



**NOVOS CONCEITOS PARA O ESPAÇO ARQUITETÔNICO DOS HOSPITAIS DE
ENSINO: UM ESTUDO DE CASO EM JUIZ DE FORA**

Waina Bella de Castro Junqueira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura, área de concentração em Racionalização do Projeto e da Construção.

Orientador: Fernando Rodrigues Lima, D. Sc.

Co-orientador: José Gustavo Francis Abdalla, D. Sc.

Rio de Janeiro – RJ
Março de 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**NOVOS CONCEITOS PARA O ESPAÇO ARQUITETÔNICO DOS HOSPITAIS DE
ENSINO: UM ESTUDO DE CASO EM JUIZ DE FORA**

Waina Bella de Castro Junqueira

Orientador: Fernando Rodrigues Lima, D. Sc.

Co- orientador: José Gustavo Francis Abdalla, D. Sc.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências em Arquitetura, área de concentração em Racionalização do Projeto e da Construção.

Aprovada por:

Presidente, Prof. Fernando Rodrigues Lima, D.Sc.

Prof. José Gustavo Francis Abdalla, D.Sc.

Prof. Eduardo Linhares Qualharini, D.Sc.

Junqueira, Waina Bella de Castro.

J45 Novos Conceitos para o Espaço Arquitetônico dos Hospitais de Ensino: Um Estudo De Caso Em Juiz De Fora. / Waina Bella de Castro Junqueira. Rio de Janeiro: UFRJ / FAU, 2006.

xvi, 105 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Fernando Rodrigues Lima, D.Sc

Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – UFRJ/ Faculdade de Arquitetura e Urbanismo/ Programa de Pós-graduação em Arquitetura, 2006.

Referências Bibliográficas: f. 106-113.

1. Políticas de Saúde no Brasil. 2. Construção das Disciplinas de Saúde. 3. Arquitetura em Saúde. 4. Propostas de Ensino, Gestão e Assistência em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF. I. Lima, Fernando Rodrigues (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-graduação em Arquitetura. III. Título.

(CDD) 725.5

Com todo meu amor, dedico este trabalho a meus filhos Hugo, Bruno e Felipe e ao meu marido Ricardo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial, ao meu pai “in memoriam” e à minha mãe, pela formação do meu caráter.

Ao meu orientador, Fernando Lima, pela gentileza e contribuições nesta pesquisa.

Ao meu co-orientador, Gustavo Abdalla, pelo apoio constante e sugestões.

À amiga Marta Esteves que, de modo particular, acompanhou-me e ajudou-me em momentos preciosos.

À arquiteta Adriana de Assis pelos empréstimos de obras literárias e pela companhia neste mestrado.

Ao caro Henrique Duque que me apontou um caminho, inicialmente me pareceu distante.

Ao Dr. Jorge Baldi, Marilene Fabri Lima e Júlio Honorato pela confiança e oportunidade a mim dedicada, quando no meu percurso como arquiteta, projetando espaços dentro do Hospital Universitário / UFJF.

Aos caríssimos Marcus Tanure Sanábio e Luiz Cezar Duarte Pacheco pela compreensão durante os dias de afastamento que possibilitaram dedicar-me a esta pesquisa.

Aos professores do PROARQ, em especial ao professor Eduardo Qualharini, pelas críticas construtivas.

À Universidade Federal de Juiz de Fora, aos funcionários do Hospital Universitário da UFJF, a todos que me concederam entrevista e aos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

NOVOS CONCEITOS PARA O ESPAÇO ARQUITETÔNICO DOS HOSPITAIS DE ENSINO: UM ESTUDO DE CASO EM JUIZ DE FORA

Waina Bella de Castro Junqueira

Orientador: Fernando Rodrigues Lima, D.Sc.

Co-orientador: José Gustavo Francis Abdalla, D. Sc.

O foco desta dissertação é compreender a importância e o significado do projeto arquitetônico e seu espaço para o ensino e assistência em hospitais universitários. Dar-se-á uma noção sobre o modelo didático de ensino em saúde chamado Flexneriano, que foi adotado, no Brasil, durante o século XX. Também se apresenta uma noção das influências contemporâneas das políticas de saúde que vêm repercutindo na evolução dos espaços nos hospitais de ensino brasileiro. Dentro deste contexto, pesquisa-se especificamente o que vem ocorrendo na Universidade Federal de Juiz de Fora e o que passa na construção de uma nova unidade hospitalar, HU-CAS (Hospital Universitário/Centro de Atenção a Saúde) dentro das atuais filosofias de saúde e de ensino em saúde. Historicamente, aborda-se o desenvolvimento do espaço do Hospital Universitário da UFJF. Conclui-se, com as críticas a fragmentação da compreensão do Ser que irão refletir na formação da saúde e do espaço de ensino. Para finalizar, considera-se a possibilidade de, em função das observações e considerações aqui mencionadas, haver o risco de se repetir o mesmo desenvolvimento que gerou a fragmentação da estrutura hospitalar de ensino do HU no HU-CAS.

Palavras-chave: Arquitetura, Hospitais Universitários e Ensino em Saúde no Brasil.

ABSTRACT**NEW CONCEPT TO THE ARCHITECTURAL SPACE OF THE UNIVERSITY
HOSPITALS: A TEACHING OF JUIZ DE FORA' CASE**

Waina Bella de Castro Junqueira

Advisor: Fernando Rodrigues Lima, D.Sc.

Co-Advisor: José Gustavo Francis Abdalla, D. Sc.

The dissertation aims to understand the meaning of the architectural design and its space for education and health care in university hospitals. The research will give a notion of the didactic model in health education that is called Flexner Model. It was adopted in Brazil during XX century. A contemporary vision of the Brazilian political principles for health and its consideration in health education and design spaces for universities hospital in nationwide will also be discussed. The researcher case study is in the Universidad Federal de Juiz de Fora and chiefly by the construction of a new hospital unit, HU-CAS (Hospital Universitário/Centro de Atenção a Saúde) in where new philosophy and academic education in health is inside of its architectural design. Architectural spaces results in Hospital Universitário – UFJF after 30 years is analysed. It was find that the more specialize areas in health the more fragmentation vision of Human being in healthcare happens. It spells off and mirror in education and in designed and built space for education too. To finish, and to consider the analysis in this dissertation, HU-CAS has the same risk that was find in HU if the new ideas for education in health will be failed.

Keywords: Architecture, University Hospital, and Health Education in Brazil.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 APRESENTAÇÃO	2
1.2 PROBLEMA	4
1.3 HIPÓTESE	7
1.4 OBJETIVOS	7
1.4.1 Geral.....	7
1.4.2 Específicos.....	7
1.5 JUSTIFICATIVA.....	8
1.6 METODOLOGIA.....	9
1.6.1 Levantamento Bibliográfico	9
1.6.2 Levantamento Iconográfico	10
1.6.3 Entrevistas.....	10
2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS DISCIPLINAS	
MÉDICAS NO BRASIL	12
2.1 A FORMAÇÃO DO CAMPO DISCIPLINAR	13
2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	21
2.2.1 “Design” de Hospitais para o Ensino.....	21
2.2.2 Hospital Universitário no Brasil.....	25
2.2.3 Ensino em Saúde nos Hospitais Universitários.....	29
2.3 O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE	
SAÚDE NO BRASIL.....	32
2.3.1 A Saúde Pública na Primeira República.....	32
2.3.2 Políticas de Saúde da Era Vargas à Autoridade Militar.....	33
2.3.3 Do Autoritarismo Militar aos Anos 80 e a Mudança de Modelo de Saúde.....	35
2.3.4 A Saúde Pós Anos 80 e a Constituição Brasileira de 1988.....	38
2.4 ARQUITETURA E SAÚDE.....	42
2.4.1 A Arquitetura e os Espaços de Saúde.....	43

3. HISTÓRICO EM JUIZ DE FORA	48
3.1 A CIDADE E SUA ÁREA DE IMFLUÊNCIA.....	49
3.2 A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE LOCAL FRENTE ÀS POLÍTICAS NACIONAIS.....	51
3.3 A UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – UFJF.....	53
3.3.1 A saúde na UFJF.....	55
3.3.2 As Estruturas Curriculares dos Cursos de Saúde.....	55
3.4 DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU AO CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE – CAS.....	57
4. SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS NECESSIDADES DIDÁTICAS E ESPACIAIS FRENTE ÀS PROPOSTAS ENTRE O HU E O HU / CAS.....	64
4.1 A PESQUISA: ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	65
4.2 OBSERVAÇÕES “IN LOCO” E PROJETO ARQUITETÔNICO DO HU E HU -CAS.....	68
4.3 ANÁLISE DE ENTREVISTAS SOBRE O ENFOQUE ESPACIAL PRESENTE NAS DUAS UNIDADES DE SAÚDE:HU E HU-CAS.....	74
4.3.1 Ciências Biológicas.....	75
4.3.2 Educação Física	77
4.3.3 Enfermagem	78
4.3.4 Farmácia	80
4.3.5 Fisioterapia.....	83
4.3.6 Medicina	84
4.3.7 Odontologia	87
4.3.8 Psicologia	88
4.3.9 Serviço Social	90
4.4 COMPILAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: CONFRONTOS E DISCUSSÕES.....	92
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
5.1 O HOSPITAL: PRINCIPAIS PERCEPÇÕES.....	97
5.2 RECOMENDAÇÕES.....	100
6. CONCLUSÕES.....	103

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
APÊNDICE.....	i
Apêndice I - Modelo de Entrevista (Instrumento de Avaliação e Análise da Demanda de Espaços Arquitetônicos em Hospital de Ensino.....	ii
ANEXOS.....	v
Anexo II - Modelo Organizacional do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.....	vi
Anexo III - Fotografias do HU-CAS (Fonte UFJF).....	vii
Anexo IV - Projetos do HU-CAS (Fonte UFJF).....	viii
Anexo V - Mapa de Minas Gerais – Fonte PPI 2001-2002.....	xiv

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	1
Figuras 1.2.1 - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho / HUCFF /RJ	5
Retirada do Site da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.	
Disponível em: http://www.mec.gov.br/Sesu/hucleme.shtm ; www.hucff.ufrj.br/conheca .	
Acesso em: 25 de junho de 2005	
Figuras 1.2.2 e 1.2.3 - Centro de Reabilitação Infantil Sarah - Rio de Janeiro-RJ.....	6
Retiradas de texto resumido a partir de reportagem de Éride Moura, publicada originalmente em PROJETO DESIGN. Edição 266 Abril 2002. Fotos Celso Brando.	
Disponível em: http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura246.asp .	
Acesso em: 25 de junho de 2005	
 CAPÍTULO 2 - AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS DISCIPLINAS MÉDICAS NO BRASIL.....	 12
Figura 2.1.1 - Faculdade de Medicina da Bahia-BA	14
Sites and The Stories Behind Them.	
Disponível em: http://www.bahia-online.net/sites.htm	
Acesso em: 06 de junho de 2005.	
Figura 2.1.2 - Fachada Principal Instituto de Pesquisa-Hospital do Câncer/Fundação Oswaldo Cruz.....	15
Retirada do artigo Direções e Traçados da Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro. História, Ciências, Saúde-Manguinhos v.11 n.1 Rio de Janeiro jan./abr. 2004.	
Disponível em:	
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt	
Acesso em: 06 de junho de 2005.	
Figura 2.1.3 - Hospital Universitário da UFJF – Bloco A.....	18
Autoria: Secretaria de Imagem Institucional da UFJF.	
Disponível em: http://www.ufjf.edu.br/ver.php?siteref=portal&pagina=186 .	
Acesso em: 06 de junho de 2005.	

