

ARQUITETURA E HUMANIZAÇÃO DE HOSPITAIS: TENDÊNCIAS E EXEMPLOS DE INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

LUCIANA DE MEDEIROS VIANNA

Programa de Pós-graduação em Arquitetura da FAU/UFRJ
E-mail: medeiros.luciana@terra.com.br

IVANI BURSZTYN

Professora da Faculdade de Medicina/UFRJ e do Programa de Pós-graduação da FAU/UFRJ
E-mail: iburszty@superig.com.br

MAURO SANTOS

Professor da Faculdade de Arquitetura/UFRJ e do Programa de Pós-graduação da FAU/UFRJ
E-mail: mcosantos@ig.com.br

Resumo: O presente artigo tem como objetivo destacar aspectos da humanização hospitalar que possam ser traduzidos em linguagem arquitetônica e visualizados em estabelecimentos de saúde contemporâneos no Brasil. As reflexões desenvolvidas no trabalho envolvem uma revisão bibliográfica acerca do tema envolvendo pesquisas das áreas de saúde e de arquitetura. Os hospitais da Rede Sarah são os exemplos arquitetônicos apresentados e analisados segundo os itens de humanização ressaltados. Tais edifícios, dentre os componentes discutidos, possibilitam principalmente o acesso à natureza e às condições naturais de conforto ambiental. Esse tipo de influência positiva do ambiente sobre a recuperação do paciente passa a ser incluída aos conceitos de arquitetura hospitalar da atualidade, em parte como resposta ao excesso de impessoalidade e objetividade trazidos com a alta tecnologia.

Palavras-chave: arquitetura hospitalar, humanização, contemporaneidade.

Abstract: The present article aims to emphasize the aspects of healthcare humanization that could be traducing in architecture language and visualized in the contemporary health establishments in Brazil. The insights developed in the work involve a bibliographic revision about the subject, including researches in the health and architecture areas. The Sarah Hospitals are the architectonics examples introduced and analyzed in according of the humanization's items salient. The certain buildings, among the components argued, mainly allow the access to the nature and the natural conditions of environmental comfort. This kind of positive influence of environment about the recuperation of the patient could be include to the concepts of healthcare design at the present time, in part like response to the excess of the impersonality and objectivity brought with the high technology.

Keywords: healthcare design, humanization, contemporaneity.

1. Introdução

Os ambientes de atenção à saúde passaram por diversas transformações ao longo do tempo e tiveram seu espaço e funcionamento repensados em função dos avanços da medicina, da tecnologia e das discussões acerca das práticas de saúde. A necessidade de encontrar um equilíbrio entre quantidade, custos e qualidade dos serviços prestados determinou uma maneira mais ampla de conceber o sistema de saúde e seus respectivos edifícios, hoje planejados segundo um conjunto de premissas que envolvem fatores de ordem administrativa, ambiental, arquitetônica e de recursos humanos.

Dentre os conceitos desenvolvidos no campo da arquitetura hospitalar da contemporaneidade, a humanização¹ tem sido fator recorrente, embora no Brasil sua definição nem sempre apresente unanimidade. O uso do termo pode ser visto como sinônimo do emprego de elementos decorativos sobrepostos a um edifício pré-concebido segundo parâmetros técnicos e normativos ou ainda como uma tendência em comparar a estrutura de determinados hospitais à de hotéis ou shoppings, atribuindo-lhes a qualidade de "humanizado" em decorrência da variedade de serviço e opções de conforto oferecido ao paciente. Tal comparação, como será visto adiante, pode ser fruto de conceitos associados à contemporaneidade e pode, por vezes, assumir um caráter reducionista do que pode vir a ser um ambiente humanizado.

É importante enfatizar que, nos últimos anos, pesquisadores brasileiros da área de arquitetura hospitalar passaram a incluir a perspectiva do usuário nas suas reflexões, seja a partir de técnicas para conhecer a satisfação dos indivíduos com determinados elementos arquitetônicos, seja a partir da análise de edifícios sob o ponto de vista das recomendações internacionais sobre humanização (COSTI, 2002; SANTOS E BURSZTYN, 2004; VASCONCELOS, 2004).

