

PROGRAMAÇÃO ARQUITETÔNICA E PROJETOS COMPLEMENTARES

Prof. Arq. Frederico Flósculo Pinheiro Barreto
FAUUnB,
Membro do GEA-UFBA.

A palestra versa sobre os problemas didáticos relacionados ao ensino de projeto especializado (em arquitetura dos sistemas de saúde), o que aparentemente frustra àqueles que desejariam uma palestra sobre as últimas tecnologias em projetos complementares que não param de surgir, desde os sistemas de vigilância intra-hospitalares, à monitoração remotíssima dos sistemas vitais dos pacientes, por exemplo ou sobre os procedimentos de coordenação de projetos complementares.

A nossa argüição inicial é a de que a questão do ensino de projeto segue *pari passu* a evolução das tecnologias: não apenas no sentido de o ensino ter a estrita finalidade de ensinar as novas tecnologias, o que é fundamental, mas sobretudo no sentido de que o ensino de projeto deve examinar as mudanças de perspectiva nos métodos projetuais que as novas tecnologias introduzem. Por exemplo, a possibilidade de monitorar pacientes à distância permite uma utilização muito mais racional do tempo dos especialistas nas Unidades de Tratamento Intensivo, e essa tecnologia torna praticamente possível que todos os leitos de internação de um hospital sejam monitorados com um nível de informações sobre cada paciente a cada momento, numa situação sem precedentes há uma década atrás.

(Claro, isso não quer dizer que todos os hospitais tenham condições para investir maciçamente em tecnologia, ou que uma tal ordem de investimentos seja desejável face aos recursos escassos disponíveis para a fase curativa dos sistemas de saúde).

As concepções do espaço hospitalar, por outro lado, têm evoluído menos rapidamente que a tecnologia hospitalar. Novos modelos de organização hospitalar estão surgindo, em parte baseados no novo tipo de *aglomeração* de recursos (e talvez ainda seja mais adequado falar de *aglomeração* que de *integração* de recursos), em parte baseados na possibilidade de “extinguir” o espaço hospitalar tradicional como o lugar da internação de pessoas, de sua separação da sociedade, devido a necessidades implícitas nos processos de diagnóstico e tratamento. Contudo, ainda vai se passar um bom tempo até podermos falar da “morte do hospital”, e do nascimento da “sociedade monitorada”, em que os agravos à saúde das pessoas, e suas condições individuais de saúde, poderiam ser controlados de forma descentralizada e crescentemente automatizada.

O desenvolvimento de novas tecnologias efetivamente torna possível a elaboração de cenários de organização dos sistemas de saúde que colocam em cheque conjuntos cada vez maiores das fórmulas pré-existentes (de organização hospitalar, em especial) que se refletem em seus programas arquitetônicos. Nesse sentido, a própria Medicina vem se tornando cada vez mais uma área de aplicação de tecnologias, vem dependendo crescentemente de tecnologias, que atingem quase todas as suas práticas. O “médico como tecnólogo” não é, num sentido amplo, uma analogia descabida, pois tecnologias e medicina aplicam conhecimentos teóricos para a realização de ações no ambiente, nas pessoas.

O hospital de especialidades de médio a grande porte - como um “condensado de tecnologias” que envolve o “processamento” de dezenas de milhares (ou magnitudes ainda maiores) de pessoas por ano, em especial, deve ter enorme flexibilidade em sua rede de instalações prediais, permitindo que novos dispositivos, equipamentos, sistemas de controle e de segurança, por exemplo, sejam adicionados e integrados.

De um modo geral, o processamento de pessoas num hospital de especialidades segue um mesmo caminho básico, de consulta e exame, de diagnóstico, e de tratamento e alta (ou óbito), e a maioria dos desenvolvimentos tecnológicos incide no diagnóstico e tratamento. Muitos procedimentos inovadores apresentam exigências ambientais mínimas, próximas das

condições ambientais naturais, ou condicionados de forma passiva. Os ambientes usados no processamento de pacientes podem ser alvo de concepções de projeto que podem ser dramaticamente diversas daquela concepção “tradicional”, do hospital como um claustro médico, um labirinto de salas, um complexo de ambientes fortemente controlados e diferenciados.

