preventivo, gerando redução dos gastos por parte do poder público e garantindo acessibilidade aos serviços de saúde por parcela cada vez maior da população, é objetivo deste projeto através da implantação de Unidades Mistas de Atenção à Saúde.

4. PROBLEMÁTICA

4.1. PANORAMA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

As experiências para enfrentar e tentar resolver os problemas de saúde no Brasil são numerosas e de longa data, como os trabalhos de Osvaldo Cruz no começo do século XX por exemplo.

Em 1967 o ministro e médico Lionel Miranda tentou organizar os recursos existentes através do Plano Nacional de Saúde, para sistematizar o atendimento no Brasil dentro de um novo conceito de universalização dos serviços, através de ações integradas e hierarquizadas.

As tentativas de iniciativa pública culminam, em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS - com o objetivo de atender a 100% da população brasileira. Pela Lei 8.080 de 19/09/1990, foram estabelecidas as diretrizes de implementação das ações pela articulação das várias instituições públicas e privadas. *“Estão previstas organizações de distritos sanitários, formados a partir de conjuntos de municípios que, por intermédio de suas comunidades, se integrarão ao nível regional, possibilitando o atendimento de acordo com a sua complexidade em cada nível, num intercâmbio de recursos humanos e financeiros, levando em consideração as particularidades de cada região”* (GÓES, 2004). Apesar de suas intenções. O SUS não vem funcionando de forma eficiente. Muitos municípios não colocam em prática a política de saúde proposta, deixando de investir nas ações básicas e encaminhando seus pacientes para as sedes regionais, sem se importar com os níveis de complexidade da enfermidade. Um dos maiores dramas dos hospitais têm sido a quantidade de atendimentos realizados de casos simples que não necessitariam dos equipamentos e porte de um hospital.

Para definir o sistema de hierarquia dos estabelecimentos assistenciais de saúde, o SUS dividiu a Rede em 3 níveis de atendimento, conforme a resolução nº 03 de 25/03/81 da CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação:

A. Nível Primário: Atividade caracterizada por ações de promoção, proteção e recuperação, no nível ambulatorial, por meio de pessoal elementar médio, clínicas gerais e odontólogos. Nesse nível, as atividades são relativas à saúde, saneamento e diagnóstico simplificado. As estruturas físicas para esse nível são os **postos e centros de saúde**.

B. Nível Secundário: Esse nível desenvolve atividades ligadas as quatro clínicas básicas – médica, cirúrgica, ginecológica, obstétrica e pediátrica – além das atividades e apoio ao nível primário. Os atendimentos, em nível ambulatorial, são feitos com internações de curta permanência, urgências e reabilitação. As estruturas físicas para esse nível são as **unidades mistas, ambulatórios, hospitais locais e regionais**.

C. Nível Terciário: Nesse nível são tratados os casos mais complexos do sistema, atenções do nível ambulatorial, urgência e internação. As estruturas físicas para esse nível são os **ambulatórios, hospitais regionais e especializados** e devem ser planejados para atender, numa rede integrada e hierarquizada, a 100% da população do país.



Em 2004 o Ministério da Saúde lançou um programa que visa melhorar o atendimento através do SUS a partir de uma mudança mais abrangente: uma mudança no modelo de gestão. A Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS – tem como principal objetivo a valorização subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão. De acordo com a PNH, esses são os principais problemas enfrentados pelo SUS hoje:

“O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta:

- *Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;*
- *Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;*
- *Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;*
- *Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;*
- *Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;*
- *Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;*
- *Desrespeito aos direitos dos usuários;*
- *Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;*
- *Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;*
- *Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.”*

Fonte: HumanizaSUS – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2004.

Dentro desse contexto se insere a participação do arquiteto nessa equipe multidisciplinar necessária à melhoria da qualidade do atendimento no sistema público brasileiro. O papel do arquiteto dentro do Humaniza SUS pode ser definido através de diretrizes exigidas pelo próprio programa:

- *“Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;*
- *O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;*
- *A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;*
- *O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;*
- *Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;*
- *Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;*
- *Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;*
- *Incentivo às práticas promocionais da saúde;*
- *Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas”.*

Fonte: Humaniza SUS – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2004.

4.2. O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS



O município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, possui 435,79 Km² de área total. Em 2000, a população era de 342.315 habitantes. Florianópolis tem sua atividade econômica mais fortemente assentada no setor terciário, o que se justifica sendo o município pólo regional para a prestação de serviços, além de centralizar as atividades político-administrativas do estado em razão de constituir a capital de Santa Catarina. Mais recentemente o setor secundário também vem apresentando crescentes oportunidades para empregos e para investimentos.