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é discutir a presença de alguns elementos da humanização em instituições brasileiras - em especial nos hospitais da Rede Sarah - buscando subsídios nos referenciais teóricos que tratam dessa temática nas áreas da saúde e sociais aplicadas. Devido ao espaço reduzido característico deste tipo de comunicação científica, as reflexões aqui expostas incluem breves comentários acerca da transição do hospital moderno para o pós-moderno, dos componentes da humanização e dos hospitais brasileiros supracitados.

2. Arquitetura hospitalar, Modernismo e Pós-Modernismo

O século XX, principalmente no período pós-guerras, foi caracterizado por uma intensa expansão dos serviços de saúde, especialmente nos Estados Unidos, Canadá e alguns países europeus. O aumento da demanda por leitos hospitalares, o surgimento das especialidades médicas e o avanço tecnológico possibilitaram alto investimento dos governos na construção desses edifícios. Assim, os hospitais cresceram em tamanho e em complexidade, tiveram sua estrutura verticalizada e dividida em três zonas principais: apoio ao diagnóstico e tratamento, internação e apoio logístico – esta última composta pelos serviços de suporte às outras duas. Sofisticados sistemas de ventilação e ar condicionado, elevadores e monta-cargas passaram a dar suporte às grandes massas edificadas (VERDERBER & FINE, 2000).

Na maioria das vezes, os edifícios hospitalares tinham como base o estilo internacional, predominante na arquitetura a partir dos anos 1930. No processo de subordinação da estética à funcionalidade, o estilo exacerbou a padronização de formas e materiais visando a fabricação e a construção. Consolidou-se, então, o processo de “tipificação na arquitetura”: a repetição de unidades espaciais, como casa-tipo ou pavimento-tipo e a produção em série de elementos arquitetônicos e construtivos - esquadrias, revestimentos, coberturas. Em suma, a arquitetura do estilo internacional adotava uma modulação das dimensões espaciais, estruturais e de mobiliário. No interior dos edifícios, predominava a falta de ornamentação e cores e seguia-se um modelo ergonômico padronizado. Os tetos planos, os volumes monolíticos, a estrutura modular em concreto e aço com grandes vãos de vidros nas fachadas definiam, em conjunto, o exterior dos edifícios. Essas soluções foram universalizadas, difundindo-se o estilo internacional como de aplicação extensiva a distintas latitudes (FRAMPTON, 2000; VERDERBER & FINE, 2000).

A unificação dessas idéias a partir da criação de políticas e programas de saúde que regularizassem a construção e reforma de hospitais gerou, tanto nos Estados Unidos como na maior parte dos países europeus, a multiplicação de edifícios praticamente idênticos. O objetivo desses programas junto a iniciativas dos ministérios da saúde de cada país, era o de criar uma receita de modelos standardizados utilizados pelas autoridades regionais de acordo com a sua demanda, fosse para ampliar um edifício existente, fosse para construir um novo hospital. A intenção também era economizar tempo, espaço e dinheiro (MIQUELIN, 1992).

Se, por um lado, a corrida pela tecnologia permitiu o desenvolvimento do setor, por outro, provocou questionamentos a respeito da desvalorização das necessidades dos pacientes frente ao excesso de padronização e aos equipamentos do hospital. Além desses fatores, o aumento das despesas do Estado com os custos direcionados ao campo médico-hospitalar, intensificou as disparidades na área e gerou questionamentos a respeito da distribuição dos serviços e da universalidade do direito à saúde (VERDERBER & FINE, 2000).

