

Rede Básica

Construindo Novos Espaços Para Acolher Novas Propostas¹

Paulo Roberto Vianna Bohrer²

Resumo

A partir da Constituição Federal de 1988 iniciou-se um processo de descentralização da saúde, passando aos municípios a responsabilidade maior pela execução das ações. Ao mesmo tempo vem sendo questionado o modelo médico-privatista, e se exigindo uma maior atenção para as ações preventivas de saúde. O conceito de saúde como ausência de doenças vem sendo superado pelo que considera a saúde como o resultado das condições de vida das pessoas, abrangendo habitação, educação, emprego, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, lazer etc. e que enxerga o cidadão dentro deste contexto, cuja atenção deve ser realizada com a visão de integralidade. A medida em que ocorre a consolidação destes conceitos, se avança na mudança do modelo hegemônico, que sempre esteve centrado na cura e tendo o hospital como a organização mais representativa e importante deste sistema de saúde. As mudanças das propostas e dos modelos de saúde

¹ Este trabalho foi extraído da monografia do Curso de pós-graduação em Saúde Pública da Unijui, tendo como orientadora a Professora Liane Beatriz Righi.

² Engenheiro Civil, Coordenador Regional Adjunto de Saúde – 17ª Coordenadoria Regional de Saúde – Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

acarretam a necessidade de adaptações das estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde. Para que haja eficiência dos serviços prestados é necessária a coerência entre estes fatores. Este trabalho propõe diretrizes para elaboração de projetos arquitetônicos de unidades básicas de saúde, considerando propostas transformadoras de saúde.

Palavras-chave: rede básica, estabelecimento de saúde, projeto arquitetônico, visão transformadora.

Basic Net: Building New Spaces to Welcome New Purposes

Abstract: According to the Federal Constitution of 1988, the process of decentralizing the health system has started, encharging the municipal districts to execute the deeds. At the same level, the private-doctor model has being discussed. The concept of health as absence of diseases has been overcome by what the health system consider as the result of people's lives condition, embracing housing, schooling, employment, alimentation, basic sanitation, environment, leisure, and so forth, seeing the citizen in this scenery, whose attention must be accomplished with a perspective of integrity. As the consolidation of this concepts happens, we succeed in the hegemonic model, which has always been concerned in the healing, and it had the hospital as the most important and representative organization of this health system. The changes on the proposals and health models strengthen the lack for adaptation of physical structures in health establishments. In order to reach efficiency in the offered services, it is necessary to have a coherence between these factors. This work suggests directions to elaborate architectonic projects of health basic units, taking into account the modifying proposals that regard on health.

Keywords: basic network, health establishment, architectonic project, transforming vision.

Introdução

Nos últimos anos, os pequenos municípios do Estado do Rio Grande do Sul (com menos de dez mil habitantes) têm sentido a necessidade de ampliar as estruturas físicas das suas unidades básicas de saúde. Por outro lado, os hospitais destes municípios, na sua grande maioria, possuem baixa taxa de ocupação de leitos e as estruturas físicas encontram-se, muitas vezes, deterioradas e em desacordo com as Normas Técnicas, passíveis inclusive de interdição pela Vigilância Sanitária.

Consideramos a importância de espaços físicos adequados para o desenvolvimento do trabalho na rede básica e propusemos algumas sugestões a serem adotadas na realização de projetos arquitetônicos das unidades básicas de saúde, tendo como pressuposto uma visão transformadora do sistema de saúde³.

Não aprofundamos este estudo para a rede hospitalar, porque o destino destes hospitais implica na mudança da concepção do atendimento e este processo encontra-se ainda incipiente, sendo necessário uma maior definição das atividades a serem desenvolvidas para que se possa pensar nos espaços físicos correspondentes. Acreditamos, no entanto, que as proposições levantadas neste trabalho possam ser aproveitadas futuramente na elaboração desta nova estrutura hospitalar.