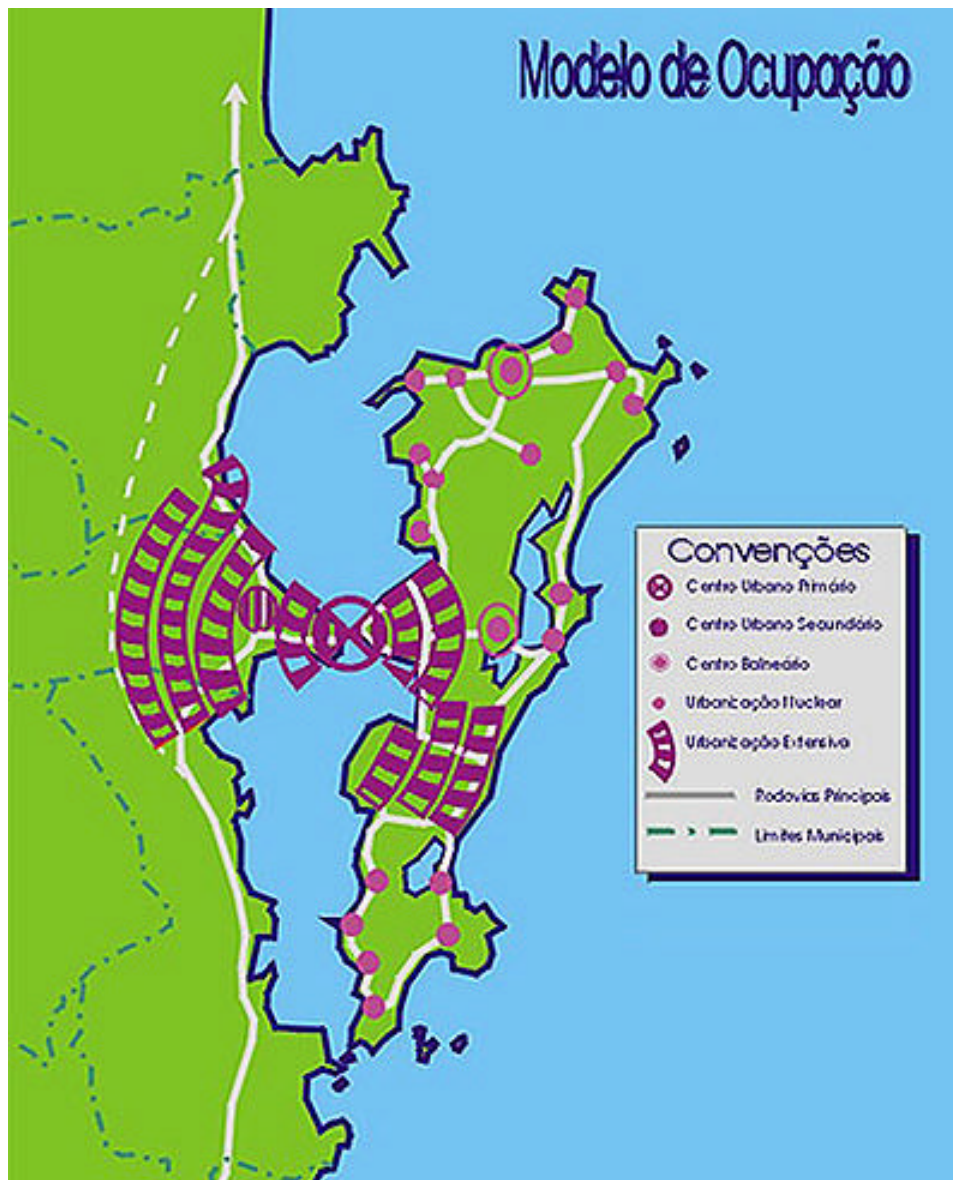
Ilha de Santa Catarina

A região da Grande Florianópolis é formada por 22 municípios com uma população total de 816.315 habitantes em 2000 (IBGE) que representa 15,24% da população de todo o estado. A capital é o pólo natural da região e recebe diariamente grande afluxo de pessoas que trabalham em Florianópolis ou vem em busca de seus recursos, seja na área da saúde como em outras áreas. Além disso, este conglomerado concentra 82% da população da macro-região, pois reúne suas quatro maiores cidades.

A cidade apresentou, nas últimas décadas, mudanças significativas na sua estrutura e dinâmica populacional. Além do crescimento oriundos de migrações de outros Estados brasileiros, o fenômeno da conurbação entre a capital 3 outros municípios vizinhos – São José, Biguaçu e Palhoça - também se apresentou significativo nestas mudanças. Esta população é predominantemente urbana e totalizou 666.693 habitantes em 2000 (CENSO). O crescimento do município é visível para todos os habitantes, mas os números também comprovam este fato: a densidade demográfica em Florianópolis

aumentou, nos últimos 10 anos, de 584 habitantes/Km² para 784 habitantes/Km² (CENSO, 2000).

Quanto ao saneamento básico, as condições ainda não são satisfatórias, o que indica a necessidade de implantação de políticas de saúde e sanitárias. Na região insular do município, somente Centro, Agronômica e Trindade possuem tratamento de esgoto, beneficiando 114.469 habitantes. Em Canasvieiras, somente 4.725 habitantes são beneficiados com o tratamento e em Jurerê Internacional, 3.000 habitantes. Esses números demonstram onde está sendo investida a infra-estrutura urbana e em que escala. Proporcionalmente ao número de habitantes, Jurerê beneficia praticamente todos os moradores – 3.251 no distrito de Jurerê – enquanto no distrito de Canasvieiras mais de 50% da população não é beneficiada.



Fonte: IPUF em www.ipuf.sc.gov.br.

4.3. PERFIL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – estipula as condições de gestão da saúde nos municípios. Essa gestão pode ser de Atenção Básica ou do Sistema Municipal. Atualmente Florianópolis está habilitada na Gestão Plena de Atenção Básica, tendo como responsabilidades:

- Gestão e execução da assistência ambulatorial básica, das ações básicas de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças;
- Gerência de todas as unidades ambulatoriais estatais (municipal/estadual/federal) ou privadas;
- Autorização de internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados;
- Operação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS;
- Controle a avaliação da assistência básica.

Dessa maneira, compete ao município de Florianópolis a implantação e gestão dos Centros de Saúde, unidades de atendimento primário.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (Gestão 2002-2005) 70% da população de Florianópolis utiliza a rede básica de saúde, principalmente na área de atenção à mulher e à criança. Apontam também o fato da rede básica ser a porta de entrada para os serviços públicos de saúde, sendo feito pela Central de Consultas o acesso aos serviços especializados.

A Secretaria de Saúde no município de Florianópolis está composta por dois departamentos a nível gerencial: o Departamento de Ações de Saúde ou de Saúde Pública e o Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria, além da Unidade de Apoio Administrativo. A seguir as competências de cada um dos Departamentos:

Tabela 1: Competências dos Departamentos da Secretaria Municipal de Saúde:

Departamento	Funções Principais
Departamento de Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none">• Administração das 46 unidades básicas de saúde, o NAPS, a Policlínica II e um laboratório.• Organização e implementação das estratégias de atenção à saúde: PSF, PACS, PDA, NAPS e Programa Capital Criança, saúde da mulher e saúde bucal.• Divisão de Vigilância Epidemiológica que inclui: Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN) e o Programa DST/AIDS.• Divisão de Vigilância Sanitária.
Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria	<ul style="list-style-type: none">• Fornecer informação, análise, verificação, planejamento/programação

	<p>de atividades realizadas nos serviços de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Divisão de Informação e Avaliação. • Divisão de Programação e Normatização.
Departamento de Administração e Finanças	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio logístico aos outros departamentos. • Administração dos recursos humanos. • Setor Financeiro. • Setor de Recursos Materiais. • Setor de Recursos Humanos. • Setor de Patrimônio. • Setor de Obras.

Em 2002 houve uma reestruturação importante para o desenvolvimento das ações de saúde que competem ao Departamento de Saúde. Trata-se da descentralização promovida pela regionalização, passo fundamental para o processo de vigilância da saúde.

“As Regiões de Saúde, conforme já comentado, estão atualmente sendo experimentadas em cinco áreas geo-demográficas do município: norte, sul, centro, continente e leste. Estas áreas não correspondem a outras divisões oficiais do município e como envolvem também um certo grau de administração das unidades da rede básica de saúde, estão sujeitas a modificações permanentes, ora excluindo, ora incorporando áreas de abrangência destas unidades que constituem os Centros de Saúde. Em sua primeira versão (1985/87) compunham-se por seis regiões, na segunda (1994/97) por cinco e no momento atual, embora se mantenham as cinco regiões, por dificuldades de pessoal só existem quatro coordenadores regionais, de modo que um deles coordena duas regiões.” (Fonte: Plano Municipal de Saúde Gestão 2002-2005).