Nessa perspectiva, as tecnologias bio-médicas permitem um processamento de doenças que exigem internação ou condições específicas de tratamento envolvendo enormes volumes de público em fluxos mais rápidos. A possibilidade de reduzir cada vez mais a demanda reprimida global por serviços de saúde é conseqüência direta do avanço desse amplo ramo das tecnologias. É evidente que os imensos fluxos envolvidos representam, por si mesmos, um dado de enorme importância para a programação arquitetônica de EASs Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Ao mesmo tempo, as novas tecnologias permitem que mais recursos (não apenas financeiros, mas mais importante, de pesquisas orientadas para o usuário) possam ser investidos na qualidade ambiental dos hospitais e demais edificações do sistema de saúde como espaços de convívio e de recuperação.

Nesse sentido, não podemos nos enganar: boa parte do esforço em “humanizar” os espaços dos hospitais é decorrência direta dos avanços tecnológicos nas ciências da saúde em sua prática profissional (embora se tenha atribuído à ética na política, à defesa dos direitos humanos, e à ampliação da consciência ecológica e ambiental, a exclusividade do esforço humanizador). E isso não é mal, apesar de boa parte das pessoas alimentar preconceitos contra a “tecnologia”, como forma de controle das pessoas, de ação impessoal e prejudicial contra sua liberdade e seus valores, etc. Devemos associar as novas tecnologias e os conhecimentos das ciências comportamentais, e, ao que tudo indica, os espaços dos EASs são um dos principais palcos dos novos experimentos dessa extraordinária associação.

Essa é uma discussão que pode ser proposta ao ensino de arquitetura especializada (em sistemas de saúde), bem como, evidentemente, aos praticantes: não somente um novo conjunto de projetos ditos *complementares* incorpora novas tecnologias, como também incorporam novas formas de utilização do edifício hospitalar. O projeto arquitetônico dos hospitais deve considerar a tecnologia das ciências da saúde como um fator associado a questões da qualidade espacial de forma ativa, e não de forma acessória, instrumental (às vezes essa acessorialidade das tecnologias bio-médicas é expressa na pragmática seqüência decisória “primeiro o espaço, depois as tomadas”...).

Repetindo a provocação: as tecnologias da área da saúde, especialmente no meio ambiental altamente estruturado dos hospitais, tem um importante impacto nas relações humanas e na organização dos espaços, e deve ser tomada como um fator crucial para a concepção do sistema de saúde e de seus espaços. Essa abordagem é contraposta ao modo de pensar a tecnologia de uma forma “complementar” ao problema funcional e estético dos espaços humanos. As tecnologias bio-médicas definem cada vez mais a própria natureza do espaço hospitalar: o espaço também é instrumental, e sua experiência (a experiência espacial) e concepção podem ser comparados com a própria experiência e concepção de tecnologias. Ou seja: avança por meio de proposições e avaliações, busca fundamentação científica e se inspira nela, persegue consistentemente o alcance de determinados resultados.

No caso do ateliê especializado de projeto arquitetônico, como essa questão é abordada ?

A “especialização da tecnologia”, em primeiro lugar, não respeita Antigüidade. Ao contrário, uma de suas heurísticas é justamente a de procurar “furos” nos modelos pré-existentes. Assim, o modelo de organização do trabalho no interior dos hospitais é questionado sistematicamente, e as conseqüências das inovações tecnológicas são discutidas em termos das novas organizações que podem surgir. Por exemplo, tecnologias que permitem retirar do hospital uma série de procedimentos que podem ser realizados em EASs mais