Analisamos as experiências de dois municípios com propostas de gestão inovadoras e cujas unidades básicas de saúde apresentavam características interessantes para o nosso estudo. Por uma questão ética, resolvemos omitir os nomes destes municípios e dos profissionais que forneceram as informações utilizadas.

Utilizamos o “Postulado de Coerência” idealizado por Mário Testa, para analisarmos a coerência necessária entre propostas, métodos e estruturas físicas. Consideramos os propósitos de governo se-

³ Este conceito é trabalhado por Emerson Elias Merhy em *Práxis em Salud, um Desafio para lo Público*.

gundo uma visão transformadora da saúde, ou seja, aquela que defende a colocação em prática dos princípios assegurados na Constituição de 1988. Relacionamos os métodos com o modelo tecnoassistencial “Em Defesa da Vida”, por considerarmos que este modelo conseguiu pôr em prática estes princípios e trouxe inovações para a rede básica através das noções de acolhimento, vínculo e resolutividade. Sugerimos diretrizes para elaboração de projetos arquitetônicos de unidades básicas de saúde, que fossem coerentes com estas propostas e estes métodos.

Objetivo

Propor diretrizes para elaboração de projetos arquitetônicos de Unidades Básicas de Saúde, considerando as necessidades do processo de trabalho de uma equipe de saúde e a coerência com a proposta e o modelo de atenção.

Metodologia

Para estudar o problema proposto, foi necessário encontrar experiências inovadoras⁴.

“A abordagem por ‘expert’ é selecionada, baseada no fato de você possuir conhecimentos sobre a população, os elementos e a natureza dos objetivos de sua pesquisa: em resumo, fundamenta-se no seu julgamento e nos propósitos do estudo a ser realizado”. (Babbie, 1983, citado por Cotta, 1999, p.55) A partir do julgamento sobre as experiências existentes e nos propósitos do estudo a ser realizado, optamos por um município reconhecido como inovador na atuação da rede básica, que passamos a chamar de município 1.

⁴ Considerando a expressão “inovadoras”, a ampliação das atividades tradicionalmente executadas pelos serviços da rede básica.

Posteriormente, pela necessidade de aprofundar a discussão relativa aos espaços do acolhimento, a pesquisa foi ampliada com o estudo do Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) de outro município com esta experiência realizada, que denominamos município 2.

Técnicas de Pesquisa

As técnicas de pesquisa utilizadas foram: a observação e a entrevista semi-estruturada. A observação refere-se à visita a uma unidade de saúde da rede básica do município 1, com o objetivo de observar a estrutura física. A entrevista semi-estruturada refere-se tanto à discussão de grupo como à entrevista com informante, utilizadas nos dois municípios estudados.

A Experiência do Município 1

Escolhemos o município 1 como local para reunião do grupo focal, porque este município possui uma experiência em saúde diferenciada em relação ao normalmente encontrado nos outros municípios. O município 1 encontra-se na gestão plena do sistema municipal de saúde, tendo implementado a Política de Saúde da Família antes mesmo deste tornar-se um programa do Ministério da Saúde.

Para discutirmos sobre a relação entre as atividades desenvolvidas nas unidades básicas e os espaços físicos correspondentes, convidamos a responsável pela rede básica e o Diretor de Planejamento e Informações em Saúde do município 1, a Coordenadora Regional de Saúde de Ijuí, e a Coordenadora das Ações integrais de Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí.

A discussão limitou-se ao trabalho desenvolvido no município 1, criando-se a necessidade de revermos a nossa metodologia e ampliarmos a discussão com o resgate da experiência do município 2, para podermos aprofundar o estudo sobre o acolhimento dos usuários, como veremos posteriormente.

O caso aqui estudado é o de uma unidade básica que está sendo construída em um bairro da periferia do município, destinada a atender uma população com aproximadamente quatro mil pessoas.

Após a reunião, realizamos uma visita à Unidade Básica, onde podemos constatar no local os detalhes do projeto em construção.