Tabela 2: Composição da Rede Básica Municipal segundo Região de saúde de inserção. SMS, 2002.

Regional	Local/Sede da Equipe Regional	Unidades de Saúde
CENTRO	Centro	CS Agrônômica CS Rio Branco (Centro) CS Abraão CS Monte Serrat CS Capoeiras CS Aracy Vaz Callado (Estreito) CS Balneário CS Coloninha CS Prainha
CONTINENTE	Policlínica II	CS Monte Cristo Policlínica II CS Morro da Caixa CS Vila Aparecida CS Sapé CS Jardim Atlântico
LESTE	Lagoa da Conceição	CS Itacorubi

		CS Lagoa da Conceição CS Córrego Grande CS Rio Tavares CS Pantanal CS Barra da Lagoa CS Canto da Lagoa CS Costa da Lagoa
NORTE	Saco Grande	CS Ingleses CS Saco Grande CS Rio Vermelho CS Santo Antônio CS Canasvieiras CS Vargem Grande CS Cachoeira do Bom Jesus CS Jurerê CS João Paulo (Saco Grande I) CS Vargem Pequena
SUL	Costeira do Pirajubaé	CS Saco dos Limões CS Costeira do Pirajubaé CS Tapera CS Campeche CS Carianos CS Morro das Pedras CS Fazenda do Rio Tavares CS Ribeirão da Ilha CS Armação CS Alto Ribeirão CS Pântano do Sul CS Caieira da Barra do Sul

Fonte: Plano Municipal de Saúde Gestão 2002-2005.

Para melhor compreender a estrutura na qual as Unidades Regionais deverá se inserir, se torna necessário conhecer a rede dos Centros de Saúde no município de Florianópolis, que veremos a seguir.

A estrutura da rede pública de saúde no município está composta atualmente por 49 Unidades de Saúde, sendo 46 Centros de Saúde, 1 Policlínica de Referência Regional, 1 Núcleo de Assistência Psicossocial e 1 Laboratório de Análises Clínicas. Mais 2 Centros de Saúde estão sendo construídos e a unidade do Centro já conta com atendimento laboratorial. A situação dos Centros de Saúde foi analisada pelo Plano Municipal de 2002 e será apresentado a seguir:

“Os Centros de Saúde, até 1997 compunham uma organização de acordo com a complexidade da atenção, tentando efetivar um sistema de referência e contra-referência interno, conforme se observa nos Planos de Saúde de 1993/1997. Até este período a rede dispunha de 52 consultórios de clínica médica nos quais se revezam na maioria das vezes as práticas de clínica geral e pediatria, 24 consultórios de gineco-obstetrícia e 49 consultórios específicos para o exercício de clínica pediátrica, tendo ao todo 125 consultórios médicos e 54 consultórios odontológicos instalados.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de 1993, os núcleos populacionais mais numerosos foram os que receberam as primeiras Unidades de Saúde, normalmente instaladas em área física inadequada e sem critérios de acessibilidade. A implantação da maioria das unidades não respeitou critérios técnicos, acarretando problemas, tais

como as citadas naquele documento: o acesso limitado pelo fluxo de transportes coletivos, nem sempre adequado à distribuição da rede, o que contribui com a demanda aos serviços oferecidos no centro da cidade ou nos ambulatórios hospitalares; em muitos casos o aspecto físico dos atuais Centros de Saúde inibe a confiança da população no serviço prestado; o porte da maioria das Unidades acarreta baixa resolubilidade.

Até 1991, o município contava com um número relativamente grande de Unidades de Saúde, mas cuja condição física da maioria não poderia ser classificada como adequada para a finalidade a qual se destinavam. A partir de 1991, por ocasião da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, onde se inclui a municipalização das Unidades de Saúde do Governo do Estado de Santa Catarina, foram realizadas as primeiras obras em série de ampliação e/ou reforma. O que se tem verificado na maioria dos municípios brasileiros é a ampliação de suas redes, pela construção de mais unidades de saúde, o que implicaria, em tese em aumento das oportunidades de acesso aos serviços. No caso de Florianópolis, a rede já se apresentava quantitativamente suficiente e geograficamente adequada quando ocorreu a municipalização dos serviços de saúde. O que foi feito, assim, foi investir em melhorias ou em substituição de unidades pré-existentes, mas de baixa qualidade.

No período de 1994/1996 novas reformas, ampliações e construções foram realizadas, como nos mostra a tabela 3.41. Apesar do investimento na melhoria física da rede, alguns problemas ainda se observavam até recentemente e outros persistem.

- Cinco unidades ainda encontram-se instaladas em dependências físicas de unidades escolares, sendo que quatro já passaram por várias ampliações e/ou reformas (Armação, Saco Grande I, Barra da Lagoa, Canasvieiras). Uma delas, a unidade de Ponta das Canas não apresentava viabilidade para ampliação e foi substituída por nova área física, independente da escola municipal.

- Oito unidades estavam instaladas em áreas pertencentes a Conselhos Comunitários ou Centros Sociais Urbanos ou ainda outras Associações: Jardim Atlântico, Pró-Gente, Morro da Penitenciária, Coloninha, Monte Verde, Prainha, Pantanal e Saco dos Limões. Destas, durante o último ciclo de obras (2000/2001), duas foram extintas Pró-Gente e Morro da Penitenciária tendo sido substituídas pelo C.S. Agrônômica, de porte maior e melhor acesso. Outra, a unidade de Saco dos Limões também ganhou nova sede e melhor acesso. As demais ainda persistem no mesmo local.

Quanto às unidades maiores, denominadas anteriormente de Centros de Saúde II ou C.S. II, e que eram em número de quinze, vieram sofrendo adaptações em diferentes épocas, como as unidades mais antigas, como Capoeiras, Centro (Rio Branco), Balneário, Estreito (Aracy Vaz Callado), Lagoa, Santo Antônio de Lisboa, Saco Grande II, Ribeirão da Ilha, Itacorubi e Costeira do Pirajubaé, mantendo-se ainda no mesmo local". Fonte: Plano Municipal de Saúde Gestão 2002-2005.

Tabela 3: População total da área de abrangência das unidades de saúde.