- Figura 2.2.1.1** - Enfermaria no Hôtel Dieu in Paris (cama com dois leitos).....22
Retirada do artigo: "The contagiousness of childbed fever": a short history of puerperal sepsis and its treatment de Caroline M De Costa - 2002
Disponível em: http://www.mja.com.au/public/issues/177_11_021202/dec10354_fm.html
Acesso em: 06 de junho de 2005.
- Figura 2.2.1.2** - Enfermaria de Homens (Século XIX) / Hospital Samaritano / São Paulo.....24
Disponível em: http://www.samaritano.com.br/?id_pasta1=0&id_pasta2=10&id_pasta3=143
Acesso em: 26 de junho de 2005
- Figura 2.2.1.3** - Unidade Ambulatorial - Hospital Universitário/ Juiz de Fora - Bloco A.....25
Autoria: Secretaria de Imagem Institucional da UFJF.
Disponível em: <http://www.ufjf.edu.br/ver.php?siteref=portal&pagina=186>.
Acesso em: 06 de junho de 2005.
- Figura 2.2.1.4** – Centro de Atenção à Saúde (1º módulo) / Universidade Federal de Juiz de Fora.....25
Retirada do CD: Visita Técnica MS / SE / DICON / MG . Acompanhamento da Execução Físico-Financeira. Autoria: Secretaria de Imagem Institucional da UFJF, 2005.
- Figura 2.2.2.1** - Galeria de Fotos / História das Santas Casas: Santa Casa de Santos..... 26
Disponível em: <http://www.santacasasp.org.br/galeria.htm>.
Acesso em: 26 de junho de 2005.
- Figura 2.2.2.2** - Fotos Santos Primeira Metade Século XX / Santa Casa de Santos.....26
Santa Casa Artigo – Internet UNISANTA - 2000 - Direitos reservados.
Disponível em:
http://www.portocidade.stcecilia.br/fotos/santos_primeira_metade_sec_xx/santa_casa/g/santa_casa.jpg.
Acesso em: 26 de junho de 2005.
- Figura 2.2.2.3** - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais..... 27
Retirada do Site da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.
Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/conheca.html>.
Acesso em: 25 de junho de 2005
- Figura 2.2.2.4** - Hospital Universitário Professor Edgard Santos.....28
Retirada do Site da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.
Disponível em: <http://www.mec.gov.br/Sesu/husantos.shtm>.
Acesso em: 25 de junho de 2005
- Figura 2.2.3.1** - Título de Reportagem. Agenor Barbosa Lawall, 2005..... 31
Disponível em: http://www.ufjf.edu.br/imprimir.php?siteref=noticias&imprimir_pag=8370
Acesso em: 31 de julho de 2005

- Figura 2.3.4.1** - Sistema Único de Saúde (SUS) - princípios doutrinários / princípios organizativos.....40
 Caderno Planejamento e Gestão em Saúde. Org. Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte / MG: Coopmed (Caderno de Saúde, 2).
 Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/cgprh/projetos/gestao/publicacoes/textos_basicos/t12_1_1.htm
 Acesso em: 14 de junho de 2005
- Figura 2.4.1.1** - Hospital Márcio Cunha I - Ipatinga / MG 46
 Retirada do Site da Empresa L+M Arquitetura 2005 - Portifólio Arquitetura e Design
 Disponível em <http://www.lmarq.com.br/>.
 Acesso em: 02 de julho de 2005
- Figura 2.4.1.2** - Hospital Sarah Belo Horizonte / MG. 46
 Disponível em: <http://www.sarah.br/>. Acesso em: 02 de julho de 2005
 Acesso em: 02 de julho de 2005
- CAPÍTULO 3 - HISTÓRICO EM JUIZ DE FORA48**
- Figura 3.1.1** - Mapa das rodovias que ligam Juiz de Fora aos grandes centros econômicos do país....49
 Retirado: PLANGEO – Planejamento e Geotecnologia Ltda, 2004.
 Disponível em: <http://www.juizdeforaconvention.com.br/imagens/mapas/acesso.gif>
 Acesso em : 27 de julho de 2005.
- Figura 3.1.2** - Mapa das regiões de Juiz de Fora.....50
 Retirada do Site - Mapas ACESSA.com
 Disponível em: <http://www.jfsservice.com.br/jfsmapas/regioes.apl>
 Acesso em: 25 de setembro de 2005.
- Figura 3.1.3** - Imagem da cidade de Juiz de Fora.....50
 Retirada do Site Unimed Juiz de Fora. Artigo: Os melhores médicos, a maior rede credenciada.
 Disponível em: <http://www.unimedjf.com.br/institucional.aspx>
 Acesso em: 27 de julho de 2005.
- Figura 3.3.1** - Mapa do Campus Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF.....53
 Mapa adaptada: retirado do site da II Conferência “Linguística e Cognição” / UFJF.
 Disponível em <http://www.conferenciaii.ufjf.br/img/mapa.jpg>
 Acesso em: 8 de dezembro de 2005.
- Figura 3.3.2** - Campus Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF.....54
 Imagem Institucional /Fotos Panorâmicas.
 Disponível em: <http://www.ufjf.br/imagem/>
 Acesso em: 27 de julho de 2005.

Figura 3.4.1 - Prédio da Santa Casa de Juiz de Fora.....	58
Retirada do artigo: Ano do sesquicentenário da Santa Casa / Histórico.	
Disponível em: http://www.fusoes.com.br/~scm-jf/schistorico.php	
Acesso em: 29 de julho de 2005.	
Figura 3.4.2 - Portaria Geral - Hospital Universitário / UFJF.....	58
Autoria: Secretaria de Imagem Institucional da UFJF.	
Disponível em: http://www.ufjf.edu.br/ver.php?siteref=portal&pagina=186 .	
Acesso em: 29 de julho de 2005.	
Figura 3.4.3 - Planta de Situação/Hospital Universitário / UFJF.....	60
Retirada do artigo: IMPACTO NO PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DE UM HOSPITAL, A PARTIR DA ANÁLISE DO ESPAÇO CONSTRUÍDO.	
Autores: José Gustavo Francis Abdalla; Rosângela de Oliveira Cosme. Artigo em CD in Anais do Encontro Nacional de tecnologia do Ambiente Construído, ANTAC, São Paulo, 2004.	
Figura 3.4.4 - Maquete do Centro de Atenção à Saúde / UFJF.....	61
Retirada do site do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.	
Disponível em: http://www.hu.ufjf.br/cas.htm	
Acesso em: 29 de julho de 2005.	
Figura 3.4.5 - Planta de Situação (Croqui) do Centro de Atenção à Saúde / UFJF.....	62
Fornecida por meio digital pela empresa de Consultoria e Arquitetura de São Paulo, adaptado por equipe da Pró-Reitoria de Logística / UFJF, Juiz de Fora, 2002.	
Figura 3.4.6 - Centro de Atenção à Saúde (1º módulo) / UFJF.....	62
Autoria: Equipe de Coordenação das obras do CAS da Universidade Federal de Juiz de Fora.	
CAPÍTULO 4 - SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS NECESSIDADES DIDÁTICAS E ESPACIAIS FRENTE ÀS PROPOSTAS ENTRE O HU E O HU / CAS.....	
Figura 4.2.1 - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).....	68
Retirada: Norma para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2001.	
Figuras 4.2.2 e 4.2.3 - Projeto de Setorização HU / UFJF(1º e 2º pavimentos)	69
Retiradas do artigo IMPACTO NO PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DE UM HOSPITAL, A PARTIR DA ANÁLISE DO ESPAÇO CONSTRUÍDO.	
Figuras 4.2.4 - Projeto de Setorização HU / UFJF(3º pavimento).....	70
Retiradas do artigo IMPACTO NO PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DE UM HOSPITAL, A PARTIR DA ANÁLISE DO ESPAÇO CONSTRUÍDO.	

Figuras 4.2.5 - Projeto de Setorização HU / UFJF(4º pavimento).....	71
Retiradas do artigo IMPACTO NO PLANEJAMENTO ORGANIZACIONAL DE UM HOSPITAL, A PARTIR DA ANÁLISE DO ESPAÇO CONSTRUÍDO.	
Figuras 4.2.6 e 4.2.7 - Setorização HU-CAS / UFJF(pavimentos: térreo e 1º).....	72
Retirada: Projeto de zoneamento executado por empresa de Consultoria e Arquitetura de São Paulo, adaptado por equipe da Pró-Reitoria de Logística / UFJF. 2002.	
Figuras 4.2.8 e 4.2.9 - Setorização HU-CAS / UFJF (2º e 3º pavimentos).....	73
Retirada: Projeto de zoneamento executado por empresa de Consultoria e Arquitetura de São Paulo, adaptado por equipe da Pró-Reitoria de Logística / UFJF. 2002.	

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO 2 - AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS DISCIPLINAS MÉDICAS NO BRASIL.....	12
Quadro 2.3.1.1 - Período de 1923 a 1930: nascimento da Previdência Social no Brasil.....	33
Quadro 2.3.2.1 - Propostas do governo (1930 a 1945): contenção de gastos / ações Centralizadas de saúde pública.....	34
Quadro 2.3.3.1 - Período de 1945 a 1966: crise do regime de capitalização / nascimento do sanitarismo desenvolvimentista	36
Quadro 2.3.3.2 - Acirramento da crise e privatização da assistência médica no período de 1966 a 1973.....	37
Quadro 2.3.3.3 - O período de 1974 a 1979: crise, reforma e consolidação da rede privada em saúde.....	38
Quadro 2.3.4.1 - A década de 1980: eclosão da crise estrutural e consolidação das propostas reformadoras.....	39

Retirados do Caderno Planejamento e Gestão em Saúde, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte / MG: Coopmed (Caderno de Saúde, 2). Reprodução autorizada pelos autores. Disponível em:
http://dtr2001.saude.gov.br/cgprh/projetos/gestao/publicacoes/textos_basicos/t12_1_1.htm
 Acesso em: 14 de junho de 2005.

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Os hospitais contemporâneos procuram valores de humanização e integração através da melhoria física. Essa busca tornou-se evidente a partir do Séc. XVIII, quando perdendo a missão de penitência e misericórdia da Idade Média, foram se transformando em “*terapêuticos*”. A medicina e o hospital, independentes até então, começaram a se complementar e passaram por mudanças.

Pode-se dizer que a arquitetura hospitalar atravessou vários momentos. Inicialmente, o edifício hospitalar não era considerado espaço arquitetônico como entende-se hoje. As facilidades (fluxo, setorização, etc.) não faziam parte do pensamento na época. Esses espaços caracterizavam-se como um local de segregação, de fato “*um morredouro*”. Posteriormente, passaram a ser comumente vinculados às instituições filantrópicas, onde o cuidado estava relacionado com a “*salvação*” do doente e, por outro lado, de quem o atendia.

No Século XX, através de uma visão mais crítica tanto do hospital quanto da medicina, assiste-se a uma evolução constante, culminando, no final do século, outro momento marcado por um crescimento de iniciativas voltadas para humanização e integração profissional. Isto requer mais do que construir um futuro pautado somente na competência da infra-estrutura promotora da saúde. Assim, atualmente devem ser consideradas, de forma integral, todas as necessidades do ser humano.

Trabalhando-se com Hospital Universitário¹, observa-se que além de destinar-se à cura também configura-se como locais adequados ao exercício de atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente e igualmente ao conceito dos demais hospitais, voltados à saúde do ser humano. No entanto, como tipologia arquitetônica do ensino, “[...] *como lugares que abrigam a liturgia acadêmica, estão dotados de significados e transmitem uma importante quantidade de estímulos, conteúdos e valores do chamado currículo oculto, ao mesmo tempo em que impõem suas leis como organizações disciplinares*”. (ESCOLANO; FRAGO, p.27, 2001)

O foco desta dissertação baseia-se na observação e análise desses espaços de ensino/assistência, especificamente no Hospital Universitário - HU da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. Serão observadas suas tendências, as influências políticas ao longo do

¹ Desde 1994 iniciei minha trajetória na área da arquitetura hospitalar, a partir de projetos arquitetônicos desenvolvidos no HU/UFJF.

tempo, a evolução dos seus espaços e as mudanças. Dentro deste contexto, também está em pauta o Centro de Atenção à Saúde – CAS, que está em fase de construção e é o 1º módulo do novo HU. Constituído por uma outra unidade de saúde caracterizada por absorver atendimento ambulatorial, sinaliza uma adequação da estrutura física e organizacional dentro das diretrizes do modelo de assistência das novas políticas de saúde, que, no caso brasileiro estão definidos na Constituição Federal de 1988.

O HU, fundado na década de 60, teve sede própria em 1970, onde está instalado em local provisório até os dias de hoje. Em 1994, incorporou-se ao Sistema Único de Saúde – SUS e passou a ser hospital de referência da região. Mesmo com as suas limitações de estrutura e funcionamento, atende a uma demanda potencial crescente e carente que o reconhece como “*tábua de salvação*” em face à concentração de hospitais privados em Juiz de Fora.

Com a evolução política da saúde e educação, o HU busca avançar também numa perspectiva de futuro renovado, melhorando as suas condições de ensino/ assistência. Os novos conceitos de hospitais de educação vêm sendo propostos com a articulação dos diversos atores da área da saúde e áreas afins como arquitetura, engenharia, comunicação, inclusive na reestruturação dos espaços.

“É senso comum que não faltam modelos e planos de sistemas com condições dignas de atendimento. Há na verdade, ainda um grande esforço técnico a ser feito na construção e aperfeiçoamento de modelos adequados às metas e recursos disponíveis nas variadas condições brasileiras [...] A sinergia entre todas as equipes que participam do processo de reestruturação de edifícios existentes e planejamento de novos, só é eficaz se houver contínuo e perfeito entendimento entre elas. E a condição para comunicação e entendimento é que todos falem a mesma língua”.
(MIQUELIN, p. 08 e 34, 1993)

A partir das transformações na assistência ao cidadão, levantou-se a necessidade de novas estruturas e de investimento na formação profissional, a fim de que fossem desenvolvidas ações mais integradas do que específicas. Nesse sentido, a UFJF preocupada com o ensino na área de saúde, assume a construção do CAS, cujas diretrizes marcantes para elaboração do projeto conceitual basearam-se no acolhimento integrado, equipes multidisciplinares, espaços compartilhados, entre outros.

Nesta pesquisa, pretende-se analisar a relevância do HU, sua concepção e desenvolvimento do passado até os dias atuais e compreender as diferenças entre o HU e o CAS enquanto espaços pedagógicos criados em épocas e dentro de visões políticas diferentes.

No capítulo que trata das políticas de saúde e disciplinas médicas abordar-se-á o ensino da medicina, observando sua trajetória que era essencialmente teórica para uma

conduta que passou a integrar os espaços hospitalares gradativamente. Sob outro enfoque, o ensino que em outra época foi generalista, hoje pode ser considerado “*hegemônico*”, dado a especialização que vem ocorrendo por influência do modelo norte-americano. Contudo, também, aponta-se novas perspectivas em contraposição a esse modelo.

Ao referir a Juiz de Fora, focou-se inicialmente os aspectos históricos e geográficos da cidade, mostrando a sua relevância no contexto regional, sua referência na área da saúde, como também a Universidade Federal – UFJF e o seu Hospital Universitário – HU rumo ao Centro de Atenção à Saúde – CAS e a importância dos mesmos para a sociedade.