Embora o Programa de Saúde da Família estabeleça como equipe mínima: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis agentes comunitários de saúde, este município pretende trabalhar com os seguintes profissionais nestas unidades de saúde: um médico geral comunitário com dedicação exclusiva, um enfermeiro, dois a quatro auxiliares de enfermagem e de quatro a sete agentes comunitários de saúde, podendo ainda, de acordo com as disponibilidades de recursos humanos do município, contar com odontólogos, pediatras, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos e outros.

Conforme o Diretor de Planejamento: “As unidades básicas são normalmente projetadas de forma retangular, com um imenso corredor, servindo ao mesmo tempo como sala de espera e acesso às diversas salas e consultórios”.

Verificando a necessidade de uma maior privacidade para a equipe desenvolver as atividades e visando a organização dos serviços, o Diretor de Planejamento explica como foi pensado inicialmente a Unidade Básica:

“O projeto foi idealizado na forma de uma cruz onde no meio ficaria localizada a recepção e farmácia, nos fundos a parte de serviços como cozinha e depósito de materiais de limpeza, em um dos lados os serviços de puericultura, imunizações e pré-natal e no outro lado os procedimentos ambulatoriais e consultórios, na parte da frente a sala de espera e como anexo uma sala para reuniões.”

Para o Diretor de Planejamento não é possível acabar com as filas, devido a excessiva demanda da população e a pequena oferta de profissionais de saúde. Portanto, a sala de espera foi projetada com dimensões razoáveis para bem acomodar os usuários. Este local possui ligação direta com a recepção, através de um balcão, onde são distribuídas as fichas e realizados os encaminhamentos necessários, através de auxiliares de enfermagem.

Entendeu a equipe que a recepção deveria ser realizada por auxiliares de enfermagem e não por agentes administrativos, pois desta forma o atendimento seria melhor qualificado, podendo haver um rodízio entre estes servidores, considerando inclusive o período de férias.

Foi garantida a privacidade dos trabalhadores ao não permitir aos usuários a visualização das salas internas, proporcionando, ao mesmo tempo, uma maior liberdade para os servidores desenvolverem as suas atividades através de uma circulação interna. Os corredores são estreitos (1,20 m), localizados na parte interna do prédio, ocupando poucos espaços e permitindo uma fácil locomoção entre as dependências. Para o Diretor de Planejamento: “Os corredores largos servem muitas vezes como sala de espera, o que dificulta a circulação e retira a privacidade dos servidores”.

É interessante também neste projeto a localização central da farmácia que permite a facilidade da dispensação dos medicamentos, mas os mesmos não ficam expostos ao público. Conforme o Diretor de Planejamento, “A exposição dos medicamentos ao público como se fosse uma “vitrine”, acaba estimulando o consumo pelos usuários.”

Quanto à sala múltipla, segundo o Diretor de Planejamento: “É destinada à reuniões da equipe, dos grupos de hipertensos, gestantes, etc., quando não ultrapassarem o número de doze pessoas. Para reuniões maiores podem ser utilizados os salões das igrejas, escolas ou da associação de moradores”.

Salientou a Coordenadora da Rede Básica do Município: “A equipe participou das definições do projeto desde a definição dos espaços necessários até a localização das tomadas”. Consideramos importante esta participação não apenas pelo fato de serem os trabalhadores que desempenharão as suas atividades no local, conhecendo melhor as suas necessidades, mas também para se sentirem participantes do processo de construção.

Na opinião da Coordenadora da Rede Básica: “É necessário aproveitar bem os espaços, para que não seja necessária a construção de uma área demasiadamente grande, por isso existe o rodízio de profissionais na utilização das salas e a execução de mais de uma atividade no mesmo local”.

A própria Norma Técnica para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde considera esta possibilidade: “...o fato de determinada atividade ser realizada, não garante a existência de ambiente específico para esta, pois a atividade eventualmente pode ter lugar em mais de um ambiente ou estar junto com outra atividade em outro ambiente” (Brasil, 1995, p.46).