Unidade de Saúde	2000	2001	2002	2003	2004
Abraão	17293	17870	18468	19084	19722
Agrônômica	32835	33932	35065	36236	37446
Alto Ribeirão	2965	3064	3166	3272	3399
Armação	3030	3131	3236	3344	3470
Balneário	7818	8079	8349	8627	8916

Barra da Lagoa	4353	4498	4649	4804	4964
Cachoeira do Bom Jesus	4539	4691	4847	5010	5176
Caieira da Barra do Sul	231	238	247	255	238
Campeche	6229	6437	6652	6874	7104
Canasvieiras	5828	6023	6224	6432	6657
Canto da Lagoa	979	1012	1046	1080	1116
Capoeiras	8909	9206	9514	9832	10160
Carianos	5723	5914	6111	6316	6458
Centro	29824	30820	31850	32913	34013
Coloninha	5251	5423	5608	5795	5984
Córrego Grande	6102	6306	6516	6734	6959
Costa da Lagoa	662	684	707	731	755
Costeira	9289	9599	9920	10251	10604
Estreito	6382	6595	6815	7043	7278
Fazenda Rio Tavares	4115	4253	4395	4541	4693
Inglese	16514	17066	17636	18225	18833
Itacorubi	13892	14356	14835	15331	15843
Jardim Atlântico	3780	3906	4037	4172	4311
João Paulo	3290	3400	3513	3631	3749
Jurerê	4005	4139	4277	4420	4567
Lagoa da Conceição	6981	7214	7455	7704	7961
Monte Cristo	12633	13055	13491	13941	14407
Monte Serrat	10930	11295	11672	12062	12465
Morro da Caixa	6296	6506	6723	6948	7180
Morro das Pedras	4286	4429	4577	4730	4898
Pantanal	4703	4860	5022	5190	5364
Pântano do Sul	2779	2872	2968	3067	3180
Policlínica II	11128	11500	11884	12281	12691
Ponta das Canas	3520	3637	3759	3885	4014
Ratones	1975	2040	2109	2180	2252
Ribeirão da Ilha	3100	3204	3311	3421	3552
Rio Tavares	5119	5290	5466	5649	5838
Rio Vermelho	6789	7015	7250	7493	7742
Saco Grande	10646	11001	11369	11749	12141
Saco dos Limões	10543	10895	11259	11635	12041
Sapé	4970	5136	5308	5485	5674
Santo Antônio de Lisboa	5910	6107	6311	6522	6740
Tapera	8410	8691	8981	9281	9616
Vargem Grande	4659	4815	4976	5141	5313
Vargem Pequena	1206	1247	1288	1331	1373
Vila Aparecida	5001	5168	5341	5519	5703

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2002-2005.

O Plano também apresenta a área física total da rede básica, de 9.106,02m², com a maior concentração na área de prestação de serviços médico-odontológicos. “A maioria dos C.S.s conta com apenas 01 consultório médico e área física reduzida, podendo abrigar de fato uma equipe de saúde mínima e conseqüentemente poucos equipamentos. A diminuição do número de pequenas unidades e a oferta da atenção básica de saúde em unidades dotadas também de especialidades básicas em cada uma das cinco regionais poderia permitir a oferta de serviços de qualidade” (Plano Municipal, 2002). Além disso, conta com 36 salas de vacina sendo 8 salas na regional do Continente, 13 no Centro, 8 no Norte, 4 no Leste e 3 Credenciadas (Hospital Universitário, Hospital Infantil e Ambulatório da Base Aérea). Esses números apontam carência de atendimento da Regional Sul do município.

Tabela 4: Relação de áreas das Unidades de Saúde e ano de reforma.

Centro de Saúde	Área (m²)	Última reforma
Abraão	188,24	1999
Agronômica	414,20	2002
Alto Ribeirão	60,00	1994
Armação	104,01	2004*
Balneário	200,99	1998
Barra da Lagoa	104,25	2001
Cachoeira do Bom Jesus	283,85	2002
Caieira da Barra do Sul	59,29	2000
Campeche	118,68	2001
Canasvieiras	575,28	2001
Canto da Lagoa	115,60	2002
Capoeiras	263,34	2001
Carianos	170,56	2004
Centro	840,61	2001
Coloninha	135,17	2004*
Costeira	173,43	1998
Costa da Lagoa	42,00	1995
Córrego Grande	91,16	2002
Estreito	283,45	2004
Fazenda do Rio Tavares	218,50	2000
Inglese	193,21	2004
Itacorubi	110,01	2000
Jardim Atlântico	180,00	1999
Jurerê	115,60	2000
Laboratório	476,24	1996
Lagoa da Conceição	283,85	2003
Monte Cristo	646,07	2001
Monte Serrat	308,70	2002
Morro da Caixa	164,81	2001
Morro das Pedras	115,60	2001
Pântano do Sul	134,52	2001
Pantanal	126,41	2003
Policlínica	675,00	2003
Ponta das Canas	218,50	1999
Prainha	190,58	2004
Ratones	134,20	1999
Ribeirão da Ilha	283,85	2002
Rio Tavares	226,10	1995
Rio Vermelho	188,24	1999
Saco dos Limões	283,85	2001
Saco Grande I (João Paulo)	104,74	2001
Saco Grande II	1440,19	2001
Santo Antônio	149,30	1999
Sapé	188,20	1999
Tapera	143,03	2004
Trindade	575,28	2004
Vargem Grande	158,44	2002
Vargem Pequena	42,97	2001
Vila Aparecida	139,90	2000
NAPS	501,86	2001

* Em licitação. Fonte: SMS, 2004 e Plano Municipal, 2002.

A tabela mostra que a maioria dos Centros de Saúde vêm passando por reformas, porém essas ampliações ainda não são suficientes para a crescente demanda. De acordo com o Manual de Padronização das Unidades Físicas dos Centros de Saúde, elaborado pela Secretaria Municipal, pode-se diagnosticar que a grande maioria dos C.S. encontra-se com suas áreas inferiores ao mínimo padronizado. Assim, a readequação física destes Centros deverá ser efetivada com certo grau de urgência. O Programa de Necessidades dos Centros de Saúde de Florianópolis é apresentado a seguir:

Tabela 5: Área mínima dos ambientes necessários em um Centro de Saúde

Ambiente	Área mínima (m ²)	Quantidade (por tipo)		
		CS I	CS II	CS III
Sala de Vacina	10,50	1	1	1
Sala de Triagem	9,60	1	1	1
Consultório Indiferenciado	10,00	2	4	7
Consultório Ginecológico	12,00	1	1	1
Sala de Curativos	9,00	1	1	1
Sala de Nebulização	9,00	1	1	1
Sala do Teste do Pezinho	6,00	1	1	1
Sala de Reidratação e outros procedimentos	6,00	1	1	1
Sala de pré-lavagem de materiais	5,60	1	1	1
Sala de guarda de materiais esterelizados	2,40	1	1	1
Sala de Esterilização	6,00	1	1	1
Consultório Odontológico	12,00	1	1	1
Sala para farmácia:		1	1	1
• 1 equipe PSF	9,60			
• 2 equipes PSF	12,60			
• 3 equipes PSF	15,60			
Fraldário	2,50	1	1	1
Banheiros públicos	12,50	2	2	2
Banheiro para deficiente físico	2,40	2	2	2
Administração	9,00	1	1	1
Reuniões	20,00	1	1	1
Cursos	30,00	-	40 pessoas	60 pessoas
Protocolo	9,00	1	1	1
Agendamento	12,00	1	1	1
Área de Serviço	4,00	1	1	1
Almoxarifado de Limpeza	3,00	1	1	1
Almoxarifado de materiais de expediente	4,00	1	1	1
Espera	1m ² /pessoa	23 lugares	31 lugares	43 lugares
Copa	14,00			
Vestiário funcionários	16,00	2	2	2
Área total mínima		283,00	361,00	423,00

Fonte: Manual de Padronização das Áreas Físicas, SMS.

Levantamento fotográfico da situação de saúde em Florianópolis



Alguns Centros de Saúde se encontram em casas, adaptadas para o novo uso. Ao lado, a Policlínica II no Estreito, uma das unidades que mais atende no continente, apresenta dimensões reduzidas para a demanda e ambientes incompatíveis com o tipo e atividade exercida.



Algumas unidades estão localizadas em antigos edifícios escolares, como este no Estreito. Mais um caso de adaptação do uso à edificação.



As unidades mais recentes estão sendo construídas com novos parâmetros de implantação e arquitetura. Aqui, o novo Centro de Saúde na Trindade, ao lado do Terminal de Integração, garante acessibilidade e arquitetura projetada para a saúde.

Laboratório Central:
único laboratório da
SMS atende junto
ao Centro de Saúde
do Estreito com
acesso pela
garagem e pouca
acessibilidade.



Acesso ao Laboratório Central: o Laboratório se encontra na parte de baixo nos fundos do CS Estreito.

O Setor de Medicamentos e Laboratório atualmente funciona junto à estrutura de Recursos Materiais. Um farmacêutico é responsável por todas as aquisições de materiais utilizados pelo Laboratório Central. *“O Laboratório Municipal de Análises Clínicas Aracy Vaz Callado é o único laboratório municipal de análises clínicas, situado junto ao Centro de Saúde Estreito e atende a uma demanda de serviços dos Centros de Saúde do continente e que originalmente serviria também para atender a uma demanda originária de postos de coleta da ilha. Estes postos de coleta, em alguns casos, foram implantados nas unidades maiores entre 1991 e 1992, mas a ausência de veículos suficientes para o recolhimento do material fez retroceder o projeto e os postos foram extintos. Atualmente se faz necessário reavaliar o papel do laboratório para a rede e inclusive sua posição geográfica. Sua área física foi ampliada de 200 m² para 430 m² devido o processo de unificação com os outros dois laboratórios existentes em 1996. Ocupa parte do piso superior do CS II Estreito para os laboratórios propriamente ditos e a parte de baixo (área ampliada do sub-solo) para a recepção, coleta e administração. Com a expansão da área física, novos exames foram implantados tais como o teste do HIV, Toxoplasmose, Rubéola, e o setor de Urocultura. Os programas que a Secretaria desenvolve estão solicitando a implantação de novos exames (citomegalovirus, preventivo do câncer, análise de água), que para sua realização dependerá da área física disponível, pois a atual encontra-se saturada.”* (Plano Municipal, 2002).

Quanto aos serviços oferecidos, a Prefeitura vem oferecendo atendimento básico através de quatro principais programas: **Programa Saúde da Família (PSF)**, **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (CAPS)**, **Programa Docente Assistencial (PDA)** e **Programa Capital Criança**. O PSF atua em 34 unidades de saúde através de 44 equipes e cobrindo aproximadamente 71.023 famílias (dados de 2002). O PACS tem o objetivo de realizar ações de vigilância sanitária através dos Agentes Comunitários de Saúde, cobrindo 100% das áreas de abrangência das unidades de saúde. O PDA objetiva ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. *“O modelo assistencial referencial desenvolvido até março de 2000 se caracterizava por práticas de Saúde Comunitária em um Sistema Local de Saúde, e a partir daí, o Programa assume o modelo de Saúde da Família incorporado pela rede municipal”* (Plano Municipal, 2002). O Programa Capital Criança representa a prioridade desenvolvida desde 1997, fazendo parte da ação governamental da Prefeitura Municipal de Florianópolis. É desenvolvido na rede assistencial básica prestando atendimento à mulher nos processos gravídicos e puerperal e à criança de zero a seis anos de idade. *“O objetivo geral do Programa é a redução da morbidade e da morte evitável no grupo materno e infantil de zero a seis anos, pelo redimensionamento e qualificação da assistência à saúde no município de Florianópolis.”* (Plano Municipal, 2002). O principal reflexo deste programa foi a redução do coeficiente de mortalidade infantil de 21.6 para 9.71 por mil nascidos vivos até dezembro de 2001.

Além destes a Secretaria Municipal de Saúde conta com o **Programa de Saúde Bucal** em todas as unidades, exceto no Córrego Grande; o **Núcleo de Atendimento Psicosocial** no CS Agrônoma; o Programa Hora de Comer, através do Sistema de Vigilância Nutricional – SISVAN - e o Programa DST/AIDS. O tipo de serviços oferecidos diretamente à população através da rede de unidades de saúde, de acordo com o grupo de atenção ao qual se destina, com detalhamento das atividades programáticas e localização das unidades de saúde onde se realizam pode ser observado na tabela em anexo.

4.3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO DE FLORIANÓPOLIS

Os problemas de saúde da população de Florianópolis, detectados principalmente pelos dados de morbi-mortalidade mais atuais e disponíveis, vêm se manifestando de modo similar há mais de uma década, o que pode ser observado nos perfis traçados nos anos de 1987, 1993 e 1997 nos Planos de Saúde.

O crescimento das doenças crônico-degenerativas é influenciado pelo aumento da expectativa de vida, resultando em pessoas mais idosas, sujeitas e este tipo de agravo e dependentes dos serviços de saúde.