Na sistematização e análise das necessidades didáticas e espaciais frente às propostas entre o HU e o CAS, serão feitas reflexões sobre os ambientes de ensino e avaliada a subjetividade do espaço arquitetônico em hospital universitário, as estruturas curriculares dos cursos de saúde da UFJF, as questões normativas, a viabilidade dessa nova proposta e a humanização dos seus espaços.

Como finalização, pensa-se em contribuir para a percepção da importância do espaço de ensino das áreas de saúde e afins, na proposição da pedagogia e na relação curricular oculta² para o acadêmico. Em particular, esse estudo objetiva contribuir para a melhoria da concepção espacial do CAS (expansão futura), quando todo o HU pertencerá a uma nova infra-estrutura física.

1.2 PROBLEMA

Percebe-se que a sociedade passou por grandes mudanças de valores morais, comportamentais e outras que se tornaram evidentes com os avanços tecnológicos e com a globalização. A contextualização do momento histórico torna-se, então, essencial para o entendimento dos possíveis problemas decorrentes dos conceitos e ações adotadas.

A partir do século XIX, também as ciências médicas caminharam num ritmo acelerado. De equipe generalista onde o médico, clínico geral, que até então conhecia de perto seu paciente, partiu-se no século XX, para a medicina especializada, onde a tecnologia ganha destaque. Os hospitais universitários, entre eles o HU da UFJF, traduziram por meio da espacialidade, o conceito didático de ensino médico especializado, modelo hospitalocêntrico, confirmando-se em um lugar fragmentado. Em consequência, o ensino e o atendimento foram perdendo os valores de humanização e integração.

² Termo usado no livro “*Currículo, Espaço e Subjetividade: a arquitetura como programa*”, o qual confirma que o espaço construído tem um importante papel, mesmo que de forma subjetiva, na formação do aluno. (Escolano;Frago,2001)

Considera-se o hospital uma instituição dinâmica por desenvolver atividades que estão em contínuo aperfeiçoamento. No final do século XX e no atual, os modelos são repensados através de uma visão holística do paciente. De um lado está o tratamento do emocional junto a equipes integradas e, do outro, a tecnologia na busca de diagnósticos precoces revolucionando o ensino nas diversas esferas. *“As funções do hospital foram sendo alteradas e atingiram tal complexidade que, hoje, é impossível aceitarmos a idéia simplista do diagnóstico e tratamento da doença”.*(MIRSHAWKA, p. 24, 1994)

Os hospitais antigos e os contemporâneos expressando a evolução do modelo de saúde incorporaram, recentemente, a multidisciplinaridade e o conceito de vigilância à saúde. Esse caminho vai de encontro a uma perspectiva de saúde mais abrangente (prevenção, atenção total, desospitalização), onde se faça presente a realização do cuidado do Ser e a interação do homem com o meio ambiente de forma harmônica. Esses novos conceitos apenas serão viáveis caso sejam revistos tanto os currículos na área de saúde quanto a importância da dimensão arquitetônica nos locais de aprendizagem.

Igualmente, a arquitetura hospitalar sofreu grandes transformações. Modificou seus princípios, utilizou novas técnicas e materiais de construção. A exemplo disso, recorrente da associação às tendências de lógica modular e normatização, surge o monobloco vertical, influência norte-americana (figura 1.2.1). Caracterizou-se pelo desenvolvimento tecnológico e construtivo, circulação vertical e ventilação mecânica.



Figura 1.2.1 - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Da tipologia verticalizada retorna-se ao planejamento horizontal (figura 1.2.2), constituído por vários agrupamentos de atividades e funções. Essa implantação em pavilhões apresentou-se similar ao Hospital Grego quanto ao *“Modelo de Saúde”*, guardadas as

diferenças das épocas. O embasamento no estudo exclusivo da forma deu lugar à arquitetura onde também a funcionalidade e a integração com o meio ambiente tornaram-se presentes.



Figura 1.2.2 - Centro de Reabilitação Infantil Sarah /Rio de Janeiro
Planejamento Horizontal (Toledo, 2002)
Projeto de João Filgueiras Lima

O edifício é visto como uma obra “*não finalizada*”. Como resposta espacial de projeto, as tecnologias e o cenário gerencial, em constante desenvolvimento, exigem ambientes mais flexíveis. Busca-se o estudo sobre padronização, modulação e valorização das relações (figura 1.2.3). Procura-se, além disso, a humanização e há a preocupação com as condições e questões ambientais, além de espaços que integrem equipes.



Figura 1.2.3 - Centro de Reabilitação Infantil Sarah (Fisioterapia)/RJ
Planejamento Horizontal – Projeto de João Filgueiras Lima

Nesse contexto, a arquitetura permeia o ensino em saúde sendo alvo ora da fragmentação, ora da visão integral em saúde. Na dissertação será criticado o conflito de idéias, o modo de pensar e praticar a saúde, as interferências no interior do hospital, os ambientes construídos e transformados, a qualidade do lugar, o conforto humano e a importância do antigo e novo modelo para a sociedade de Juiz de Fora.

1.3 HIPÓTESE

O ensino e assistência em saúde, baseadas no conceito norte-americano, centrado no modelo hospitalocêntrico apontam para o aumento dos especialistas, o enfraquecimento de profissionais generalistas e a utilização exagerada das tecnologias caras. O paciente aparece, muitas vezes, como matéria e não como um ser humano integral. Quanto ao aspecto administrativo hospitalar, geralmente dirigido por médicos, difere das vantagens da gestão moderna, que é por equipes multiconstituídas. O espaço físico reflete essa tendência.

Os ambientes projetados para o ensino em saúde, em atendimento aos anseios contemporâneo, absorvem a nova intenção do conceito multidisciplinar, assistência humanizada e gestão integrada, distanciando dos aspectos subjetivos que se propunham os hospitais à época da sua criação. Mas, além das mudanças físicas, há necessidade de uma mudança comportamental de todos os atores envolvidos e de maior envolvimento pessoal e profissional.

Como hipótese de pesquisa, supõe-se que a arquitetura educa e que o arquiteto é um educador. Ela está incorporada aos aspectos da formação do estudante da saúde, isto é, o espaço arquitetônico mesmo que de forma subjetiva, faz parte do currículo oculto na formação do acadêmico. Entretanto, muitos desconhecem sua dimensão enquanto instrumento de ensino.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Geral

Como objetivo geral, pretende-se discutir as transformações implícitas na dinâmica e na subjetividade dos espaços de ensino sob influência das diferentes visões conceituais ocorridas e, assim, propor novos caminhos para a integração e humanização da arquitetura em hospital universitário.

1.4.2 Específicos

Como objetivos específicos busca-se:

- fornecer contribuições para compreensão da importância do espaço arquitetônico como formação nas disciplinas de saúde;
- proporcionar a avaliação das necessidades físicas em hospital universitário, de acordo com as novas propostas de ensino e que atendam as diretrizes pedagógicas contemporâneas à sua época;

- e, em particular, observar as especificidades acadêmicas no novo HU da UFJF, considerando os conceitos de espaço adotado e propondo alterações que venham fornecer melhor atendimento às questões do ensino em saúde na universidade.

1.5 JUSTIFICATIVA

O arquiteto não é um simples criador de espaços, mas o responsável por despertar o bem estar nas pessoas que o vivenciam. Com o tema de dissertação “*NOVOS CONCEITOS PARA O ESPAÇO ARQUITETÔNICO DOS HOSPITAIS DE ENSINO: UM ESTUDO DE CASO EM JUIZ DE FORA*” tem-se a perspectiva de desenvolver uma investigação acerca das mudanças de conceitos nas áreas de saúde e de atendimento secundário e terciário³ voltados para ensino universitário e a repercussão deles no espaço arquitetônico. Pretende-se estudar e compreender a concepção dos Hospitais Universitários frente à nova visão de saúde e à transformação das unidades acadêmicas e dos hospitais.

Desde 1994, através do Hospital Universitário – HU da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, realizaram-se, juntamente com equipe de arquitetos da UFJF⁴, projetos e obras de reestruturação dos espaços com objetivo de desenvolver um trabalho que contribuísse na produção de uma arquitetura como resposta às necessidades dos seus usuários. Essa atuação possibilitou, além do crescimento profissional, a contribuição na elaboração dos primeiros documentos que tornariam o Centro de Atenção à Saúde - CAS uma realidade. Na ocasião, recolheram-se informações e aprimorou-se conhecimento através de visitas técnicas a hospitais de diferentes estados e realidades sócio-econômicas, além da participação em seminários e congressos. A partir do envolvimento em projetos de diversos setores do HU foram incorporados subsídios na área de arquitetura hospitalar que permitiram vínculos com a equipe de planejamento e a participação nos primeiros Seminários (1996/1997) que serviram para definição das diretrizes do projeto arquitetônico do CAS.

Em 2000/2002, através do preparo da documentação para adequação do projeto aos recursos oriundos do Ministério da Saúde, foi consolidada a aprovação do 1º Módulo do empreendimento. Prestou-se assessoria aos componentes da Comissão Acadêmica de

³ A operacionalização constitucional da saúde implica na hierarquização da atenção em unidades de saúde subdivididas em atenção básica (primária), secundária e terciária.

⁴Relato das principais atividades desenvolvidas na área de arquitetura hospitalar, dentro do HU/UFJF, quando na minha atuação como gerente de projetos e obras. Trabalhei com a arquiteta Ariana de Assis, companheira no desenvolvimento dos vários projetos e no enfrentamento dos vários problemas decorrentes da instalação setorial desordenada neste hospital. A ampliação da minha atuação se deu com o CAS/UFJF.

Implantação do CAS na análise do projeto básico de arquitetura e posteriormente do projeto executivo, elaborado por empresa de Consultoria e Arquitetura de São Paulo. Hoje, atua-se na fiscalização e apoio técnico às obras.

Nessa caminhada, surgiram as principais idéias da pesquisa. Percebem-se diferenças conceituais e acredita-se que possam ser analisadas, já que poderão contribuir para o conhecimento arquitetônico e científico sobre o assunto.

1.6 METODOLOGIA

O trabalho foi sendo desenvolvido a partir de pesquisa bibliográfica sobre os temas de interesse, a saber: arquitetura, arquitetura hospitalar, qualidade do espaço arquitetônico, política nacional de saúde, ensino em saúde, hospitais universitários, currículos dos cursos de saúde, histórico e tendências das unidades hospitalares da UFJF.

Desenvolveu-se, também, trabalho de iconografia e uma série de entrevistas com os diversos atores envolvidos na construção de um novo modelo de saúde e de ensino da UFJF, para que, a partir daí, seja compreendido o papel do HU no passado, no presente e seu futuro frente ao CAS.

De posse desses conhecimentos, buscar-se-á o levantamento do espaço físico do HU e do CAS e coleta de projetos, incluindo levantamento histórico / transformações espaciais, visitas e observação. Prossegue-se com análise criteriosa do trabalho: espaço edificado/ambiente construído; qualidade arquitetônica (normas, riscos ambientais, questões de conforto); diferenças organizacionais; demandas e necessidades dos usuários; estrutura pedagógica dos cursos e filosofia de ensino em saúde.

Pretende-se refletir sobre as mudanças ocorridas nos hospitais universitários ao longo do tempo e como o HU e o CAS – UFJF se enquadram no contexto de ensino. Será observada a importância da arquitetura hospitalar, registrando as conclusões, elaborando a redação final da dissertação de mestrado e, assim, fornecer contribuições para melhoria dos ambientes de ensino e assistência em saúde.

Especificamente relacionado aos temas de dissertação, elaborou-se os sub-itens que se seguem:

1.6.1 Levantamento Bibliográfico

A partir dos autores que consolidaram pensamentos sobre ensino, saúde e espaços trabalhar-se-á alguns pontos relevantes na pesquisa bibliográfica:

- a evolução da medicina a partir da visão de Borges / Fialho / Filippetto (2004), Foucault (1979), Lima / Smithfield (1986), Rodriguez (2003), Santos Filho (1966);
- transformação do espaço dos hospitais utilizando aspectos históricos e conceituais de compreensão de sua estrutura e facilidades (setorização, fluxo, conforto, etc.), observa-se em Costi (2002), Foucault (1979, 1987, 2001), Mirshawka (1994);
- a relevância da arquitetura e da sua teoria para compreensão da importância da infraestrutura no ensino, por meio da leitura de Bachelard (1988), Escolano / Frago (2001), Hertzberger (1996), Rasmussen (1998), Ribeiro (2003), Zevi (1996), Rocha, Veiga (2004);
- o conhecimento sobre a evolução das políticas de Saúde, foi adquirido através da leitura de autores Carraro (s.d), Cunha / Cunha (2001), Mendes (1999), Oliveira / Souza (1998), que possibilitam o entendimento dos momentos históricos / políticos que refletiram nos espaços dos Hospitais Universitários e as diretrizes para a implementação de um novo modelo de saúde.

Foram também de grande valia para a elaboração da dissertação os dados obtidos sobre a cidade e a saúde em Juiz de Fora através dos autores e documentos: Abdalla / Coelho (2004), Almeida (1974), Mendonça Júnior (1974) e o Plano diretor de desenvolvimento urbano de Juiz de Fora.

1.6.2 Levantamento Iconográfico

Para a compreensão do assunto, essa pesquisa levou à seleção de reproduções relevantes (imagens, quadros, figuras e projetos): unidades de ensino e saúde que marcaram sua importância no contexto nacional; unidades de ensino e saúde que marcaram sua importância no contexto regional; referência aos fatos políticos do país que direcionaram a saúde pública; a “*arquitetura*” de espaços de saúde.