A partir dos anos de 1970, estudiosos no assunto iniciaram discussões a respeito de uma possível descentralização dos serviços, baseada na construção de unidades médicas menores distribuídas pelas cidades. Cada unidade, dependendo do nível de complexidade dos serviços oferecidos, deveria atender a uma quantidade específica de habitantes de uma região. Por serem menores e por funcionarem dentro de uma rede hierarquizada de serviços que vão desde a prevenção até os cuidados críticos, essas unidades atenderiam também ao aspecto economia de custos com sua infra-estrutura reduzida². O mega-hospital, como era conhecido até esse período, cedeu lugar aos ambulatórios, aos centros de diagnóstico e tratamento e aos hospitais especializados. Nessa ocasião, os provedores dos serviços dividiram-se em dois grupos: os que estavam interessados na discussão a respeito da universalidade do direito à saúde e nas questões relativas ao processo saúde-doença; e os que viam na prestação dos serviços a possibilidade de lucro, como uma empresa que deve oferecer algo para atrair seus clientes. No início, essas duas correntes funcionavam com ponto de vistas separados, mas em seguida convergiram e proporcionaram uma reorganização nas estruturas médico-hospitalares (VERDERBER & FINE, 2000).

Como consequência desses acontecimentos, as instituições privadas, já nos anos 1980, passaram a ter seu planejamento, construção e administração fundamentados num cenário de lazer e consumo, característicos do pós-modernismo. Fazem parte desse grupo os hospitais que apresentam configuração arquitetônica e serviços semelhantes aos de hotéis e shoppings, cuja lógica de funcionamento é a satisfação do cliente ou consumidor - o antigo paciente passa a ser assim denominado (MILLER & SWENSSON, 2002).

É interessante notar que os pós-modernistas vêem-se diante da oportunidade de diversificar as formas arquitetônicas e urbanas devido às novas tecnologias e variedade de materiais, assim como em decorrência da não obrigatoriedade de projetar conforme produção em massa. Os arquitetos podem comunicar-se com grupos distintos de clientes de modo personalizado e conceber projetos para diferentes situações, funções e culturas de gosto. Há um fascínio atual pelo embelezamento, ornamentação, fragmentação, cenografia e pelo efêmero (HARVEY, 1992).

Num ambiente propício ao uso desses princípios, mas também diante dos novos paradigmas de saúde e doença, os edifícios de atenção à saúde têm incorporado de diferentes maneiras as demandas atuais. Condicionantes regionais, incluindo aqueles envolvidos com políticas de saúde e os que encontram-se associados ao modo de enxergar o ambiente terapêutico, tem sido importantes fatores a serem considerados nos projetos arquitetônicos.

3. Humanização em saúde e arquitetura como ambiente terapêutico

Uma outra mudança de perspectiva, ocorrida nos anos 1970, ligada a uma maneira mais ampla de conceber o sistema de saúde e seus determinantes, favoreceu a procura por meios de desenvolver uma formação médica repensada, que superasse a valorização do técnico e do quantitativo. Alguns autores mostraram-se sensíveis a tais questões e levantaram uma série de pré-requisitos que deveriam estar presentes na relação profissional-paciente e

hospital-comunidade. De forma sucinta, os principais fatores a serem considerados contra a desumanização em saúde, além das necessidades biológicas dos pacientes, são suas necessidades psicológicas e sociais (HOWARD, 1975).

Tendo em vista o estado emocional em que se encontram os pacientes ao entrarem em contato com a diversidade e quantidade de rotinas, pessoas e equipamentos presentes no edifício hospitalar, a criação de medidas para amenizar tal impacto também fizeram parte dessas transformações. Nesse sentido, o que alguns autores denominam *healing environment* ou *supportive design*, outros chamam de “ambiente humanizado”. De uma maneira geral, trata-se de um ambiente voltado integralmente para a recuperação e restabelecimento do paciente, envolvendo pessoas, comportamentos e componentes físicos capazes de diminuir os níveis de estresse presentes na experiência de hospitalização (CARPMAN & GRANT, 1986; MALKIN, 1992; ULRICH, 2001).