O modo de vida do florianopolitano é uma das causas do aumento da incidência de obesidade, diabetes e hipertensão arterial sistêmica devido ao sedentarismo, aumento do consumo de álcool e fumo, alimentação industrializada e cultivada com agrotóxicos e o stress decorrente de uma sociedade cada vez mais competitiva.

Além destas causas, os acidentes, homicídios e suicídios contribuíram para o crescimento de óbitos em Florianópolis na última década.

O conjunto de doenças infeccioso e parasitário não constitui motivo de preocupação como causa de óbito, mas aparecem como demanda às consultas médicas na rede básica. “Elas são provenientes de graves problemas de saneamento básico persistentes especialmente nos núcleos populacionais de baixa renda. A contaminação da água e dos alimentos deve, desta forma, ser objeto de intenso trabalho da vigilância da saúde, na qual se inclui a vigilância sanitária” (Plano Municipal, 2002).

Os óbitos por neoplasia causam preocupação por aparecer em pessoas mais jovens, sendo o câncer de pulmão, o de mama e o de colo uterino considerados evitáveis das facilidades de diagnose precoce.

Além destes os últimos estudos de registros de consulta na rede básica apontam ansiedade e depressão como causas crescentes de consultas médicas, devendo ser incorporado aos programas da Secretaria de Saúde.

Os **problemas de saúde** detectados na população de Florianópolis podem ser resumidos da seguinte maneira:

- Elevado número de óbitos por problemas do aparelho circulatório, principalmente doenças cérebro-vasculares e infartos do miocárdio;
- Alta morbi-mortalidade por doenças respiratórias (bronquite, enfisema e asma);
- Óbitos e seqüelas derivados de acidentes de trânsito e de transporte;
- Aumento progressivo de Diabetes Mellitus e doenças hipertensivas na população;
- Incidência de AIDS;
- Elevado número de óbitos por neoplasias evitáveis, especialmente de pulmão;
- Aumento de óbitos e seqüelas por atos de violência física;

- Abuso progressivo no uso de medicamentos controlados;
- Aumento progressivo de câncer de mama e de colo uterino em mulheres jovens;
- Persistência de doenças infecciosas e parasitárias, inclusive as doenças de veiculação hídrica, as infecções alimentares e doenças dermatológicas;
- Alta demanda a consultas por transtornos mentais e comportamentais;
- Persistência de óbitos perinatais.

O Plano Municipal de Saúde Gestão 2002-2005 realizou a identificação dos **problemas de gerenciamento** do setor de saúde durante dois anos, listados a seguir:

Identificação dos pontos fracos internos:

- Estrutura organizacional obsoleta;
- Infra-estrutura física inadequada;
- Morosidade na solução de problemas;
- Insuficiência de pessoal (Recursos Humanos);
- Capacitação de RH - recursos humanos - inadequada e/ou falta de capacitação;
- Indefinição quanto à autoridade e responsabilidade;
- Desconhecimento das atividades das outras áreas;
- Planejamento local/ central indefinido;
- Falhas de comunicação interna; Marketing interno fraco;
- Falta de acompanhamento e falha de comunicação com nível local;
- Falta de indicadores claros para acompanhamento das ações e serviços;
- Desconhecimento da realidade dos Centros de Saúde;
- Indefinições quanto ao cronograma de compras e manutenção;

Além disso, o Plano identificou os **fatores externos** de ameaça (fatores negativos) e de oportunidades (fatores positivos), que são:

Foram apontadas como **ameaças**:

- Vigência da Portaria 163;
- Formação profissional incompatível com o modelo de atenção preconizado pelo SUS;

- Central de marcação de consultas - baixa oferta de consultas especializadas;
- Falta de acesso a atendimentos (consultas e exames) de segunda linha;
- Padrões culturais e de comportamento diversificados;
- Crescimento urbano desordenado com migração não controlada;
- Empobrecimento da população;
- Crescimento da violência urbana;
- Baixo nível educacional da população;
- Agressões ao meio ambiente; destruição da camada de ozônio;
- Lei de responsabilidade fiscal restringe contratação de pessoal;
- Indefinição de financiamentos para o setor de saúde;
- Ressurgimento de epidemias;
- Mudança de padrões demográficos e epidemiológicos;
- Fatores climáticos imprevisíveis/ catástrofes;
- Interesses internacionais em acabar com o SUS;

Foram apontadas como **oportunidades:**

- Possibilidade de estudo/criação da FMS ou reestruturação organizacional da SMS;
- Emenda Constitucional 29;
- Arrecadação municipal satisfatória (2001);
- Possibilidade de informatização da rede de saúde;
- Implantação da gestão plena;
- Possibilidade de contratação de pessoal para Equipes de Saúde da Família;
- Exercício efetivo do controle social;
- Implantação do cartão do SUS;
- Busca de financiamentos externos;
- Parcerias com iniciativa privada/planos de saúde;
- Possibilidades de capacitação de recursos humanos.

5. CONCEITUAÇÃO DA PROPOSTA: UNIDADES MISTAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

“O projeto arquitetônico de um estabelecimento assistencial de saúde deve atender, principalmente, três fatores: funcionalidade, flexibilidade e expansibilidade.”
(CARVALHO, 2001)

5.1. O QUE SÃO?

Estabelecimentos Assistenciais de Saúde de médio porte, com a função de prestar atendimento em regime ambulatorial e de urgência, ambos de baixa e média complexidade e sem risco de vida do paciente, apoio ao diagnóstico e serviços de educação sanitária com enfoque preventivo. A Unidade também agregará a função de gestor dos Centros de Saúde de sua região de abrangência, descentralizando a administração municipal, como já vêm acontecendo em Florianópolis.

O principal papel destas Unidades será promover, de forma espacial, a descentralização administrativa dos C.S. através de instalações físicas de maior porte, que identifique à população sua condição hierárquica. Além disso, promoverá a descentralização dos serviços laboratoriais e farmacêuticos, através do atendimento de diagnose e do armazenamento e distribuição de medicamentos para os C.S. de sua região. A educação e docência farão parte das atividades oferecidas pelas Unidades devido à sua escala de referência. O atendimento de urgência será inédito no município, já que o serviço de pronto atendimento hoje se dá nos hospitais localizados no centro e no continente, dificultando o acesso de grande parte da população que mora nos extremos da Ilha.

Através desta nova proposta, acreditamos estar contribuindo para a melhoria das instalações assistenciais de saúde no município e para a acessibilidade da população aos serviços, agregando qualidade de vida.

5.2. LOCALIZAÇÃO

As Unidades Mistas serão em número de 5, distribuídas ao longo do município conforme o mapa 1. Cada uma atingirá umas das 5 regiões utilizadas como critério administrativo pela Secretaria Municipal de Saúde, a saber: centro, continente, leste, norte e sul.