1.6.3 Entrevistas

Tomando-se por referência de estudo, o caso do HU e do CAS da UFJF, levantou-se, através de entrevistas, a percepção e a visão sobre o tema proposto, escolhendo profissionais, membros da universidade relacionados ao assunto (diretores de unidade, professores, coordenadores de curso), que provocaram e provocam mudanças no ensino de saúde em Juiz de Fora.

O questionário (ANEXO I, p.118 a 120) foi estruturado abrangendo quatro enfoques de relevância para a formação do aluno da UFJF:

1- estrutura curricular dos cursos de saúde, propostas, política de saúde, conduta pedagógica e as bases conceituais em que estão calcados os cursos;

2- suporte técnico e tecnológico, demandas de utilização do espaço hospitalar por cada curso dentro do HU;

3- o surgimento do CAS, as diferenças de programas em relação ao HU e os futuros rumos da educação em saúde;

4- a estrutura física na estrutura curricular, a importância e repercussão da arquitetura dos espaços de saúde (clínica, hospital, faculdade) na formação acadêmica.

Ao final, com a análise desses dados, buscar-se-á resposta sobre o papel da arquitetura, mesmo que silenciosa, na formação do aluno.

Cabe ressaltar que se optou em não trabalhar exclusivamente com perguntas diretas por tratar-se de uma seleção de pessoal com elevado nível de conhecimento sobre o assunto, tanto no que se refere às políticas de saúde, quanto ao ensino acadêmico. Procurou-se também, profissionais engajados na concretização do novo modelo de saúde e dotados de uma visão crítica e espontânea sobre o papel da UFJF enquanto instituição de educação.

**2 _____ AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A
CONSTRUÇÃO DAS DISCIPLINAS MÉDICAS NO BRASIL**

2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS DISCIPLINAS MÉDICAS NO BRASIL

2.1 A FORMAÇÃO DO CAMPO DISCIPLINAR

Antecessor ao hospital e tão antigo quanto à ciência médica, o ensino de medicina era predominantemente teórico até início do século XX. A medicina utilizava a casa do doente como campo de ensino. Na realidade, os hospitais funcionavam como locais de exclusão onde pobres, prostitutas e alcoólatras recebiam assistência espiritual. (FOUCAULT, 1979)

A partir do século XVIII, quando a doença passa a ser encarada como uma patologia, a estrutura funcional e espacial do hospital ganha enfoque terapêutico. A preocupação passa a ser não somente com o tratamento e cura, mas também com a prevenção. O ensino médico também vai se reformulando. Observava-se a necessidade de se incorporar experiência e exercício clínico do aprendizado científico, além de se trabalhar em espaços mais dinâmicos, que possibilitasse o ensino mais especializado.

Tal situação de medicina teórica, de hospital para indigentes e o enfoque terapêutico que sucedeu a isso, são percebidos. No século XVIII, no Brasil, os cirurgiões chamados de cirurgiões barbeiros se instruíam e se formavam dentro das Santas Casas e nos Hospitais Militares. Praticavam a medicina mesmo não tendo formação acadêmica.

A fundação de instituições para o fim acadêmico originou-se no início do século XIX, com o primeiro curso de medicina em Vila Rica. Nele, colocava-se a importância de se aprender sobre tratamentos de doenças, como também estar arraigado enquanto ciência e desenvolvimento de habilidades que gerassem o conhecimento. *”Porém o curso não teve continuidade”*. (BORGES, FIALHO E FILIPPETTO, 2004)

Em São Paulo capital, 1803, foi instituída oficialmente uma *“aula de cirurgia”* no Hospital Militar. Ainda não havia escolas para o ensino médico.

Em 1808, foram fundadas as escolas de cirurgia da Bahia e do Rio de Janeiro. Ambas instituições de ensino especializado ofereciam ensino oficial de cirurgia, funcionavam no Hospital Real Militar das respectivas cidades. Essas escolas tornaram-se Academias Médico-Cirúrgicas e passaram a funcionar nas Santas Casas de Misericórdia. Depois se transformaram em Faculdades de Medicina (1832), *“as únicas até o século XX”*. (SANTOS FILHO, 1966) No período entre Academia e Faculdade, ocorreram pequenas modificações nos currículos. Um exemplo disso foi o acréscimo de algumas disciplinas, uma delas: Introdução à Higiene. Por influência da medicina, o ensino de clínica médico e

cirúrgico, ainda era realizado nas Santas Casas. As faculdades também ministraram cursos de farmácia, de obstetrícia para parteiras e outro odontológico.

Segundo o livro *Pequena História da medicina Brasileira*, (SANTOS FILHO, 1966), o ensino médico até então era muito aquém do desejado: natureza “livresca”, não se fazia pesquisa ou experimentação. Para o ensino prático, havia carência do material técnico, das instalações de infra-estrutura, além da falta de laboratórios.

No século XIX, apesar da prática insatisfatória, ocorreram diversos avanços para a consolidação e evolução do ensino médico. Discutia-se a importância de um novo modelo para formação dos profissionais da medicina e a constituição de um saber reconhecidamente oficial no Brasil. Na Bahia, na segunda metade desse século, foram iniciadas pesquisas sobre a cólera. De forma inovadora, começaram a fazer uso do microscópio para o conhecimento dos tecidos e órgãos (anatomia patológica). Entretanto, anteriormente, os sintomas e evolução das doenças já eram observados e discutidos, havendo, com isso, troca de opiniões. Já no final do mesmo século, a Faculdade do Rio de Janeiro conquistava seus laboratórios.

As duas faculdades da Bahia (figura 2.1.1) e Rio de Janeiro, no final do século XIX, início do século XX, se integraram às respectivas universidades públicas das cidades. Estavam sendo formados doutores em medicina que foram substituindo os físicos de antes. Os estágios quase sempre eram feitos em hospitais europeus. Contudo, devido à insuficiência do profissional médico no Brasil, este necessitava tornar-se auto-suficiente: praticar todas as especialidades, acumulando tarefas como as de cirurgiões, clínicos, parteiros, pediatras, geriatras e até mesmo conselheiros.



Figura 2.1.1 - Faculdade de Medicina da Bahia

Em 1911 foi criada a Escola de Medicina de Belo Horizonte e os estatutos para a criação da Faculdade de Medicina foram logo aprovados. O ensino continuava, sobretudo, baseado na teoria. Entretanto, haviam laboratórios, mesmo que em acanhado número, para se colocar em prática as teorias apreendidas em salas de aula.

No mesmo período, reforçando a idéia científica, São Paulo começou a destacar-se como centro médico, na medida em que surgiam os laboratórios especializados. O ensino teórico-prático estava se tornando de “*bom nível*”. A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que foi fundada em 1913, por seu padrão técnico científico considerado alto (SANTOS FILHO *op. cit.*), alcançou nas décadas posteriores posição de vanguarda. Possuía hospital das clínicas, hospitais especializados e também institutos. Todavia, a experimentação científica ordenada e metódica somente ocorreu com Oswaldo Cruz em Manguinhos / Rio de Janeiro (figura 2.1.2).

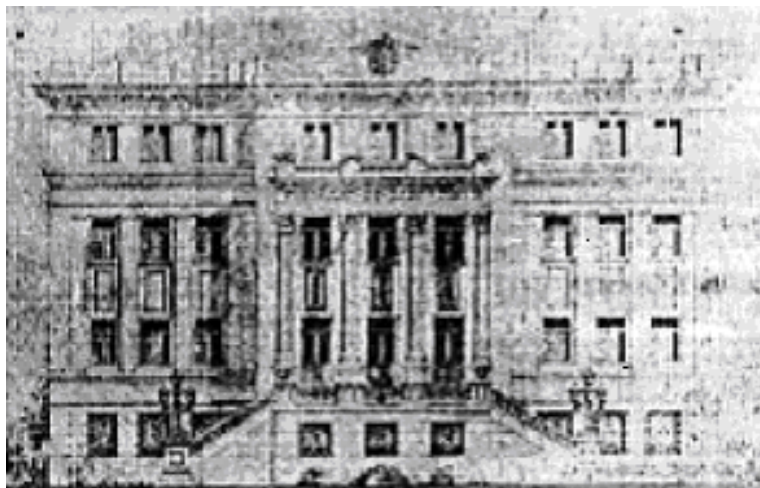


Figura 2.1.2 - Fachada Principal do Instituto de Pesquisa do Hospital do Câncer da Fundação Oswaldo Cruz.

Nos anos 20, surgiu o primeiro curso de formação do Enfermeiro de Saúde Pública, que visava à operacionalização de programas do governo voltados à promoção da higiene urbana e rural, combate às endemias. Também neste período, foi criada no Rio de Janeiro, a Escola de Enfermagem Ana Nery, organizada nos moldes do ensino norte-americano. Sua criação tinha por objetivo a formação de recursos humanos / profissionais, visando atender os interesses políticos, sociais e econômicos do governo na área da saúde.

Inicialmente, nas escolas de enfermagem o médico, apto a ensinar uma vez que possuía conhecimentos, decidia sobre as funções que seriam exercidas por enfermeiras. De simples prestação de cuidados aos doentes, desligada do saber especializado, o ensino de enfermagem sob influência européia, foi se caracterizando pela rigorosa disciplina e pela prática social institucionalizada e específica (escola nightingaleana). Este modelo de enfermagem moderna foi

criado na Inglaterra (1860) pela enfermeira Florence Nighthingale que implantou mudanças no ensino de enfermagem, tais como: tecnificação científica, disciplina, organização capitalista do trabalho realizado predominantemente em espaços hospitalares.

No decorrer desse século, vários estabelecimentos de ensino médico foram surgindo. Ocorria no sistema de ensino um surto de crescimento. Mas após a década de 20, o ritmo de expansão se atenuou, persistindo até os anos 50. Mas, mesmo assim, ainda foram criadas a Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (1926), a Escola Paulista de Medicina (1933), a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara (1936), a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (1948), a Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco (1950) e também a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (1953) que é foco desta pesquisa. Nessa época, algumas dificuldades foram enfrentadas. Além da escassez de professores nas faculdades, nos hospitais, onde se ensinava a prática médica, havia carência em recursos humanos, falta de atualização e aquisição de equipamentos, como também era notória a insuficiência de leitos para fins didáticos.

Novamente, principalmente após os anos 60, o ritmo de expansão dessas instituições de ensino se acelerou. Foram ampliadas as instituições médicas, as escolas de medicina se proliferaram e cresceu então, a demanda estudantil por vagas para prática hospitalar. Nesse período, o importante era formar médicos para suprir a escassez desses profissionais por habitantes e para o atendimento dos numerosos casos patológicos que baixavam os índices de saúde no país. (Comissão de Especialistas do Ensino Médico, 1989)

“Rapidamente percebeu-se que a estrutura iniciada não era suficiente para acompanhar demandas da população e do aprendizado. A necessidade de experiência e exercício clínico do aprendizado científico levou à emergência de se pensar um espaço mais dinâmico, que possibilitasse o ensino laboratorial mais especializado”. (BORGES, FIALHO E FILIPPETTO, 2004)

Por outro lado, estavam sendo desenvolvidas por Abraham Flexner pesquisas sobre as faculdades de medicina dos Estados Unidos. Esses estudos geraram um relatório que foi divulgado em última versão em 1925. Este foi elaborado para atender tanto as implicações da reforma na educação médica quanto ao advento da universidade moderna. Acreditava-se ser essencial adotar um modelo, nomeado de *“Modelo Flexneriano”*, que estivesse voltado para a melhoria do ensino médico, aliado ao conhecimento de sólida base científica e prática da investigação, onde fosse implementando o currículo escolar, o padrão administrativo das escolas e também que se exigisse investimentos em infra-estrutura. Dando início a separação entre ensino básico que seria em laboratórios e ensino clínico em hospitais de clínicas e enfatizando a

associação entre ensino e pesquisa, como também a participação direta do acadêmico nos leitos hospitalares auxiliados por docentes-pesquisadores. Esse modelo, fundamentado no conhecimento alemão da ciência biomédica aliada à prática clínica, foi a principal base para as modificações curriculares e mudanças no sistema de saúde como um todo.

Já reconhecida a importância dos sinais das enfermidades, dos exames clínicos e dos diagnósticos, portanto, da medicina hospitalar, observa-se também a necessidade do tratamento. Com o crescente avanço científico e os interesses entre pesquisas e fabricação de medicamentos, diversas descobertas terapêuticas e de diagnóstico se realizavam no campo da medicina moderna para melhoria do ensino e da assistência: surgiram os antibióticos (penicilina, sulfa), a cortisona e outros medicamentos; ocorreram estudos significativos no campo da genética, imunologia, virologia, etc; como também se iniciavam práticas de transplantes, quimioterapia, dentre outras. (LIMA; SMITHFIELD, 1986) As diversificadas técnicas de intervenção fizeram surgir novas especialidades. O ensino de medicina deu maior ênfase ao campo curativo e ao atendimento individual e a saúde passou a significar ausência de doença. O médico generalista foi perdendo a sua importância e a medicina especializada foi sendo valorizada.

Ao mesmo tempo, com as ciências médicas evoluindo na relação direta e constante entre ensino e prática, o enfoque médico consolidou-se como científico, especializado e fragmentado. Neste contexto, a tecnologia ganha destaque. O estado emocional e psicológico, as necessidades como ser humano cede lugar ao conhecimento do corpo como máquina. Em consequência, foram se perdendo os valores de humanização, participação integrada e do acolhimento entre os próprios profissionais e entre profissionais e pacientes. Isto é, ocorre a falta de sinergia entre os diversos atores envolvidos e também a visão holística em relação aos pacientes.