Como fruto dessas discussões, alguns autores têm se dedicado às pesquisas que ressaltam a importância da arquitetura como um instrumento capaz de fortalecer os processos de saúde, acarretar consequências positivas para os usuários e influenciar resultados médicos (BAIER, 1995; RUBIN, 1998; ARNEILL & DEVLIN, 2000; ULRICH, 2000; ULRICH, 2001; DEVLIN & ARNEILL, 2003; FORNARA, BONAIUTO & BONNES, 2006). Como sugere tal literatura, o ambiente físico tem papel significativo no processo terapêutico, sobretudo porque pode reduzir o estresse e a ansiedade dos pacientes e seus familiares; diminuir a dor e, conseqüentemente do uso de analgésicos e outros medicamentos; melhorar a qualidade do sono, proporcionar momentos de relaxamento e aumentar a satisfação do pacientes e profissionais de saúde.

Algumas recomendações têm sido apontadas para amenizar os efeitos do impacto hospitalar sobre os pacientes (CARPMAN & GRANT, 1986; MALKIN, 1992; ULRICH, 2001). Dentre tais requisitos, merecem destaque aspectos do comportamento dos indivíduos e das políticas institucionais que correspondem a determinados ambientes e/ou elementos arquitetônicos:

- Oferecer ao paciente possibilidade de controle dos meios: mobilidade (acessibilidade e sinalização) e controle da interação social/privacidade (layout e distâncias interpessoais; elementos que permitam ou não a visualização da pessoa, como vidros nas esquadrias ou elementos vazados; posição do mobiliário em relação às portas ou circulações).
- Oferecer ao paciente suporte social: em termos de arquitetura, seriam locais para permanecer com a família e para conversar com o staff (salas e áreas de convívio).
- Oferecer ao paciente possibilidade de acesso à natureza e distrações: os elementos arquitetônicos envolveriam a visualização do exterior do edifício, posição do mobiliário em relação às aberturas/janelas/portas, presença de jardins, fontes de água e locais apropriados para realização de atividades e para busca de informação (livros, revistas, rádios, televisões, computadores e acesso à internet).
- Condições físicas: temperatura, iluminação, ruído, odores (em relação aos elementos arquitetônicos, poderiam ser citados as janelas ou outros tipos de aberturas que possibilitem entrada de ventilação e/ou iluminação naturais; proximidade com outros ambientes que sejam fonte de odores e ruídos; presença, quando for o caso, de condições artificiais de ventilação/iluminação).

Dilani (2001) comenta que essa relação dos ambientes hospitalares com determinados fatores que favorecem o restabelecimento do paciente, depende de aspectos ligados à cultura. O estresse causado pelas rotinas médicas e pelo adoecimento, assim como a necessidade do paciente de sentir-se seguro e minimamente confortável, causam diferentes impressões, mas nem por isso menos importantes do que outros sintomas relacionados à doença, por exemplo. De acordo com o autor, o que consideramos bonito ou satisfatório depende de nossa cultura, gostos, conhecimentos e experiências. Por essa razão, o trabalho dos designers deve estar em sintonia com ambientes familiares à nossa experiência e apropriados à nossa cultura.

4. Hospitais da Rede Sarah

Os hospitais da Rede Sarah Kubitchek possuem qualidades arquitetônicas que podem ser analisadas conforme diferentes áreas temáticas da própria arquitetura. Sob a ótica do conforto ambiental, da tecnologia da construção ou ainda do processo de concepção de projeto, pode-se discutir uma variedade de componentes lançando mão desses edifícios voltados para a reabilitação. Tais estabelecimentos, juntamente com seu arquiteto responsável, João Filgueiras Lima - ou Lelé - são mencionados com frequência em textos e periódicos acadêmicos ou comerciais e fazem parte de sites específicos acerca da Rede (ver, por exemplo, EKERMAN, 2005; PEREN MONTEIRO, 2006; www.sarah.br).

Alguns princípios gerais definem o partido arquitetônico dos hospitais Sarah, ainda que cada proposta apresente determinadas particularidades provenientes do perfil hospitalar adotado, das características do terreno ou dos condicionantes geográficos locais. Mesmo assim, é possível enumerar como pontos em comum: a flexibilidade, extensibilidade e padronização da construção; criação de espaços verdes; flexibilidade nas instalações; iluminação natural e conforto térmico dos ambientes (LATORRACA, 2000). Imperam o uso de materiais pré-fabricados, estrutura metálica, tubulações visitáveis de fácil acesso e uso de sheds na cobertura para captação de iluminação e ventilação naturais e de galerias de ventilação no subsolo (figuras 01 e 02).