Mapa 1: Localização dos Centros de Saúde existentes e divisão do município em 5 regiões administrativas.

5.3. PROGRAMA DE NECESSIDADES

A Resolução nº 50, de 21/02/2002, determina diretrizes para a elaboração do programa de necessidades de Estabelecimentos de Saúde, mas não estabelece critérios rígidos da composição funcional de nenhum deles. Dessa forma, procura apresentar diversas atribuições que os EAS podem ter, acrescidas de características locais que definirão o programa físico-funcional.

Para a prestação de serviços que se pretende neste trabalho, definiu-se as atividades a serem desenvolvidas e suas respectivas áreas, de acordo com a RDC nº 50 e a Padronização de áreas da SMS. O Programa apresentado a seguir não dá por fechado, já que deverá ser revisto de acordo com a concepção do projeto arquitetônico.

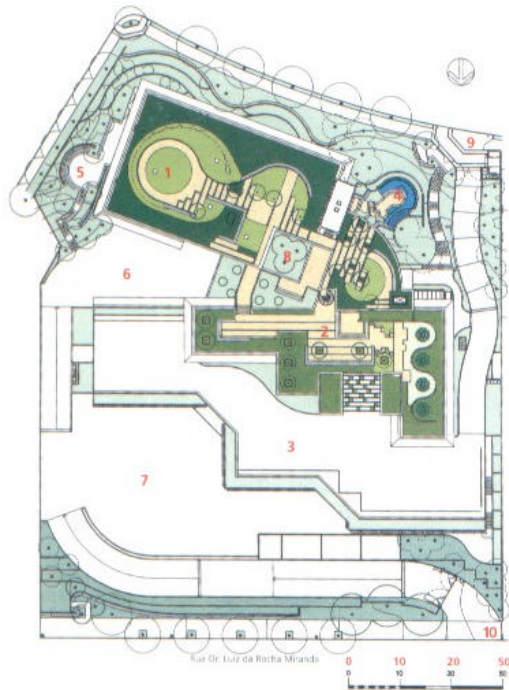
AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA (m²)
Atendimento Ambulatorial	
Consultório	10,00
Sala de imunização	10,50
Sala de Reidratação	6,00
Sala de Inalação	9,00
Sala de Aplicação de Medicamentos	6,00
Central de material esterelizado	6,00
Sala de pré-lavagem de materiais	5,60
Recepção dos pacientes e acompanhantes	1m ² /pessoa
Sanitários pacientes e acompanhantes	12,50
Sala de utilidades	4,00
DML	3,00
Depósito Equipamentos	4,00
Atendimento de Urgência	
Sala de Triagem	9,60
Sala de Higienização	8,00
Sala de Suturas/Curativos	9,00
Sala de Gesso	10,00
Posto de Enfermagem	6,00
Rouparia	3,00
Área de macas e cadeiras	3,00
Recepção dos pacientes e acompanhantes	1m ² /pessoa
Sanitários pacientes e acompanhantes	12,50
Sala de utilidades	4,00
DML	3,00
Área p/ pertences dos pacientes	0,3m ² /pessoa
Vestiário funcionários	16,00
Banheiro para Plantão	4,00
Quarto para Plantão	5,00
Depósito Equipamentos	4,00
Área para notificação médica de pacientes de atendimento imediato	5,00

Diagnóstico e Terapia	
Box de coleta de material	1,5m ² /box
Área para classificação e distribuição de amostras	3,00
Sala de exames para RX	10,00
Registro pacientes	12,00
Espera para pacientes e acompanhantes	1m ² /pessoa
Sanitários para público	12,50
Sanitários para funcionários	6,00
Salas administrativas	6,00
DML	3,00
Depósito equipamentos	4,00
Laboratório chapas e filmes	6,00
Arquivo chapas e filmes	2,00
Serviços de Educação	
Sala para demonstração e educação em saúde	40,00
Consultório de Serviço Social	10,00
Distribuição de Medicamentos	1m ² /tonelada
Distribuição de Alimentos de Programas Especiais	
Sanitário público	12,50
Sanitário Funcionários	6,00
Apoio Administrativo	
Sala de direção	12,00
Sala de reuniões	20,00
Salas administrativas	11,00
Arquivo administrativo	2,00
Controle de funcionários (ponto)	4,00
Posto de Informações	3,00
Protocolo	9,00
Sanitários funcionários	6,00

A quantificação de cada um dos ambientes deverá ser feita a partir do levantamento da demanda existente na região onde será implantada a Unidade.

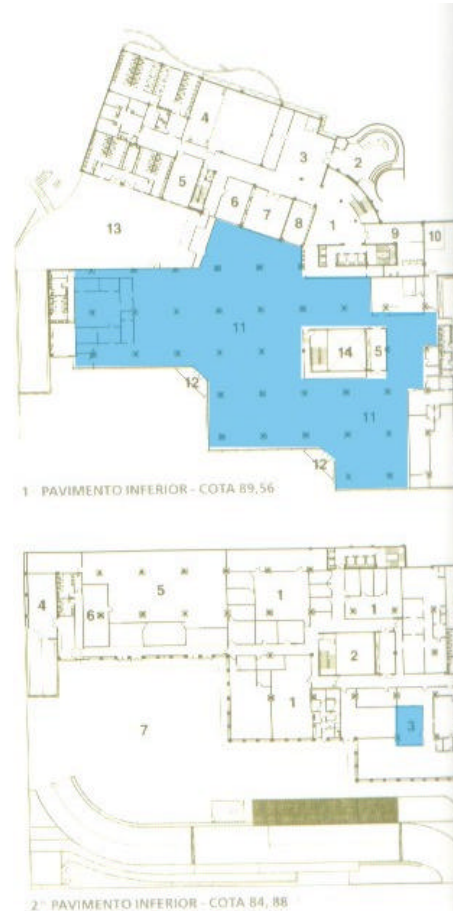
6. ESTUDO DE CASO

Como já foi dito, a grande atenção dos arquitetos, historicamente, sempre esteve voltada para instalações hospitalares e muito pouco se encontra sobre unidades de menor porte e inferior complexidade. Por isso, as referências apresentadas são basicamente de hospitais, de onde se procurou retirar diretrizes e conceitos aplicáveis a estabelecimentos de saúde de menor escala.