“Um currículo pragmático-utilitarista como é o ensinado nos diversos cursos da área de saúde formam profissionais mais competentes na manipulação de técnicas. No entanto, nem sempre mais competentes para o compromisso com o seu assistido como um ser integral em suas dimensões bio-psico-sócio espirituais: a saúde como perfeito bem estar, a totalidade e o tratamento como aspiração à integridade do ser”.(SANTOS, 1988)

No mundo, desde o final dos anos 40, houve críticas ao modelo de Flexner, devido à significativa especialização e aos crescentes gastos com assistência médica. Mas, foi nesse momento, que no Brasil esse modelo foi absorvido juntamente com os vários projetos de Hospitais Universitários. As Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo e

Ribeirão Preto) e a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais foram as primeiras a abraçar o novo modelo de formação médica, em programa simultâneo.

“Aproximadamente em 1954, a Fundação Rockefeller chega ao Brasil com propostas de investimentos na área médica. Esta fundação apoia o Modelo Flexneriano[...]...] o modelo Flexneriano exigia o investimento em instalações laboratoriais, no hospital universitário, envolvimento com a pesquisa e a sociedade científica. Procurava a formação do indivíduo e do profissional, acreditando ser imprescindível a ligação da escola à universidade”. (BORGES, FIALHO E FILIPPETTO, 2004)

Como advertência, esse modelo excluía a visão total do ser humano e a causas sociais para ocorrerem as doenças. Com base na visão mecanicista, em consonância com o mundo tecnológico do século XX, a doença era vista como um processo natural, biológico e o corpo humano era estudado dentro de sistemas e órgãos isolados. A formação docente tornava-se especializada e o indivíduo não passava de soma de suas partes. E assim, como condicionante, a prática docente desenvolveu-se em local específico: nos Hospitais Universitários que, aos poucos, se tornaram centros de excelência de pesquisa e reprodução do conhecimento (figura 2.1.3).



Figura 2.1.3- Hospital Universitário(Bloco A) / UFJF

Na Europa, novos posicionamentos surgiram a favor da produção social da saúde e em oposição ao modelo americano. Como exemplo, na Inglaterra, estava sendo reforçada a regionalização da saúde e a integração das ações preventivas e curativas. Atualmente, as propostas de reformas sanitárias dos países desenvolvidos, como o Canadá, França, Espanha e Itália, se baseiam na integração dos sistemas de saúde e a não exclusividade dos Hospitais de Clínicas como campo de treinamento, com a incorporação das práticas de atenção básica e não especializada.

Na década de 50, no Brasil, com a expansão do pensamento especializado, ocorreu a organização curricular dos cursos de graduação em medicina. E, até os anos 60, o ensino de medicina estava essencialmente assentado sobre o modelo Flexneriano, mas as críticas deram rumo a novos paradigmas na saúde: medicina preventiva e medicina integral, consagrada pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

Experiências extra-hospitalares também foram sendo realizadas, o que não garantiu nem a humanização e tão pouco a integralidade das ações, visto que o modelo medicalizador vigente mantinha o especialismo. Mesmo adotando o padrão tecnicista, individualista e biologicista, essa nova perspectiva, ainda de forma acanhada, começa a abrir caminhos para o ensino e para as práticas sanitárias mais sociais, como por exemplo, nos anos 70, a idéia de medicina comunitária.

“A grande vicissitude da concepção da Medicina Integral/Preventiva foi a sua desospitalização, ao desconsiderar os avanços epistemológicos da Medicina Social desenvolvida nos finais dos anos 60 e começo dos 70, que desenvolvia a lógica da determinação social da doença e a determinação econômica da organização dos serviços de saúde”. (RODRIGUEZ, 2003)

Ainda no século XX, 1974, com a XII^a reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas – ABEM, foi consolidado o sistema de internato (estágio dentro dos hospitais). Observou-se com essa forma de ensino, ainda baseado no sistema americano, a melhoria na formação dos futuros profissionais da medicina. No final do curso de medicina, o aluno assumiria encargos crescentes junto aos pacientes e nas quatro áreas da medicina geral: ginecologia, pediatria, cirurgia geral e clínica médica.

As críticas às políticas sociais do governo e aos modelos de Saúde, deram início a movimentos sociais comunitários. Como exemplo, o Movimento Sanitário surgido de discussões acadêmicas, Igreja e Universidades com finalidade de denunciar o modelo de saúde já em exaustão e reivindicar melhores serviços nessa área.

Ao mesmo tempo, prevalecia a assistência médica privativista, que constituía-se por subsistemas estruturados de forma piramidal. Por um lado, na base, se encontrava-se o Estado com a medicina simplificada⁵. Por outro, o contratado e conveniado (privado e hegemônico), dava assistência aos beneficiários da Previdência Social. A atenção médica supletiva (planos de saúde privados), ainda incipiente, atendia uma clientela específica, isto é, trabalhadores de

⁵ A medicina simplificada compõe-se das ações de saúde pública e assistência a populações sem vínculo empregatício. (Mendes, p. 30, 1999)

grandes empresas. Por fim, um subsistema elementar, de alta tecnologia, organizado em torno de hospitais universitários.

Os gastos crescentes com assistência médica que voltada à atenção individual, assistencialista e especializada, tornavam-se notórios. Sendo assim, foi ocorrendo perda de medidas em saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Essa crise atingiu o ensino médico que, sem vínculo com a realidade sanitária da população, se volta para a especialização e para a sofisticação tecnológica, ficando dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

O profissional de medicina, possuidor de todos os conhecimentos para salvar vidas, foi fragmentando suas atividades por meio da oficialização da medicina especializada. Concomitante à especialização, tornava-se evidente a hegemonia médica, crescia a integração dessa classe de profissionais e o relacionamento entre outras profissões tornava-se cada vez mais restrito e formal, mesmo necessariamente dividindo o mesmo espaço e processo de trabalho.

Esse modelo, ainda hoje dominante na prática em saúde, vem se tornando inadequado às novas tendências. Sabe-se, também, que muitas discussões abordam o ensino vinculado a várias escolas de saúde e não apenas à medicina. Naturalmente, mudanças curriculares se tornaram necessárias às novas diretrizes e às transformações conceituais do ensino em Saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação definem alguns princípios, fundamentos, condições e procedimentos a serem adotados em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Neste século XXI, de forma oposta ao tradicional, ensino e assistência, se busca a interação entre os conhecimentos, aliados à agilidade dos diagnósticos provenientes dos avanços tecnológicos. Percebe-se a importância de valorização da formação de generalistas e especialistas, ambas necessárias e complementares, frente às atuais propostas de descentralização e hierarquização da rede de saúde. Tem-se no trabalho com equipes integradas que priorizam o enfoque interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, relacionado ao emocional do ser humano e principalmente na leitura da saúde vinculada aos aspectos sociais, econômicos, psicológicos, antropológicos.

Hoje, então, reforça-se ainda mais a idéia de “*ensino extramuros*”, onde a aprendizagem é feita junto às populações. Age-se com a possibilidade da integralidade, da inclusão e da humanização dos serviços, assim como através do ensino centrado na ruptura com o modelo médico-hegemônico e na condição saudável do indivíduo.

Com essa finalidade, estão sendo propostas mudanças curriculares que, por um lado técnico, priorizem conhecimento epidemiológico e demográfico das regiões do Brasil e, por outro lado social, uma política de formação docente orientada e comprometida com um sistema único de saúde. Tal sistema encontra-se organizado dentro das seguintes diretrizes: atendimento integral, gestão descentralizada e participação da sociedade organizada.

A perspectiva contemporânea busca, então, a promoção, prevenção em saúde e a formação de recursos humanos com cidadãos críticos, capazes de trabalhar em equipe, compreender a realidade social e prestar um atendimento humanizado.

Os Hospitais de Ensino acompanhavam essa tendência, expressando uma evolução do modelo flexineriano, incorporando a multidisciplinaridade e o conceito de vigilância à saúde. Mas, tal idéia de ensino requer uma radical transformação não só do currículo, como também do espaço. Neste contexto, pode-se acreditar que a arquitetura tem um importante papel, ou seja, não só atender às normas e conforto ambiental, mas também de oferecer espaços mais humanos que acolham o indivíduo provocando, nos mesmos, sensações positivas.

2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

2.2.1 “Design” de Hospitais para o Ensino

Os hospitais, de uma maneira geral, percorreram um longo caminho em sua história. De antigas “*instituições depositária de doentes*” passaram, hoje, a complexos de concentração de tecnologia e saber. Há registros da existência de hospitais desde épocas remotas. Contudo, somente a partir da era cristã, esse espaço passou a ser encarado como entidade assistencial e religiosa para doentes, pobres e peregrinos, estruturada dentro de uma concepção de proteção e amor ao próximo.

Por todo o mundo, com as crescentes mudanças econômicas e sociais, as instituições de saúde foram progressivamente passando do controle do clero para a administração do Estado, no entanto, ainda continuaram sendo um lugar de internação de pobres, devassos e doentes. Dizia-se ser um espaço de exclusão e destinado aos que esperavam a morte (figura 2.2.1.1). “*Muitas instituições hospitalares foram construídas no séc. XVIII, mas, no que se refere à limpeza e administração, chegaram ao nível mais baixo de toda a história da medicina*”. (MIRSHAWKA, p 21, 1994)



Figura 2.2.1.1 – Triptych showing the Hôtel Dieu in Paris, about ad 1500. The comparatively well patients (on the right) were separated from the very ill (on the left). Note there were always two patients to a bed.

A partir do século XVIII, acreditava-se que a doença era adquirida através do meio ambiente insalubre. Os hospitais encontravam-se em completa “*desordem*”. Tornaram local de refúgio para traficantes, desertores e doentes. Essa mistura e também o contágio, constituía uma fonte de doenças que poderia se espalhar pelas cidades. Com o agravamento das doenças epidêmicas, “[...] *era preciso reconhecer os doentes, expulsar os simuladores, acompanhar a evolução das doenças, verificar a eficácia dos tratamentos, descobrir os casos análogos e os começos de epidemias*”. (FOUCAULT, 1987, p. 157 e 158) As ações desenvolvidas nessas instituições necessitavam de reorganização. E assim, através de técnicas disciplinares, tais como, observação, vigilância e controle, procurou-se garantir a ordenação das “*multiplicidades humana*”. E, o hospital não foi apenas “*posto em ordem*”, passou também a ser instrumento de conhecimento.

Ainda no mesmo período, os espaços hospitalares passaram a ser diferenciados dos asilos, prisões e hospícios, na medida em que perderam a missão de penitência e misericórdia da Idade Média. A medicina e hospital, independentes até meados desse século, passaram por mudanças: “*O hospital foi medicalizado e a medicina tornou-se hospitalar. Saúde tem a ver com esta realidade*”. (PESSINI, p 131, 1998)

O corpo começava a ser descoberto, disciplinado e politicamente dominado para ser “*útil*”, “*inteligível*” e simultaneamente “*dócil*”. O homem passava a “*ter preço*” para a sociedade, isto é, a força de trabalho que se tornava especializada foi sendo valorizada. A exemplo, os homens, treinados com armamentos específicos de guerra, deveriam ser mantidos em batalha, devido ao custo dispensado no seu treinamento. Fazia-se necessário prestar os

devidos cuidados para evitar a perda dessa mão-de-obra, até então desprovida de habilidade. O hospital marítimo e militar foi o ponto de partida da reforma hospitalar.

Segundo Foucault,

“[...] o hospital marítimo e militar foi reordenado, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada: a disciplina.[...] Fala-se, freqüentemente, das invenções técnicas do século XVIII – as tecnologias químicas, metalúrgicas, etc. – mas, erroneamente, nada diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir o homem, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los”.(FOUCAULT, 1979, p. 105)

O espaço hospitalar acompanhando a mesma estrutura política imposta, também se disciplinando, passou a ser dividido com rigor. Foram sendo construídos então, por meio da disciplina, espaços arquitetônicos, funcionais e hierárquicos, isto é, espaços complexos. Começavam a ser observados dentro de uma racionalidade técnica e econômica “os detalhes”, “as pequenas coisas”, “as minúcias”. A princípio o objetivo dessas mudanças foram as “coisas” e depois os “indivíduos”. Como exemplo, a instalação de vigilância fiscal e econômica antecedeu às técnicas de observação médica.

No final do século XVIII, as experiências práticas com o doente, assim como o campo documental no interior do hospital, constituíram acúmulo, como também gênese do saber e se tornaram de grande importância para a regularização do ensino médico. O espaço hospitalar vai se tornando um local onde se cura, mas também onde se aprende, se transmite o ensino, onde se faz a formação dos médicos. É nesse ponto que, definitivamente, medicina e hospital se vinculam. “A clínica aparece como dimensão essencial do hospital. Clínica aqui significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão do saber”. (FOUCAULT, 1979, p.111)

As escolas médicas foram utilizando as instituições já existentes. Gradativamente, o espaço do hospital, antes administrativo e político, organizava-se e tornava-se terapêutico. O indivíduo passou a ser visto pela sua singularidade. “Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico”. E, o hospital, antes local de assistência, foi se tornando “local de formação e aperfeiçoamento científico: viravolta das relações de poder e constituição de um saber. (FOUCAULT, 1987, p.124 e 155)

Com todos os registros adquiridos diariamente nos hospitais, foram possíveis a constatação e confronto das patologias comuns. “O indivíduo e a população são dados simultaneamente de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia

hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX”. (FOUCAULT, 1979, p. 111)

Também no século XIX, cabe destacar novamente a importância da enfermeira Florence Nightingale. Talvez tenha sido a grande precursora dos mecanismos de qualidade na área da saúde, na medida em que identificou uma correlação entre a qualidade no trato dos feridos e a redução da mortalidade entre eles (figura 2.2.1.2). Seus princípios para reforma hospitalar priorizavam a ambiência, ventilação, cores, dimensões e outros aspectos onde a função sobrepunha-se à forma. “[...] *abrir janelas para ventilar, trazendo a luz ao interior, passou a ter importância a partir de Florence Nightingale*”.(COSTI, 2002, p.58)



Figura 2.2.1.2 – Enfermaria de Homens do Século XIX Hospital Samaritano / São Paulo

No período clássico, as atividades de ensino eram desenvolvidas dentro das instituições filantrópicas. Mas, no século XX, surgiu o nomeado “*hospital universitário*”, contribuição dos norte-americanos, decorrente do modelo flexneriano. Nasceu da proposta hospitalar inglesa “*revolução nightingaleana*” e do ensino junto ao leito, atrelada às inovações de serviços e laboratoriais alemãs. Essa instituição estabeleceu-se, na época como local específico para o aprendizado, com as doenças e espaço complementar à formação teórica dada nas Faculdades. Também foi se tornando centro de desenvolvimento de pesquisas.