Buscando relacionar esses estabelecimentos de saúde com os componentes da humanização expostos no corpo deste trabalho, a possibilidade de integrar aspectos naturais de conforto ambiental e de paisagismo à construção

talvez sejam os conteúdos mais visíveis. Porém, é importante lembrar que a vontade de movimentar-se deve fazer parte da filosofia dos cuidados com a saúde durante o tratamento de reabilitação. Por este motivo, nada mais apropriado do que a integração do edifício à paisagem circundante e o uso desse espaço adjacente como extensão do próprio espaço hospitalar (figuras 03 e 04).

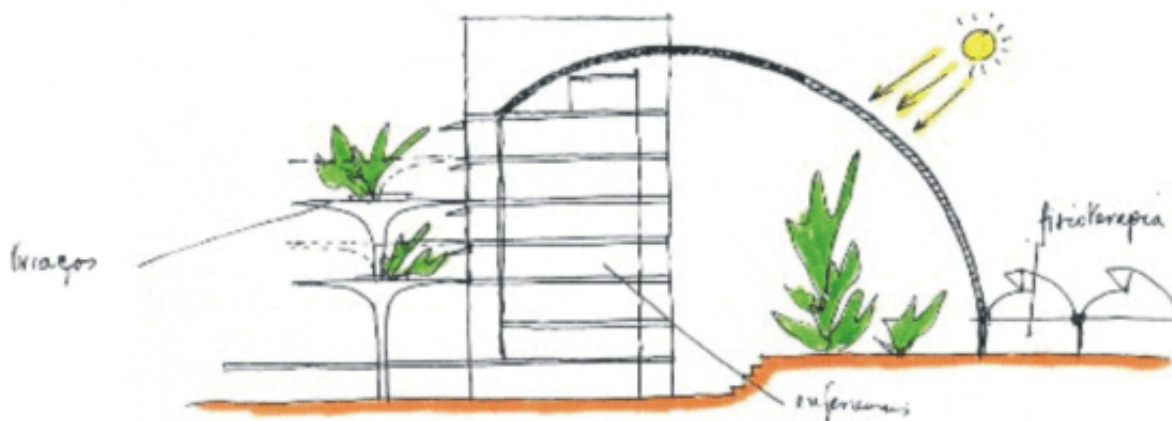


Figura 01: Corte esquemático – Hospital Sarah Fortaleza – 1991.

Fonte: LATORRACA, G. (Org.). João Filgueiras Lima, Lelé. Lisboa: Editora Blau, São Paulo: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi (Arquitetos Brasileiros), 2000, p. 204.

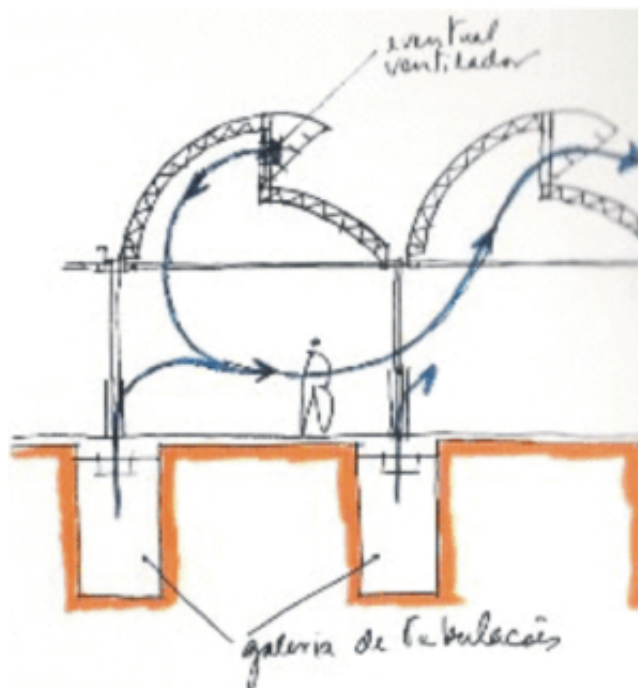


Figura 02: Corte esquemático – Hospital Sarah Fortaleza – 1991.