Praticamente todos os serviços são encaminhados pelos auxiliares de enfermagem ao médico, através das fichas de atendimento. Como estratégias para diminuição das filas e descentralização do atendimento médico são apontadas as seguintes atividades: a puericultura é realizada pelos auxiliares de enfermagem, o pré-natal de baixo risco e o preventivo de colo de útero são realizados pelos enfermeiros, que também fazem consultas de enfermagem e trabalham com grupos de hipertensos e diabéticos.

Foram citados como avanços no processo de atendimento o fato de ser desnecessário entrar na fila as gestantes, crianças com febre e a puericultura em crianças até três anos de idade. O agendamento dos doentes crônicos e a internação domiciliária são ações executadas pelo serviço que normalmente não são viabilizados pela rede básica tradicional.

Observamos alguns aspectos do projeto que estavam em desacordo com a Norma para Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde, como a falta de sanitário no consultório de obstetrícia, a falta de uma sala para esterilização de materiais próxima ao expurgo, a existência de um sanitário para os usuários (a norma preconiza sanitário separado para homens e mulheres) e a dimensão e abertura destas portas para fora. O Diretor de Planejamento reconheceu que o projeto pode ser aprimorado futuramente e justificou a inobservância da Norma Técnica pela falta de um profissional qualificado (Engenheiro Civil ou Arquiteto) no processo de elaboração do projeto arquitetônico.

A Experiência do Município 2

Após a reunião realizada no Município 1, constatamos a necessidade de buscarmos outro município que tivesse a experiência de acolhimento aos usuários de forma mais efetiva.

Decidimos então por entrevistarmos a Coordenadora do Serviço de Saúde e a Coordenadora do Departamento de Saúde do município, no período em que foi implementada esta proposta, para que pudessemos resgatar a experiência de organização de estrutura física do CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde do município.

O caso estudado a seguir é de adaptação de uma residência como Unidade Básica de Saúde no município. Conforme a Coordenadora do Departamento na época: “Surgiu a necessidade de instalação de uma fábrica onde estava localizado o serviço de saúde. A única alternativa na época era a mudança para uma residência”.

O processo então partiu da necessidade de adaptar os espaços existentes ao serviço de saúde. Conforme a Coordenadora do Departamento, a equipe de trabalho é que decidiu se era possível instalar a Unidade Básica na residência, após uma visita ao local: “Para minha surpresa a equipe voltou entusiasmada dizendo que o novo local ficaria melhor que o existente”.

Segundo a Coordenadora do Serviço, “A própria equipe escolheu as salas onde iriam trabalhar, de acordo com as características das atividades a serem desenvolvidas”. Ela também destaca a excelente localização e a boa aparência da residência: “Era uma casa muito bonita, localizada no centro da cidade, de fácil acesso, perto da praça, da igreja, do hospital, sendo um local muito agradável e que fazia a população enxergar o serviço no mesmo nível destas instituições”.

Aqui vemos a importância de termos um ambiente agradável e acolhedor, tanto para os usuários, como para os trabalhadores, sendo coerente com o modelo “Em Defesa da Vida”, que defende para os serviços de saúde um “ambiente humanizado”.

O município 2 tinha, na época, cerca de 12.000 habitantes, possuindo mais uma unidade no município, mas que não possuía o mesmo grau de importância. Conforme a Coordenadora do Departamento: “A Unidade Básica começou a trabalhar como se a outra não existisse”. Este serviço foi estruturado em 1991. A Norma Operacional Básica que regulamentava o processo de municipalização era a NOB 01/91, o município era tratado como um prestador de serviços e não estava definido o repasse das unidades estaduais para os municípios.

A Unidade Básica era composta das seguintes dependências: Uma sala de espera ampla e arejada, uma sala onde era realizado o acolhimento dos usuários e os encaminhamentos aos profissionais do serviço, um ambulatório, um almoxarifado onde também eram guardados os medicamentos, uma sala de recreação e ‘escovário’, uma sala de reuniões, área de serviço, dois sanitários, sendo um localizado na parte externa do prédio destinado aos usuários e um próximo ao consultório da mulher, uma sala de observação e eletrocardiograma, um corredor de circulação interna e os consultórios: odontológico, de saúde mental e consulta de enfermagem, de pediatria, clínica geral e obstetrícia, consultório da mulher e clínica geral.