Nesta dissertação, por meio de observação, objetiva-se estudar os espaços em Hospital de Ensino e as transformações ocorridas na arquitetura de acordo com a evolução dos conceitos de saúde praticados no decorrer da era moderna até a contemporânea. Serão pesquisados os ambientes da antiga edificação onde se encontra instalado o Hospital Universitário - HU da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF (figura 2.2.1.3), desde o ano 1970 hospital adaptado, que funciona até os dias de hoje cumprindo o seu papel social.



Figura 2.2.1.3 – Unidade Ambulatorial - Hospital Universitário
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Confrontar-se-á o HU com a nova edificação em construção, denominada Centro de Atenção à Saúde – CAS (figura 2.2.1.4), cujas diretrizes marcantes para elaboração do projeto conceitual basearam-se no acolhimento integrado, equipes multidisciplinares e espaços compartilhados.



Figura 2.2.1.4 – Centro de Atenção à Saúde (1º módulo)
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

2.2.2 Hospital Universitário no Brasil

No século XVI, nas enfermarias Jesuíticas, as Irmandades de Misericórdia cuidavam da assistência aos pobres. Em 1543, acredita-se que tenha surgido a primeira Santa Casa (figuras 2.2.2.1 e 2.2.2.2), instituição beneficente, em Santos. Essas instituições, cujo modelo se baseava na proposta europeia de hospitais, foram criadas com o objetivo de alojar navegantes recém-chegados, pobres e doentes. Com o passar dos anos, também foram usadas pelas escolas médicas para treinamento profissional.

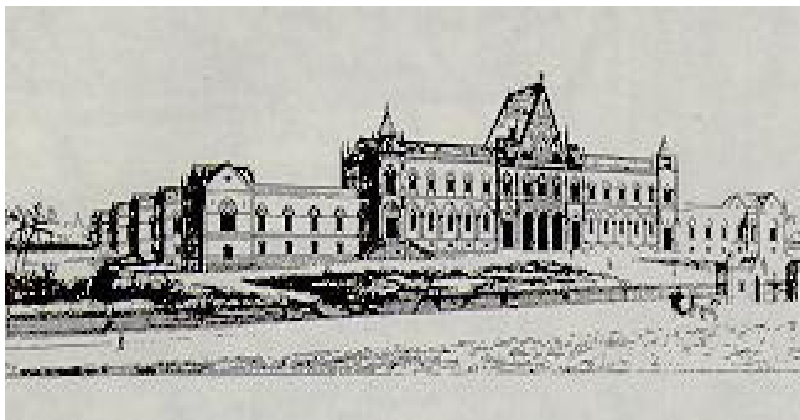


Figura 2.2.2.1 - Santa Casa de Santos projeto original de Luiz Pucci para o prédio do Arouche (Projeto da Fachada que foi posteriormente modificado)

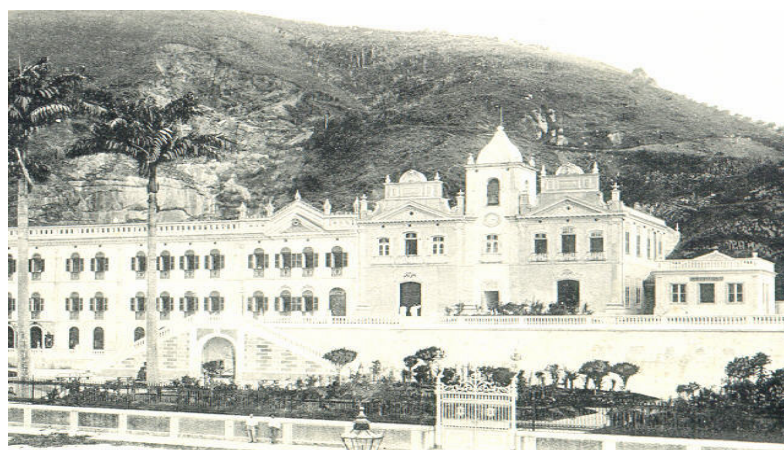


Figura 2.2.2.2 - Santa Casa de Santos

Por volta do século XVIII, no território brasileiro, surgiram também várias tipologias de estabelecimentos assistenciais de saúde: as instituições hospitalares militares, composta de equipe de médicos e cirurgiões militares eram destinadas ao cuidado das tropas (soldados e marinheiros); os lazaretos destinados aos “*morféticos*”, que existiam nas principais cidades e eram construídos afastados, com a finalidade de segregar doentes para tratamento; os hospitais de isolamento, destinados à quarentena, tinham como finalidade abrigar pacientes com doenças contagiosas e epidêmicas tipo a varíola, se localizavam nos portos de maior movimento; e as Casas de Saúde, que apareceram em meados do século XIX, nas cidades mais povoadas, eram de propriedade de médicos.

Os serviços de saúde ainda realizados nas Santas Casas de Misericórdias, hospitais militares e enfermarias das ordens religiosas eram sempre feitos de forma precária e em instalações físicas inadequadas. Na carência de profissionais médicos a população, em geral, era atendida pelos físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros sangradores, boticários curandeiros e parteiras.

No século XIX, a medicina evoluiu no aspecto assistencial, com isto foram se ampliando e proliferando os hospitais de característica cristã no atendimento. Surgiram os hospícios e os institutos, como exemplo, no Rio de Janeiro, o Hospício São Pedro e o Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Os hospitais tinham como finalidade o isolamento, o recolhimento para a morte e eram verdadeiros locais infectos e sujos, carentes em profissionais e medicamentos.

Como nos hospitais europeus, os do Brasil se estabeleceram em prédios inadequados, sem infra-estrutura técnica/tecnológica e a falta de higiene era generalizada, o que persistiu pelo século XIX.

No século XX, o ensino de medicina, antes realizado nas enfermarias das Santas Casas, foi sendo substituído e destinado aos Hospitais Universitários (figuras 2.2.2.3 e 2.2.2.4) e de Ensino nos moldes do modelo flexneriano. Esses administrativamente condicionados às escolas médicas e financeiramente às universidades, além de importantes estruturas de aprendizado, constituíam-se em locais onde se fazia atendimento médico de bom nível, uma vez que ali se realizavam pesquisas científicas de ponta.

A assistência se fazia, sobretudo para os que careciam de atendimento gratuito. Essas instituições estabeleceram-se ou se adequaram,

“[...] com base no modelo da medicina científica, para servir de campo de treinamento e de prática no processo de formação e de especialização de médicos no Brasil ao longo. Ao mesmo tempo se constituíram em espaço privilegiado de incorporação de tecnologia e de reprodução do saber médico-científico gerado nos países centrais. Conformam um modelo assistencial calcado na especialização, na fragmentação do saber e da intervenção, e estão articulados em serviços especializados sob direção de médicos docentes e/ou pesquisadores”.(VACONCELOS, s..d)



Figura 2.2.2.3 - Hospital São Vicente de Paula (Denominação Inicial)
Denominação Atual: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Data da Fundação: 21 de agosto de 1928.



Figura 2.2.2.4 - Hospital das clínicas (Denominação Inicial)
Denominação Atual: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos
Data da Fundação: Novembro de 1948

Em um hospital, pacientes necessitam de atendimento contínuo e integral, assim como de “[...] *pessoal especializado e treinado, de acomodações de suporte em uma infra-estrutura extensa e de assistência clínica permanente*”. (MENDONÇA JÚNIOR; TEIXEIRA, 1974). O hospital de ensino, além dessas exigências, também está comprometido com a formação de pessoal na área da saúde e deve estabelecer:

“[...] uma política de saúde que sirva aos seus principais objetivos: curso de graduação do setor Saúde, programa de treinamento dos residentes, formação de pessoal paramédico, pesquisa clínica e estudo, integração nos problemas médicos sociais da região e do país, sempre atento aos princípios do bom padrão e qualidade dos serviços prestados”. (MENDONÇA JÚNIOR; TEIXEIRA, 1974)

Um Hospital de Ensino, além da necessidade de ser um hospital geral, que presta assistência clínica permanente, sem distinção, deveria estar dentro de ambientes com infraestrutura adequada e complexa ao que se destina fazer, pois é um centro formador de pessoal. Nele estão presentes as políticas que atendem a graduação, o treinamento de residentes, a pesquisa, os problemas da sociedade, do município, da região onde está inserido e do país. E, há uma subjetividade implícita nos seus espaços que também mostra-se como um importante agente, mesmo que de forma oculta, na formação do aluno. (ESCOLANO; FRAGO, 2001) Essa visão, essencial para nossa investigação, incorpora-se como premissa desta dissertação. Nesse sentido, reforça tal proposição o fato de que Hospitais Universitários, no Brasil:

“São unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem, também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais.

Os Hospitais Universitários são importantes Centros de Formação de Recursos e de Desenvolvimento de Tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, seus Programas de Educação Continuada, oferecem a oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o Sistema de Saúde “. (MEC -Secretaria de Educação Superior).

2.2.3 Ensino em Saúde nos Hospitais Universitários

Inicialmente, generalista era a atuação do aluno de medicina, do futuro médico. Na década de 70, com a maior oferta de Pós-Graduação confirmava-se a formação de especialistas e, com menor ênfase, nas áreas de maior interesse do país: medicina social, doenças infecciosas, pediatria, nutrição, saúde pública, clínica médica.

Observava-se que a infra-estrutura era importante na viabilização de um ensino de qualidade. Em 1970 foi realizado no Rio de Janeiro um evento nacional, “*Seminário sobre Hospitais de Ensino*” que apontou em seu relatório final a necessidade de espaços adequados à característica particular dos hospitais de ensino, sendo essa uma das condições mínimas de trabalho nos Hospitais Universitários.

Os principais temas discutidos no referido Seminário trataram de questões relacionadas à modernização dos hospitais, à saúde das comunidades, à organização e administração hospitalar, ao ensino, pesquisa e utilização dos hospitais públicos e privados. De forma particular, tendiam a qualificar hospitais segundo grupos de serviços, pessoal e setores. Desse seminário, conclui-se nesta dissertação que há um reforço na idéia e necessidade de setorização dentro de padrões que incorporem espaços para ensino, como, instalações didáticas (salas de aula, bibliotecas), ambientes adequados às residências médicas, laboratórios de ensino, centro cirúrgico, etc. Nesse sentido difere do modelo Flexneriano que não pensa espaços exclusivamente para a questão didática formal, pois ele pensa ensino sempre vinculado aos serviços.

Enquanto algumas correntes defendiam a manutenção de Hospitais Universitários como essência do ensino médico, outras os tinham como grandes depositários de doenças raras, custosos e em desacordo com os princípios da administração hospitalar. Com isso, foram

observadas duas posições divergentes quanto à missão dos HUs. Uma buscando a formação generalista atrelada ao ideal social e científico geral da medicina; a outra expunha, enfaticamente, o uso dessas instituições como centros avançados de investigação científica e pesquisa de ponta, o que faz pensar em ensino especializado. Observa-se, entretanto, que não há uma corrente única, isto é, os HUs tem apresentado como modelo organizacional a fragmentação do processo de trabalho, ou seja, estruturado com base na especialização. *(ANEXO II, p.121 - mostra a distribuição por setores contida no organograma, modelo organizacional, do Hospital Universitário de Juiz de Fora , com do HU)*

Na década de 80, faziam o atendimento de patologias mais complexas, assim como uma parte das internações de pacientes não segurados. A medicina se modernizava incorporando tecnologias sofisticadas, influência do modelo americano. É inegável que determinados hospitais prestam atendimento de casos simples, outros valorizam a clínica apoiada nos processos tecnológicos, priorizando trabalhar com uma etapa do processo saúde doença. O paciente muitas vezes, por nossa hipótese de trabalho, aparece como insumo dos serviços e a humanização tanto do trabalho quanto do atendimento, é dispensada. Como consequência, também por hipótese, tem-se o aumento dos especialistas e o enfraquecimento de profissionais generalistas. Essa tendência à especialização torna-se talvez excessiva, devido às necessidades da grande parte da população do nosso país se encontrar voltada para o Sistema Único de Saúde – SUS, principalmente em relação à atenção primária e secundária à saúde. Também, quanto a administração dessas instituições, geralmente executadas por médicos e não por equipes, que faz parte das prerrogativas da administração moderna.

Atualmente, nas discussões sobre os Hospitais Universitários e de Ensino, tem-se demonstrado a crise enfrentada por essas instituições. Dentre os vários problemas pode-se destacar: dificuldade de acesso pelos usuários; fragmentação da abordagem clínica; insensibilidade no atendimento; precariedade nas condições técnicas e tecnológicas para realização dos trabalhos; falta de recursos para melhorias em infra-estrutura; carência em recursos humanos, que também interferem de forma negativa no âmbito do ensino-aprendizagem.