Fonte: LATORRACA, G. (Org.). João Filgueiras Lima, Lelé. Lisboa: Editora Blau, São Paulo: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi (Arquitetos Brasileiros), 2000, p. 204.



Figura 03: Vista interna da recepção – Hospital Sarah Belo Horizonte – 1993.

Fonte: LATORRACA, G. (Org.). João Filgueiras Lima, Lelé. Lisboa: Editora Blau, São Paulo: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi (Arquitetos Brasileiros), 2000, p. 210.



Figura 04: Vista externa – Hospital Sarah Rio de Janeiro – 2002. Fonte: www.sarah.br

No que concerne aos moldes de uma arquitetura dita “contemporânea”, torna-se válido ressaltar que, nos casos dos hospitais da Rede Sarah, houve a substituição dos volumes pesados e das caixas de concreto pelo uso da argamassa armada, do aço, do vidro e do alumínio. A estrutura leve e sinuosa transforma o edifício em sinfonias de luz, cor e natureza e criam no paciente o desejo de manter contato com a água e com a natureza presente no entorno (SEGRE, 2003).

5. Considerações finais

Há, nos tempos atuais, uma exigência de que saúde e doença sejam tratados de maneira mais abrangente e em considerar a relação entre o espaço físico do hospital e saúde/doença além dos limites da infecção hospitalar e assepsia. Dessa forma, mesmo sabendo que o ambiente deve se mostrar capaz de controlar infecções e distribuir fluxos, acomodar procedimentos, rotinas, pessoas e equipamentos, deve também se mostrar apto ao acolhimento dos usuários do local, principalmente pacientes e visitantes. Para tal, o conhecimento de aspectos presentes na relação pessoa-ambiente constitui-se um meio para nortear determinadas questões na atividade projetual.

É interessante notar que a nova configuração arquitetônica dos hospitais contemporâneos não elimina alguns aspectos desenvolvidos no hospital modernista: continuam as zonas funcionais e seu desmembramento em subzonas que acomodam rotinas, fluxos e categorias de atividades; e continuam alguns conceitos a serem aplicados durante a concepção do projeto, como a padronização, por exemplo. Por outro lado, encontram-se em uso elementos que permitem a diversificação e a particularidade: a não obrigatoriedade na opção por partidos verticalizados, com exceção dos lugares nos quais não há opção por terrenos maiores; a redução das dimensões do edifício e uso de formas sinuosas. Além disso, a mudança do espaço interno, com a presença de jardins e jogos de cores, luzes e sombras, favorecem os diferentes olhares dos usuários sobre esses ambientes. Segundo referencial teórico dos estudos pessoa-ambiente e da área de saúde, a mudança na configuração arquitetônica deve repercutir no processo terapêutico. Porém, sua constatação de fato, merece estudos mais aprofundados.

Por fim, cabe destacar que a breve reflexão aqui exposta permite a abertura de um leque de possibilidades para futuros trabalhos, tanto em função da nova roupagem dos hospitais contemporâneos, como em função das diferenças existentes entre os tipos de instituição no Brasil. Dependendo dos questionamentos e prioridades do pesquisador, análises formais ou funcionais da edificação podem ser empreendidas no atual cenário de mudanças na área hospitalar.