No primeiro município, a Unidade Básica estudada fazia parte de um sistema composto por várias equipes e unidades de saúde, que mesmo possuindo uma boa resolutividade, diferencia-se deste caso,

onde a Unidade Básica é pensada como um serviço de saúde. Apesar de algumas limitações de espaço físico e da necessidade de algumas adaptações, o que é normal, já que o prédio não foi construído com esta finalidade, aqui existe um número maior de dependências e a equipe de trabalho possui mais profissionais que a encontrada no município 1.

A equipe de trabalho no ano de 1992 era composta pelos seguintes trabalhadores: 5 médicos, sendo 3 geral comunitário de 40 h, 1 clínico geral de 20 h e 1 pediatra 20h e 1 ginecologista 20 h, 3 odontólogos 40 h e 1 odontólogo 20 h, 1 psicólogo, 1 enfermeira 40 h e uma enfermeira 20 h, 2 auxiliares de odontologia, 2 auxiliares de enfermagem, 1 secretária e 1 auxiliar de limpeza.

Tal como foi visto na Unidade Básica do município 1, aqui também foi garantida a privacidade da equipe de trabalho, ao não permitir o acesso indiscriminado dos usuários nos corredores do prédio. Talvez esta inovação se deva ao fato do Coordenador de Planejamento do Município 1 também ter participado da experiência do Município 2, tendo aplicado esta idéia na nova construção.

Esta forma de garantir a privacidade dos trabalhadores e de circulação interna é defendida pela Coordenadora do Departamento como uma maneira de “tratar bem a equipe: se o profissional teve um atendimento estressante, pode ter a liberdade de ‘dar um tempo’, tomar um cafezinho ou ir no pátio, sem que isto signifique que alguém esteja dizendo que aquele servidor não está trabalhando”.

A grande diferença em relação à Unidade Básica do Município 2 e que consideramos um avanço na forma de atendimento ao público foi a viabilização de um espaço para realizar o acolhimento, conforme é descrito pela Coordenadora do Serviço: “A secretária recebia os usuários e, conforme o caso, agendava o atendimento ou encaminhava juntamente com a ficha para a auxiliar de enfermagem que realizava o acolhimento em uma sala separada, onde podia ser verificada a pressão, temperatura, se estava sendo tomada a medicação e para qual profissional devia ser encaminhada aquela pessoa”.

A partir daí, a ficha era encaminhada para um móvel que continha várias repartições correspondentes a cada trabalhador da equipe.

Existem posições contrárias quanto ao profissional capaz de fazer este acolhimento e encaminhamento. Para alguns, só um médico tem condições de decidir qual o profissional mais adequado para fazer o atendimento.

Na visão da Coordenadora do Departamento, a auxiliar de enfermagem tem condições de realizar esta atividade, justificando da seguinte maneira: “É melhor que todos os usuários sejam recebidos pelo auxiliar de enfermagem, do que a desresponsabilização de alguém não ser atendido por falta de ficha. Neste serviço ninguém saía sem que alguém ficasse sabendo o motivo da procura à unidade de saúde”.

Além da agilização no fluxo de atendimento, este sistema de encaminhamento de fichas através das repartições do móvel citado, trouxe a idéia de que todos os trabalhadores eram igualmente importantes para o serviço.

Encontramos aqui, como no Município 1, os medicamentos em um lugar protegido da visão dos usuários, evitando o estímulo à medicamentação, e o aproveitamento de determinadas salas com a execução de mais de uma atividade. O exemplo mais interessante foi a ocupação com três cadeiras no gabinete odontológico, proporcionando a integração entre os profissionais e o processo de atendimento.

Novamente verificamos que alguns aspectos da Norma Técnica não estavam contemplados nesta Unidade Básica, como a esterilização e os sanitários. No entanto, devemos considerar que a Norma Técnica é posterior a esta Unidade e que se trata da adaptação dos serviços a um prédio já existente.