simples (como postos de saúde) permitem redirecionar recursos (pessoal, espaço, materiais, energia) dos ambulatórios, por exemplo como o monitoramento de pacientes com H.I.V., por exemplo. As tecnologias exigem que as partes componentes do sistema local de saúde se rearticulem rapidamente, e podem gerar enorme pressão sobre as relações tradicionais existentes entre os profissionais das equipes de saúde. E isso é um segundo ponto: a espacialização da tecnologia exige uma grande liberdade nos leiautes dos espaços hospitalares e nas possibilidades de uso de sua infra-estrutura. Os procedimentos de coordenação de projetos, nessa perspectiva, envolvem considerações sobre o comportamento das equipes e suas circunstâncias ambientais, sendo que há tecnologias dos dois “lados” (da equipe e de seu ambiente).

Hospitais menores, mais capazes de permitir o atendimento de alta resolutividade a um fluxo intenso de pacientes, devem ser capazes de absorver as novas tecnologias bio-médicas com rapidez (e não se credita aqui nenhuma concessão ao consumo desequilibrados de tecnologias que não têm aplicação em determinadas realidades urbanas). Assim é impossível dizer quando o projeto arquitetônico de um edifício desses “acabou”. Em edificações de *tecnologia intensiva*, o projeto arquitetônico é cada vez mais um instrumento de *gestão*. O arquiteto, cada vez mais um personagem das instâncias de gerenciamento. Daí que para o ateliê de projeto especializado, a abordagem tradicional que leva ao “produto pronto” do projeto de edificação deve ser necessariamente associada ao *estudo de caso* das edificações existentes ou, a seguir, da própria edificação que foi iniciada pelo projeto e que sofre o impacto da continuada reorganização dos padrões de atividades hospitalares.

A APO Avaliação de Pós-Ocupação, é parte essencial do projeto arquitetônico (frase que de modo algum exclui o que ainda chamamos de *projetos* complementares) de EASs, na medida em que esse projeto arquitetônico está associado à gestão da organização hospitalar. Esse seria um terceiro ponto: há várias dimensões a serem consideradas com respeito ao impacto das novas tecnologias no edifício hospitalar. As novas tecnologias nem sempre significam avanço em termos de resolutividade, e seus custos de aquisição e manutenção podem gerar sérios problemas para a sustentabilidade das partes de mais elevada hierarquia do sistema de saúde. A redução dos prazos de diagnóstico e tratamento, por exemplo, nem sempre é acompanhada pela redução dos “prazos sociais” de reintegração das pessoas em reabilitação na sociedade, e o modo como a tecnologia afeta o tempo de todos os envolvidos (pacientes, suas famílias, a equipe de saúde, os gestores dos sistema) pode gerar avaliações subjetivas pouco hábeis quanto às muitas dimensões de performance dos sistema de saúde a que estão submetidos.

Finalmente, deve ser dito que o “novo arquiteto” que começa a surgir no início do Milênio, terá uma enorme demanda por parte das chamadas *ciências comportamentais e ambientais*, mas também por parte de algo que poderia ser denominado *filosofia das tecnologias*, que o obrigarão a redefinir essas novas espacializações que os sistemas de serviços urbanos (como podem ser caracterizados majoritariamente os sistemas de saúde) assumem. Seja pelo crescimento populacional, seja pelas profundas mudanças na estrutura populacional que as tecnologias bio-médicas vêm possibilitando, é evidente que a associação entre ambiente e tecnologia não pode mais ser tratada como fase distinta de um mesmo sistema (urbano ou setorial).

No nível da edificação isso significa, por exemplo, a presença dos tecnólogos junto dos projetistas ambientais desde os primeiros momentos de concepção, bem como ao longo da gestão da organização em plena operação. Pelo fato de os arquitetos *não* serem tecnólogos, assim como *não* são cientistas comportamentais, não resta dúvida de que o próprio ateliê de ensino deve romper urgentemente com sua uni-disciplinaridade, e partir para esquemas de ensino mais ambiciosos, multi-disciplinares.