A reformulação do processo de certificação dos hospitais de ensino (figura 2.2.3.1) é parte da nova política de saúde do governo federal visando maior qualificação dessa instituição. Para a obtenção do título de instituição de ensino, vários critérios estão sendo observados como exemplo: possuir área de pesquisa, implementar a política nacional de

humanização do Sistema Único de Saúde - SUS, possuir instalações adequadas ao ensino e residência médica (salas de aula, e recursos audiovisuais) bem como outras exigências. Enfim, as áreas de compromisso correspondem: à assistência conforme demanda do SUS, formação e educação permanentes, pesquisa e avaliação tecnológica e aprimoramento da gestão.

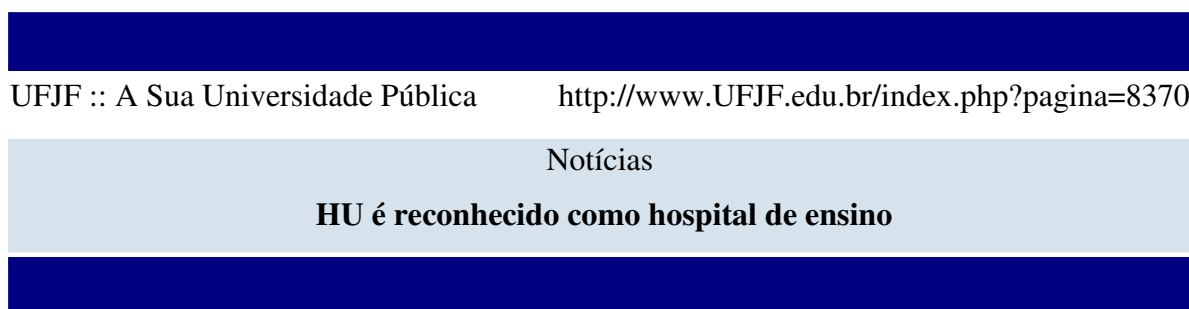


Figura 2.2.3.1 – Título de reportagem. A notícia relata que o Hospital Universitário – HU/ Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, foi reconhecido como hospital de ensino

Assiste-se, nos últimos anos, a um crescimento de iniciativas para transformar Hospitais Universitários em instituições capazes de sustentar modelos de atenção médica contemporâneos. É notória a transformação permanente do ideal do ensino em saúde e das missões dos Hospitais Universitários, desde suas criações. Nesse contexto ficam subentendidas, implicitamente colocadas, diferentes necessidades de espaços que venham a viabilizar os ideais propostos. Assim, se ao nascerem as faculdades de medicina tinham como espaço os “*hospitais da morte*”, ao evoluírem requisitaram propostas diferenciadas. Foi quando surgiram os Hospitais Universitários no modelo flexneriano, ainda existentes. Com as recentes transformações nos conceitos da saúde e também do ensino, pode-se observar a obsolescência da idéia flexneriana de espaços hospitalares onde pesquisa e ensino estavam dissociados da realidade das comunidades.

Particularizando para o Brasil, como será visto adiante, as políticas de saúde caminham na democratização da gestão da coisa pública, como consequência e rebatimento, as universidades estão tendo que se adequarem às novas exigências sociais. Nessa linha de ação, o ensino em saúde e assistência, pela sua direta relação com as comunidades, está sendo diretamente afetado, logo, os HUs também estão passando por este tipo de questionamento e crise.

Esta dissertação tem por objetivo estudar a arquitetura dessa nova exigência social, naturalmente, por observação, visto a proposta de mudança da edificação do Hospital Universitário - HU da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF (unidade ambulatorial), para o denominado Centro de Atenção à Saúde – CAS. Como hipótese dessa pesquisa, pensa-se que o novo espaço para ensino em saúde já absorve as novas tendências de conceito multidisciplinar.

Será investigado se esse novo espaço difere nos aspectos subjetivos do que se propunha o HU à época da sua criação, isto é, se atende aos anseios do ensino contemporâneo em saúde. Com isso, questionar-se-á o próprio ensino em saúde, dado que, se não mudou, não será o novo espaço que terá o compromisso de promover de forma solitária os ideais cogitados.

A Humanização pesquisada não é só do aspecto físico, pois, no caso do ensino e da assistência em saúde, requer de antemão, um novo comportamento humano viabilizado pela mudança curricular, sem a qual, pela hipótese proposta, não há condição de transformação. Isso se exemplifica, através da fala de uma profissional entrevistada que acredita que não haverá mudança somente com a construção de um novo prédio na UFJF.

2.3 O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

2.3.1 A Saúde Pública na Primeira República

Para que se possa compreender o quadro atual da saúde no Brasil, torna-se necessário retomar fatos históricos de todo o processo de implementação das políticas públicas de saúde. Será retratado aqui o período que se estende do final do século XIX ao século atual.

No final do século XIX, a atuação do governo se restringia principalmente aos seus interesses econômicos: exportação de produtos da agricultura. A saúde não parecia prioritária. Conseqüentemente, o Estado não executava ações na área da saúde pública. O pouco que se via era o saneamento dos espaços onde circulavam as mercadorias (portos, estradas, etc.) e mesmo assim, de forma pontual e em ocasiões de epidemias. Essa intervenção generalizada sobre a saúde da população, que se estendeu até meados do século XX, recebeu o nome de sanitarismo campanhista.

Segundo LUZ, M. T. citado por Mendes, 1999, *“O sanitarismo campanhista significa uma visão de inspiração militarista, de combate e a doenças de massa, com a criação de estruturas ad hoc, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social”*. (LUZ apud MENDES, p.20, 1999)

Nessa época, pressionado por agentes internacionais e para conter avanços de doenças infecto-contagiosas já detectadas e que se propagavam rapidamente, o governo teve que assumir a assistência à saúde de forma ampla. Por exemplo, foram criados os serviços públicos da vigilância e do controle mais eficazes sobre os portos.

O Governo Federal, na década de 20 a 30 (quadro 2.3.1.1), na tentativa de reverter sua péssima imagem e conseguir apoio econômico necessário para garantir o desenvolvimento do

país, voltou-se para a questão social. Como ação estratégica, regulamentou o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNS, que se ocupou do “[...] saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, as higiênes infantil, industrial e profissional, as atividades de supervisão e fiscalização, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais”. (OLIVEIRA; SOUZA, 1998). No entanto, percebia-se que práticas de assistência à saúde pública para atendimento ao indivíduo, não existiam. A atenção médica e odontológica era paga.

“No modelo previdenciário dos anos 20, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde. Caracteriza ainda este período o elevado padrão de despesa. Estas duas características serão profundamente modificadas no período posterior”. (CUNHA; CUNHA, 1998)

Quadro 2.3.1.1 – Período de 1923 a 1930: nascimento da Previdência Social no Brasil

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- Nascimento da legislação trabalhista; - Lei Eloy Chaves (1923).	- CAPs - organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores.	- Assistência médica como atribuição das CAPs através de serviços próprios.	- Sanitarismo campanhista; - Dep. Nac. Saúde Pública; - Reforma Carlos Chagas.

Fonte: Caderno de Saúde 2 / MG: Coopmed

Ainda nesse período, começaram a surgir, à gênese do que hoje se conhece como Previdência Social no Brasil: as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs. As primeiras empresas que fundaram as suas Caixas foram as taticamente viáveis para a economia nacional e tinham como atribuição garantir a aposentadoria e a assistência médica aos trabalhadores de empresas específicas. O direito aos benefícios era dado aos que pagavam uma contribuição.

Nesse contexto, observavam-se práticas sanitárias nas regiões de retorno financeiro, de interesse político comercial. O cidadão não recebia assistência médica gratuita e a saúde coletiva foi então representada por um sistema repressivo que atacava as doenças de massa: o “*sanitarismo campanhista*”. Por isso diz-se que ainda não havia uma política nacional de saúde pública abrangente que estabelecesse à sociedade melhor condição de vida.

2.3.2 Políticas de Saúde da Era Vargas à Autoridade Militar

Antes da década de 40, a saúde pública visava o combate às epidemias que colocassem em risco o comércio exterior. Depois, com a decadência do modelo agro-exportador e o

avanço da industrialização, ocorreram mudanças econômicas e sociais que refletiram na saúde. O trabalhador, agora indivíduo produtivo, importante para o governo, necessitava de um novo tipo de assistência médica que garantisse sua saúde de maneira integral. Esse modelo, de cuidados ao indivíduo, priorizou a prática hospitalar e a necessidade de pessoal qualificado para atender esta demanda. *“O importante, então, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva”*. (MENDES, 1999, p.21)

Politicamente este momento pode ser subdividido em duas fases: (1) do fim do Estado Novo até a redemocratização e (2) o golpe militar de 1964 com instalação de um regime autoritarista. Nas décadas de 30 a 45 (quadro 2.3.2.1), *“período Vargas”*, observou-se posições contraditórias entre a elite e o governo, o que desencadeou uma crise no país. A insatisfação da população deu origem à organização entre empregados (sindicatos). Vargas, para bloquear reivindicações, centralizou as ações governamentais. Simultaneamente, com o intuito de demonstrar sua confiabilidade e para minimizar os efeitos da crise, foi criado um sistema de seguro social que oferecia benefícios diferenciados aos trabalhadores em todo o território nacional. Surgiram, então, os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs que marcaram também esta crescente concentração de poder. Para as ações de saúde foi criado o Ministério da Educação e da Saúde.

Quadro 2.3.2.1 – Propostas do governo(1930 a 1945): contenção de gastos / ações centralizadas de saúde pública

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- Criação do Ministério do Trabalho; - CLT.	- IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal	- Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema.	- Auge do sanitarismo campanhista; - Serviço Nacional de Febre Amarela; - Serviço de Malária do Nordeste; - SESP (1942).

Fonte: Caderno de Saúde 2 / MG: Coopmed

Os Institutos objetivavam diminuir gastos, adotando cortes de despesas com assistência médico-hospitalar. Estando voltados para a acumulação de reservas financeiras, passaram então a construir seus próprios hospitais. Ao contrário das CAPs, a prioridade no momento era a previdência social, o que colocou a assistência médica para as populações carentes em segundo plano.

“As ações de assistência à saúde a nível individual começaram a partir da estruturação da previdência social, vinculando a assistência médica ao princípio do seguro social e colocando-a no mesmo plano de benefícios como as aposentadorias, pensões por invalidez etc. Este é um aspecto extremamente importante, pois foi a partir desse modelo de prestação de serviços de saúde que se chegou ao quadro caótico que hoje temos na saúde”. (OLIVEIRA; SOUZA, 1998)

Nesse período, o Departamento Nacional de Saúde – DNS sofreu reformulações evidenciando o direcionamento político, administrativo e financeiro: reuniu os diversos serviços espalhados, incorporou os serviços já existentes e responsabilizou-se pela formação de técnicos em Saúde Pública para trabalharem em campanhas sanitárias.

Na década de 50, órgãos e ações na área de saúde pública se ampliaram de tal maneira que se tornou necessário criar o Ministério da Saúde – MS. As ações de saúde ficaram a cargo desse ministério, assim como as atribuições do DNS. A partir do final desse período, até meados dos anos 60, a Medicina Previdenciária foi se tornando cada vez mais importante para o Estado.

Nos anos 60, devido influência internacional, o MS, coordenador da política nacional de saúde, tenta redefinir sua identidade instituindo uma seguridade social brasileira, mas essa não cumpriu os ideais de cidadania. Com a criação da Lei Orgânica da Previdência - LOPS, marco da ruína do modelo contencionista anterior, uniformizou-se os direitos dos segurados de diferentes institutos, ampliou-se os benefícios e serviço; mas, a extensão desses direitos gerou muitos gastos, e, novamente, a saúde pública sofreu cortes.

A partir de 1964, com o regime militar, concretizou-se a hegemonização de outro modelo de saúde: médico-assistencial privativista. Os serviços médicos continuaram a conviver com o setor privado, também em ampliação. A Medicina Previdenciária, lucrativa, ainda de interesse para o Estado, tornava-se predominante.

2.3.3 Do Autoritarismo Militar aos Anos 80 e a Mudança de Modelo de Saúde

Em meados dos anos 60 à década de 70, período do *“milagre econômico”* e do *“autoritarismo”*, o governo continuava com a centralização dos serviços assistenciais e recursos humanos e financeiros. Gerenciador das ações, garantia empréstimos com juros subsidiados ao setor privado que crescia sem riscos, expandia sua rede física hospitalar e avançava seu sistema tecnológico. Essas atitudes desencadearam a carência dos serviços públicos e a decadência e obsolescência dos hospitais públicos.

Um passo significativo para instituição do novo quadro de atenção à saúde, modelo “*médico-assistencial privativista*”, foi a unificação dos IAPs (quadro 2.3.3.1), em 1966, dando origem ao INPS que “*consolidou o modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços médicos. O direito à assistência à saúde não era uma condição de cidadania, mas uma prerrogativa dos trabalhadores que tinham carteira assinada e, portanto, contribuía com a previdência*”. (CARRARO, s.d)

Quadro 2.3.3.1 – Período de 1945 a 1966: crise do regime de capitalização / nascimento do sanitarismo desenvolvimentista

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
<ul style="list-style-type: none"> - Constituição de 1946; - LOPS (1960); - Estatuto do Trab. Rural; - Golpe de 1964; - INPS (1966). 	<ul style="list-style-type: none"> - Crescimento de gastos e esgotamento de reservas; - Incorporação da assistência sanitária à Previdência; - Uniformização dos direitos dos segurados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crescimento dos serviços próprios da Previdência; - Aumento de gastos com a assistência médica; - Convivência com os serviços privados, em expansão no período. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sanitarismo desenvolvimentista; - Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERU (1956).