Discussão dos Resultados

Para entendermos melhor o problema, utilizamos o “Postulado de Coerência”, idealizado por Mário Testa, na análise dos espaços físicos necessários ao desenvolvimento das atividades de saúde da Rede Básica, a partir de uma visão transformadora do sistema.

Temos verificado nos últimos anos a necessidade de adaptação das estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde a uma nova realidade, principalmente nos pequenos municípios (com menos de dez mil habitantes).

Via de regra, as unidades básicas encontram-se subdimensionadas, necessitando ampliar os espaços físicos para poderem desenvolver as atividades de saúde com condições mínimas de trabalho.

Justifica-se tal fato, pelo processo de descentralização iniciado a partir da Constituição de 1988, que colocou os municípios como os principais responsáveis pela execução das ações em saúde e pela diversidade e amplitude que tomaram estas atividades.

Por outro lado, a maioria dos hospitais destes municípios possuem as estruturas superdimensionadas, ou seja, pouquíssimos leitos são ocupados, tornando-os financeiramente inviáveis. Muitos destes hospitais encontram-se com as estruturas deterioradas e em desacordo com as Normas Técnicas, passíveis, inclusive, de interdição pela Vigilância Sanitária.

Esta incoerência entre as estruturas físicas e os serviços de saúde é retratada a seguir:

O próprio setor público opera uma rede ambulatorial e hospitalar, que é, paradoxalmente, muitas vezes ociosa. No caso, o paradoxo é a coexistência da grande dificuldade de acesso da população aos serviços com a ociosidade na utilização dos equipamentos e recursos existentes. De alguma forma seria possível utilizarmos a imagem de alguém morrendo de sede tendo um copo de água fresca ao alcance da mão! (Cecílio, 1997, p.472).

O que estamos identificando é o processo de mudança do sistema hospitalocêntrico, com a reorientação de mais ações para a rede básica, tornando-se necessário adaptar as estruturas existentes a um novo sistema de saúde.

Convém deixar claro aqui, que esta mudança do sistema hospitalocêntrico não significa que estamos desconsiderando a importância dos hospitais para o sistema de saúde. Pelo contrário, entendemos que a rede hospitalar deve fazer parte do sistema de uma forma mais harmônica com a rede básica e que o atendimento hospitalar pode e deve, também, ser qualificado.

Sinteticamente, o “Postulado de Coerência” preconiza o seguinte: “os propósitos de uma instituição, os métodos que utiliza e a organização que assume devem ser coerentes”. (Testa, 1992, p.111). E o que se verifica é justamente que as antigas organizações não são mais coerentes com os novos propósitos e os métodos utilizados para atingi-los.

O gráfico abaixo ilustra este Postulado:



(Testa, 1992, p.116)

A analogia que realizamos no nosso trabalho em relação ao “Postulado de Coerência” concebido por Mário Testa, considera como organizações, a estrutura física dos estabelecimentos de saúde. Os propósitos são as propostas políticas de governo. E finalmente consideramos os métodos como os modelos technoassistenciais de saúde, ou seja, a sistematização através da teoria, com o objetivo de colocar em prática os propósitos de governo.

A relação de coerência se exprime, em ciências sociais, de duas maneiras: determinação e condicionamento. A primeira é uma força positiva que estabelece os limites dentro dos quais o fenômeno deve ocorrer. Pode ser definida como sendo a fixação, por um fenômeno, das condições para a eficácia de outro; sua lógica não é estritamente causal, isto é, não se afirma que se A, então B, mas que: se A, então fica determinado que para que B seja eficaz, devem ser cumpridas as condições c, d, e, que são, assim, as outras determinações que concretizam a realização de B. O condicionamento, por sua vez, é uma força negativa que fixa os limites, fora dos quais um fenômeno não pode ocorrer. Dito de outro modo, se B, A não pode realizar x, y, z... (Testa, 1992, p.111)

Fica evidenciada que esta relação de determinação e condicionamento entre propósitos, métodos e organização também ocorre na análise que estamos realizando:

Vimos durante o trabalho que de acordo com as visões conservadoras, reformadoras e transformadoras, foram teorizados vários modelos technoassistenciais de saúde com o objetivo de viabilizar as suas propostas. “A relação de propósitos e métodos é de determinação entre o primeiro e o segundo e de condicionamento no sentido inverso.” (Testa, 1992, p.114). Ora, nos parece lógico que são as propostas que determinam os métodos, ou no nosso caso, os modelos technoassistenciais; e que a experimentação deste modelo vai condicionar a eficiência da proposta.