IMPLANTAÇÃO

1. Jardim das esculturas - cota 102,65
2. Pátio das tamaréias - cota 98,63
3. Estacionamento - cota 94,40
4. Pátio das águas - cota 89,56
5. Pátio das jabuticabeiras - cota 93,75
6. Pátio da frota - cota 89,56
7. Pátio de carga e descarga - cota 84,88
8. Pátio das paineiras - cota 89,56
9. Acesso principal
10. Acesso secundário

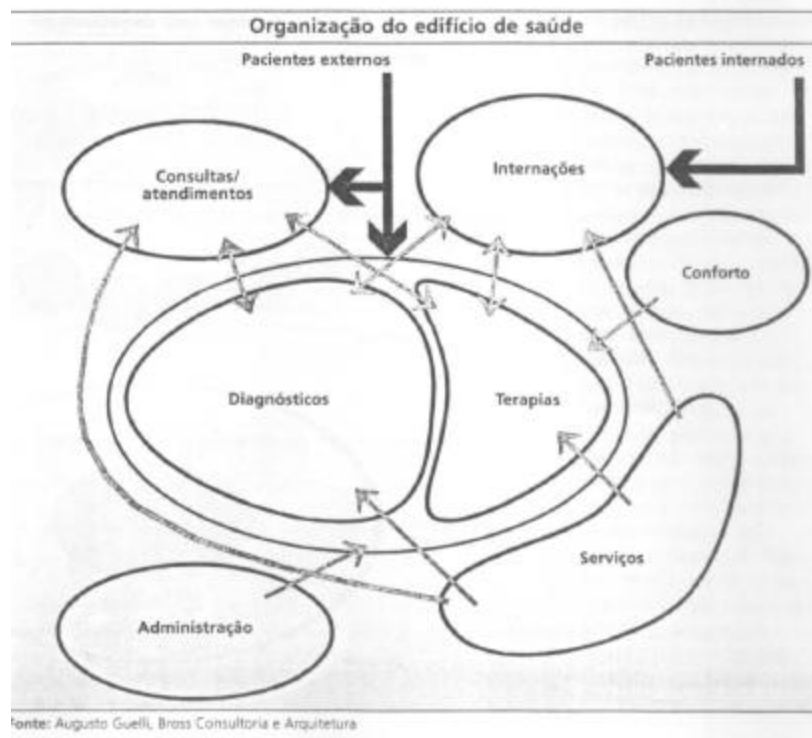


Obra: Laboratório Fleury
Projeto: Eduardo Martins de Mello e
Piratininga Arquitetos Associados
Local: São Paulo, SP
Data do projeto: 1996
Conclusão da obra: 2000
Área do terreno: 8.900m²
Área construída: 12.500m²





Exemplo de fachada com uso de muito vidro, permitindo, além da iluminação, a possibilidade de ter sensações e contato com o exterior. Obra: Laboratório Fleury, São Paulo, 2000.





Ambientes humanizados expostos por Bross Consultoria e Arquitetura durante a Feira Qualidade Hospitalar, realizada em 1999, em São Paulo. Fonte: Revista Projeto 248, 2000.

Parque junto a área de fisioterapia infantil na Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor – RJ – demonstra preocupação com a recuperação do paciente através da agregação de novos programas para os hospitais. Fonte: Revista Projeto 266, 2002.



Da fachada lateral pode-se avistar alguns dos elementos característicos da iluminação e interiores do pronto-socorro: cores intensas e detalhes curvos nos revestimentos. Em segundo plano, a marquise com iluminação central. Fonte: Revista Projeto 273, 2002.

7. METODOLOGIA

- a. Levantamento do atual sistema de saúde brasileiro através de legislação, normas, resoluções, retiradas da internet ou órgãos públicos.
- b. Definição do tema através da problemática encontrada na situação de saúde no município: análise dos dados.
- c. Definição da implantação das Unidades através de critérios de acessibilidade e centralidade, principalmente.
- d. Definição do sítio de intervenção projetual através da escolha pessoal de uma das 5 regiões de implantação.
- e. Elaboração de Programa de Necessidades e Partido Geral em função dos objetivos exigidos pelo tema e pela área de intervenção.
- f. Elaboração do Projeto Arquitetônico da Unidade Mista destacando as diretrizes padrões que poderão ser adaptadas nos projetos das outras 4 Unidades.

8. FONTES

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Departamento de Normas Técnicas. **Resolução RDC nº 50 de 21/02/2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em <www.anvisa.gov.br>. Acesso em maio/2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: <portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em maio/2004.

_____. **Lei nº 8.080 de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em maio/2004.

_____. **NOB-SUS 1996: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1997. Disponível em: <portal.saude.gov.br/saude>. Acesso em maio/2004.

CARVALHO, Ana Luiza M. P. & SOUZA, Fernanda L. da S. **Hospital Geral de Parnamirim**. Organizador: Carvalho, Antônio P. Alves. Salvador: Quarteto Editora, 2003.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. **As Dimensões da Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Organizador: Carvalho, Antônio P. Alves. Salvador: Quarteto Editora, 2003.

CORBIOLI, Nanci. **Ambiente hospitalar requer humanização e potencial de atualização constante**. In: Revista Projeto Design 283, setembro 2003. São Paulo, 2003.

CORBIOLI, Nanci. **Hospital é uma obra aberta**. In: Revista Projeto Design 248, setembro 2003. São Paulo, 2003.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. IPUF: Instituto de Planejamento Urbano. **Plano Diretor de Florianópolis**. Florianópolis, 1997.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. IPUF: Instituto de Planejamento Urbano. **Mapa de Localização dos Centros de Saúde**. Florianópolis, 2001.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: Gestão 2002-2005**. Florianópolis, 2002. Disponível em <www.pmf.sc.gov.br/saude>. Acesso em junho/2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual Padronização das Áreas Físicas**. Florianópolis, 2002.

GOÉS, Ronald. **Manual Prático de Arquitetura Hospitalar**. São Paulo: Ed. Edgard Blucher Ltda, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2000**. Brasília, 2000.

MELLO, Eduardo Martins de e Piratininga Arquitetos Associados. **Laboratório Clínico**. In: Revista Projeto Design 252, fevereiro 2001. São Paulo, 2001.

SENZI & GODOI. **Pronto Socorro**. In: Revista Projeto Design 262, dezembro 2001. São Paulo, 2001.

SENZI, Neide. **Iluminação no Hospital Paulistano**. In: Revista Projeto Design 273, novembro 2002. São Paulo, 2002.

TEIXEIRA & VILASBÔAS, Carmem Fontes & Ana Luiza Queiroz. **Política e Planejamento da Formação do Especialista de Arquitetura em Sistemas de Saúde**. Organizador: Carvalho, Antônio P. Alves. Salvador: Quarteto Editora, 2003.