Referências bibliográficas

- ARNEILL, A. B., & DEVLIN, A. S. Perceived quality of care: the influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22, p. 345-360, 2002.
- BAIER, S. Patient perspective. In S. O. Marberry (Org.), *Innovations in healthcare design*. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold, p. 70-77, 1995.
- BRASIL/Ministério da Saúde. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2002.
- _____. HumanizaSUS: política nacional de humanização – relatório de atividades 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CARPMAN, J. R. & GRANT, M. *Design that cares: planning health facilities for patients and visitors*. Chicago: American Hospital Association, 1986.
- COSTI, M. *A influência da luz e da cor em corredores hospitalares*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- DEVLIN, A. S., & ARNEILL, A. B. Health care environments and patient outcomes. A review of the Literature. *Journal of Environment and Behavior*, 35, p. 665-694, 2003.
- DILANI, A. Psychosocially supportive design, Scandinavian health care design. In Dilani, A. *Design and health: the therapeutic benefits of design*. Svensk Byggtjänst, Stokholm, p. 31-38, 2001.
- EKERMAN, S. K. Um quebra-cabeça chamado Lelé. *Arquitextos* n° 064.03. Portal Vitruvius, set. 2005. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq064/arq064_03.asp>. Acesso em 23 mai. 2007.
- FORNARA, F.; BONAIUTO, M. & BONNES, M. Perceived hospital environment quality indicators: a study of orthopaedic units. *Journal of Environmental Psychology*, 26, p. 321-334, 2006.
- FRAMPTON, K. *História crítica da arquitetura moderna*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Ed. Loyola, 1992.
- HOWARD, J. Humanization and deshumanization of health care: a conceptual view. In Howard, J. e Strauss A. *Humanizing health care*. Nova Iorque: John Wiley, p. 57-102, 1975.
- LATORRACA, G. (Org.). *João Filgueiras Lima, Lelé*. Lisboa: Editora Blau, São Paulo: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi (Arquitetos Brasileiros), 2000.
- MILLER, R. L. e SWENSSON, E. *Hospital and healthcare facilities design*. Nova York, McGraw-Hill, 2002.
- MALKIN, J. *Hospital Interior Design*. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold, 1992.
- MIQUELIN, L. C. *Anatomia dos Edifícios hospitalares*. São Paulo: Cedas, 1992.
- PEREN MONTEIRO, J. I. *Ventilação e iluminação naturais na obra de João Filgueiras Lima, Lelé: estudo dos hospitais da rede Sarah Kubitschek Fortaleza e Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Escola de Engenharia de São Carlos, 2006.
- PINTO, S. C. F. (1996). *Hospitais: planejamento físico de unidades de nível secundário – manual de orientação*. Brasília: Thesaurus, 1996.
- RUBIN, H.R. An investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes. *Journal of healthcare design*, vol. X, Center for Health Design, CA, p. 11-13, 1998.
- SANTOS, M. e BURSZTYN, I. *Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares*. Rio de Janeiro: Editora Senac, 2004.
- SEGRE, R. *Arquitetura brasileira contemporânea*. Petrópolis: Viana e Mosley, 2003.
- ULRICH, R. Effects of gardens on health outcomes: theory and research. In Cooper-Marcus, C. & Barnes, M. (Orgs.), *Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations*. Nova Iorque: John Wiley & Sons Inc, p. 27-85, 2000.
- _____. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In Dilani, A. *Design and Health: the therapeutic benefits of design*. Svensk Byggtjänst, Stokholm, 2001.
- VASCONCELOS, R. T. B. *Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas*. Dissertação de Mestrado em Arquitetura, UFSC, 2004.
- VERDERBER, S., & FINE, D. J. *Healthcare Architecture in an era of radical transformation*. New Haven: Yale University Press, 2000.

Notas

1 Dentro das práticas de saúde brasileiras, o uso do termo “humanização” envolve a valorização do indivíduo e da sua relação com os serviços, funcionando como base para a elaboração de políticas públicas e programas assistenciais, com métodos e técnicas de avaliação dos resultados de programas já implantados (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

2 No Brasil, dentro do que preconizam as determinações do SUS - Sistema Único de Saúde - os níveis de atenção à saúde e os tipos de estabelecimentos seguem teorias semelhantes. Devem fundamentar-se no grau de diferenciação das atividades prestadas e num sistema de serviços hierarquizado, determinado por diversos outros fatores (PINTO, 1996).