“As relações entre propósitos e organização são a determinação da organização pelos propósitos e o condicionamento inverso.” (Testa, 1992, p.114). É lógico pensarmos que as estruturas físicas das unida-

des básicas de saúde não determinam os propósitos da instituição. No entanto, se estas estruturas físicas não são adequadas, elas dificultam a colocação em prática de certos propósitos, portanto, as estruturas físicas condicionam os propósitos.

Concluindo: “os métodos determinam as organizações e estas condicionam aqueles” (Testa, 1992, p.115). Na nossa visão seria absurdo considerar o contrário, pois as estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde não são capazes de determinar os modelos tecnoassistenciais. No entanto, parece óbvio que um local de trabalho inadequado vai dificultar a viabilização do método, ou modelo tecnoassistencial.

Sintetizando o exposto acima, “quando o postulado não é cumprido na realidade, a consequência é a perda da eficácia” (Testa, 1992, p.113). Temos verificado a necessidade de ampliação dos espaços físicos das unidades básicas de saúde, através das constantes reivindicações dos gestores municipais e dos seus trabalhadores de saúde, sendo que em muitos municípios já foram concretizados estes anseios.

Certamente, a concretização destas ampliações proporcionou melhores condições de trabalho a estes servidores, qualificou o atendimento aos usuários e trouxe satisfação aos gestores e políticos envolvidos. Porém, queremos ir mais além, propondo que os projetos arquitetônicos de construção ou ampliação destas unidades básicas sejam concebidos levando em consideração o postulado de coerência e a visão transformadora do sistema de saúde.

Conclusão

Vimos através do Postulado de Coerência de Mário Testa que as estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde não determinam as propostas nem os modelos de saúde, mas são condicionantes para obtermos um serviço eficiente e coerente com a proposta de trabalho que pretendemos realizar.

Verificamos a importância da participação de um profissional habilitado (engenheiro ou arquiteto) na elaboração do projeto arquitetônico e da observação das Normas Técnicas, para se evitar falhas na execução e dificuldades na aprovação do projeto.

Observamos que além da necessidade legal de ser observada, a Norma Técnica é um instrumento importante para auxiliar na execução dos projetos arquitetônicos. A Portaria 1884/GM define os espaços físicos necessários em função das atividades a serem desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde. O que esta Portaria não aborda é sobre o processo de elaboração destes projetos, ou seja, quais as pessoas que devem se envolver na definição destas atividades e como deve ser realizado este trabalho.

Conforme as experiências analisadas, é fundamental o envolvimento de toda equipe de trabalho na definição do projeto arquitetônico, para que o resultado obtido seja o mais próximo da viabilização das atividades a serem desenvolvidas. Entendemos também, que deveria ser ouvida a comunidade, através dos Conselhos Municipais e das Associações de Moradores, uma vez que, certamente, os usuários têm muito a dizer sobre os serviços que irão utilizar.

Encontramos nas experiências analisadas, características de uma visão transformadora da saúde e do modelo “Em Defesa da Vida”⁵ como o acolhimento, a humanização do atendimento, a resolutividade, o vínculo dos usuários com os profissionais e a integralidade da atenção.

Observamos a necessidade de haver um espaço reservado para a realização do *acolhimento*, onde o usuário possa falar sobre o motivo da procura do serviço de saúde e seja encaminhado para o atendimento necessário. Neste aspecto, a experiência do Município 2 pode servir de exemplo de viabilização deste princípio e de criação de novos espaços, através do atendimento da secretária na entrada do serviço e da

⁵ Em Defesa da Vida é um modelo technoassistencial de saúde trabalhado por Gastão Wagner do Souza Campos em Reforma da Reforma.

auxiliar de enfermagem em uma sala reservada, onde os usuários possam ser acolhidos e encaminhados para os demais profissionais do serviço. Destacando aqui, a utilização de um móvel compartimentado para distribuição das fichas de atendimento, conforme detalhamos anteriormente.

Na *humanização do atendimento*, verificamos a importância de termos uma boa localização do prédio, com fácil acesso e preocupação com um espaço agradável, para que as pessoas se sintam bem neste local que é normalmente procurado em momentos de dor. Uma sala de espera espaçosa, bem iluminada e arejada, com cores agradáveis, móveis confortáveis, revistas, televisão, vídeos educativos etc., são preocupações que devemos ter para tornar o atendimento mais humanizado. É de suma importância que os usuários dêem sugestões na construção deste espaço.

Como forma de garantir a privacidade e liberdade da equipe de trabalho, proporcionando um ambiente agradável, vimos nas duas experiências a separação da sala de espera dos demais serviços e uma circulação interna restrita aos trabalhadores e às pessoas em atendimento. Entendemos que esta medida é importante para o bom andamento dos serviços e proporciona uma maior tranquilidade à equipe, fundamental neste serviço que, por vezes, é tão estressante. Neste aspecto, também salientamos a necessidade de uma sala onde a equipe possa se reunir para tratar de assuntos relativos ao serviço e como espaço de lazer.

Entendemos que devem ainda ser garantidos outros espaços para reuniões com os grupos específicos, dentro da proposta de educação em saúde e de participação da comunidade.

Vimos nos princípios da *resolutividade* e da criação de *vínculo* da equipe com os usuários em ambos serviços, o que normalmente não ocorre em outros municípios, como o agendamento dos serviços e a descentralização do atendimento médico para os demais profissionais da equipe, procurando desta forma, atender a todos os usuários e evitar a formação de filas no serviço.

A prática da *integralidade da atenção* foi observada no trabalho de equipe, tanto no Município 1, como no Município 2, chamando a atenção a forma como eram distribuídas as fichas no serviço do Município 2, proporcionando uma visão igualitária dos profissionais. Destacamos ainda a execução de mais de uma atividade no mesmo espaço, que, mesmo sendo um resultado das limitações dos prédios, trouxe experiências interessantes, como a utilização do mesmo gabinete odontológico por vários profissionais na Unidade Básica do Município 2.

Destacamos a importância da farmácia ficar localizada em um espaço protegido, para não estimular o uso de medicamentos.

Acreditamos que este trabalho possa servir de contribuição para os profissionais na elaboração de projetos arquitetônicos de Unidades Básicas de Saúde, dentro de uma proposta transformadora do sistema. Entendemos ser fundamental a participação da equipe de trabalho e o envolvimento da comunidade neste processo de discussão.

Bibliografia

A – Básica

BRASIL, *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*, Portaria 1.884/GM. Brasília: 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma*, São Paulo: Hucitec, 1997.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, julho-setembro 1997.

COTTA, Rosângela M. M.; MUNIZ, José Norberto, MENDES, Fábio Faria, COTTA FILHO, José Sette. O município e a nova lógica institucional do setor saúde: uma análise empírica do cenário local. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro: Cebes, 1999.

MERHY, Emerson Elias, A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Praxis en Salud, un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

TESTA, Mário. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

B – Complementar

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de Saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Praxis en salud, un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *Debates, Boletim dos Núcleos de Educação em Saúde Coletiva* – nº 1, Governo do Estado do Rio Grande do Sul, outubro 1999.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O desafio de Qualificar o Atendimento Prestado pelos Hospitais Públicos. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Praxis en salud, un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

GRASSI, Alcindo; BATEZINI, Eurides da Silva. *Metodologia da pesquisa*. Ijuí: Unijuí, 1999.

JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva. *Modelos tecnoassistenciais de saúde, o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal*. Distrito Sanitário. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.