Fonte: Caderno de Saúde 2 / MG: Coopmed

Os serviços contratados e conveniados pagos pelo governo facilitaram enriquecimento das empresas médicas e a incorporação de tecnologia: os rentáveis ficavam a cargo do setor privado e os não rentáveis, para o setor público estatal. O pagamento fazia-se de acordo com a complexidade e uso tecnológico do ato médico (unidades de serviço).

“[...] este modelo se assenta no seguinte tripé: a) o Estado como financiador do sistema, através da Previdência Social; b) o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos.” (CUNHA & CUNHA, apud ACURCIO, 1998)

Posteriormente, a atuação da Previdência Social se expandiu aos trabalhadores rurais e aos empregados domésticos e autônomos, mas, ao mesmo tempo, evidenciavam-se as diferenciações entre os grupos sociais e desigualdades para seu acesso, tanto quantitativo quanto qualitativo (quadro 2.3.3.2).

Simultaneamente, com o início da abertura política no Brasil e devido ao agravamento da crise econômica no país, muitos questionamentos foram feitos sobre as políticas sociais do

governo. Movimentos sociais comunitários denunciaram o modelo falido de saúde, reivindicando sua reestruturação e manifestando-se a favor de uma reforma sanitária. A Igreja e Universidades implementaram projetos que priorizaram o atendimento à população carente, fortalecendo o movimento.

O Estado vendo-se obrigado ao fortalecimento da Seguridade Social estendeu e descentralizou os serviços de saúde instituindo o Sistema Nacional de Saúde – SNS, voltado para assistência primária. Iniciou-se, então, o primeiro programa federal de medicina simplificada: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS que foi estendido a todo o território nacional.

Quadro2.3.3.2 – Acirramento da crise e privatização da assistência médica no período de 1966 a 1973

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- AI-5; - Emenda Constitucional nº 1.	- Modernização autoritária; - Ampliação de cobertura previdenciária; - Ampliação do complexo previdenciário.	- Aumento dos gastos com saúde no âmbito da previdência; - Extensão de cobertura; - Modelo de compra de serviços; - Convênios com medicina de grupo; - Autarquização do MS.	- Dispersa em vários ministérios e em órgãos da administração direta e indireta.

Fonte: Caderno de Saúde 2 / MG: Coopmed

Contudo, com o setor privado sendo privilegiado, as ações de saúde coletiva (pública) e a atenção médica (privada) se distanciavam. O tipo de prática médica exercida era a curativa, centrada na técnica e na sofisticação tecnológica. A prestação desses serviços não se comprometia com a melhoria da saúde da população. Cada vez menos recursos eram investidos na rede de saúde do governo. Percebiam-se as desigualdades entre cidadãos, o que gerou insatisfações. O modelo vigente, excludente, foi se desgastando.

Em decorrência da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários e Saúde em Alma Ata (URSS/1978), expressou-se a necessidade de expansão do atendimento às populações excluídas pelo modelo previdenciário. Aparece no Brasil uma nova proposta de atenção, destinada a populações marginalizadas: atenção primária seletiva. Mas essa, reducionista, foi instalada através de medicina simplificada, com tecnologia simples e barata, considerada desqualificada.

Novas insatisfações deram início a movimentos de trabalhadores de saúde e aos primeiros encontros de secretários municipais de saúde. Esses deram subsídios ao incipiente, mas crescente, movimento municipalista. Foram criados, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (quadro 2.3.3.3), importantes no processo mudança. O CEBES representou o movimento sanitário na proposta de reorganização de um Sistema Único de Saúde, em que tinha como conceitos a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular.

Quadro 2.3.3.3 – O período de 1974 a 1979: crise, reforma / consolidação da rede privada em saúde

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- II PND; - MPAS; - FAS.	- SINPAS; - Disciplina concessão de benefícios, prestação de serviços e administração da previdência.	- Remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada; - Criação do INAMP5; - Separação das ações de saúde pública e assistência.	- Cuidados primários em saúde (Alma-Ata); - PIASS; - CEBES; - ABRASCO.

Fonte: Caderno de Saúde 2 / MG: Coopmed

“A assistência médica no Brasil está sendo submetida a uma racionalização através da unificação dos Serviços de Atenção Médica num Sistema Nacional de Saúde. Esta política foi institucionalizada pela lei nº 6229 de 17 de julho de 1975, englobando as atividades que visam à promoção, proteção e recuperação da Saúde, dos diferentes Ministérios, do Estado e do Município”. (ALMEIDA, 1974)

Esse período que se estendeu dos anos 60 a 80, estabeleceu-se com um quadro de contradições entre o governo e os movimentos sociais de reforma sanitária, porém, algumas conquistas foram sendo alcançadas. A saúde, entrando em discussão no legislativo, se solidificava. Havia se esgotado no país o modelo médico-assistencial privativista, que apresentava problemas quanto ao alto custo e à qualidade dos serviços prestados.

2.3.4 A Saúde Pós Anos 80 e a Constituição Brasileira de 1988

Com a expansão do complexo previdenciário e a partir de convênios firmados entre o INPS e empresas surgiu a medicina de grupo. As empresas se responsabilizaram pela atenção médica de seus empregados. Esta articulação entre o Estado e o empresariado viabilizou o

nascimento e o desenvolvimento da atenção médica supletiva, sistema que se tornou hegemônico na década de 80.

Mas, algumas ações em favor da população foram se tornando realidade (quadro 2.3.4.1). Como exemplo, a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, em 1981, que passou a reorientar a assistência à saúde na esfera da Previdência Social, incorporando algumas das propostas da Reforma Sanitária, que de acordo com Mendes,

“[...]pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema”.(MENDES, 1999)

QUADRO 2.3.4.1- A década de 1980: eclosão da crise estrutural e consolidação das propostas reformadoras

Marco legal e político	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
- Redemocratização; - Nova República; - Constituição de 1988; - Lei Orgânica da Saúde.	- Prev-Saúde; - Conasp; - Seguridade Social	- Crescimento da medicina supletiva; - Universalização; - AIS; - VII CNS; - SUDS; - SUS.	- Criação do SUS; - Formalização do conceito de saúde.

Fonte: Caderno de Saúde 2 / MG: Coopmed

O CONASP, com a implementação das Ações Integradas de Saúde – AIS, em 1983, possibilitou a articulação e a integração entre as instituições públicas, fortalecendo os mecanismos de gestão colegiada. Seqüencialmente, foram criadas as Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS, que deram início aos atuais Conselhos de Saúde e subsídio para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Através desse sistema, os governadores de estado passariam a participar da disputa por recursos previdenciários.

Em 1985, com a intensificação dos movimentos sociais, concretizou-se o movimento de Reforma Sanitária direcionado para a democratização da saúde no Brasil. Foram incluídos sanitaristas dentro de importantes instituições federais, como o Ministério da Saúde,

Ministério da Previdência e Assistência Social e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Concomitantemente, a carta de Ottawa e a VIII Conferência Nacional de Saúde, auge doutrinário da Reforma Sanitária, realizadas em 1986, deram novos rumos à saúde no país. Nesse fórum, foi estabelecida como proposta a reestruturação do sistema de saúde. Pretendia-se a concretização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incorporada à Constituição de 1988. Essas ações influenciaram as políticas de saúde à preparação para o Sistema Único de Saúde - SUS.

O SUS reúne o governo (federal, estadual e municipal) e o setor privado contratado e conveniado, para interagirem na promoção, proteção e recuperação da saúde. Nele encontra-se reunido os princípios doutrinários: Universalização, define que a saúde é um direito de cidadania do ser humano, cabendo ao Estado assegurá-lo; Equidade, princípio de justiça social que objetiva diminuir as desigualdades, mas considerando que as pessoas têm necessidades diferenciadas; e Integralidade, que considera a pessoa como um todo, sendo então primordial a integração de ações, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação e a articulação da saúde com outras políticas públicas.

Para organizar os serviços do SUS, foram previstas algumas diretrizes (figura 2.3.4.1): “*Regionalização e Hierarquização*”, que constituem-se na ordenação dos serviços em níveis crescentes de complexidade, planejados a partir de critérios regionais, epidemiológicos, e com o conhecimento dos usuários; “*Descentralização (municipalização) e Comando Único*”, significam redistribuição do poder e responsabilidades entre os três níveis de governo dos serviços prestados para que sejam de qualidade e também, autonomia dos “*gestores*” quanto a autoridade sanitária, na tomada de decisões; “*Participação Popular*”, denota democratização com a participação da sociedade no dia-a-dia do sistema, através dos Conselhos e Conferências de Saúde, para assim, elaborar estratégias, controlar e avaliar o cumprimento da política de saúde.

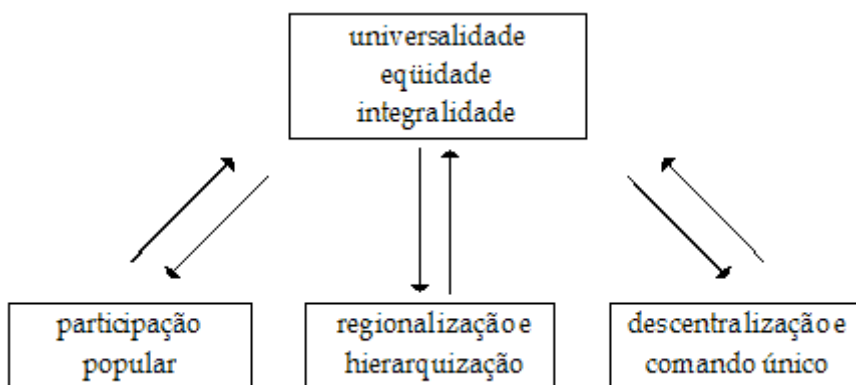


Figura 2.3.4.1 – SUS, núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos

A partir do SUS, a assistência à saúde teoricamente foi universalizada. Qualquer cidadão deveria ter acesso aos serviços de saúde. Mas, com o aumento da demanda, prejuízos têm sido gerados aos usuários desse serviço, sem que se fossem tomadas providências quanto à qualidade e quantidade de atendimento. As dificuldades da rede hospitalar devido a insuficiência de hospitais são crescentes. Além de insatisfatórios quanto ao número se vê problemas quanto a dimensionamentos, qualidade do espaço, fluxos internos, localização, partido arquitetônico, dentre outros.

A incapacidade da rede hospitalar pública tem estimulado iniciativas privadas nesse setor. Nos anos 90, alastrou-se a medicina supletiva e evidenciou-se a ruína do serviço público de saúde. O SUS parece ter dificuldades para a sua integral implementação. Essas circunstâncias apontam para caminhos diferenciados: um modelo de saúde, público e universal, encontrado em países que preservam o cidadão, priorizando projetos democráticos sociais, como Reino Unido, Itália, Suécia e Canadá; e outro modelo egocêntrico e segmentado, que visa o mercado, como os Estados Unidos.

As condições de saúde de uma população estão atreladas às políticas sociais instauradas pelo Estado. “Estado” pode ser entendido como sendo a principal organização política responsável em garantir bem-estar à sociedade e qualidade de vida para todos, indistintamente.

É visto nessa trajetória apresentada, que não apenas inicialmente, mas durante todo esse percurso político, a atuação do governo se restringia principalmente aos interesses econômicos. O Estado, por sua vez, executava ações na área da saúde pública quando pressionado por agentes internacionais e pela própria sociedade. A intervenção sobre saúde da população, ao longo do tempo, foi de forma generalizada e sempre relegada a planos inferiores. Todo esse descaso repercutiu nos hospitais públicos que, influenciados por essa tendência, sofreram cortes financeiros. A falta de investimento vem propiciando a degradação desses espaços, tanto no atendimento quanto na infra-estrutura física. Constatam-se soluções paliativas para a melhoria desse setor, mas pode-se supor que para o alcance do desenvolvimento econômico, faz-se necessário priorizar a saúde pública reforçando a idéia de “saúde para todos”, enfim, “população saudável”.

“[...] o direito à saúde não seria o pressuposto que apenas nortearia as políticas setoriais de saúde, mas seria "um elo integrador que teria de permear todas as políticas sociais do Estado e balizar a elaboração e a implementação das políticas econômicas". Isto significa uma ação articulada com todo o conjunto de políticas sociais mais amplas como as relativas ao emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação etc.”
(OLIVEIRA; SOUZA, 1998)

Mudanças de Paradigmas exigem além de maior integração, comprometimento do governo e dos vários atores sociais envolvidos no sistema (profissionais, sociedade civil organizada, dentre outros) com as questões sociais para a busca de práticas mais sustentáveis e abrangentes. Dessa forma, com esta dissertação, pretende-se mostrar que a arquitetura, nesse contexto, cumpre o seu papel na medida em que está em consonância com a função social dos espaços de saúde, articulando assistência, saúde e ensino e minimizando os aspectos negativos provocados pelo desequilíbrio de ações. Na verdade, promovendo o bem-estar de seus usuários de acordo com os princípios éticos e humanísticos.

2.4 ARQUITETURA E SAÚDE

Após o século XVIII, a arquitetura nas suas várias tipologias, voltou-se para os aspectos racionais, viabilizando o edifício atender a um programa previamente determinado. O espaço passou a ser algo legível, pois podia ser quantificado, isto é, foi se estruturando através de conhecimentos objetivos. As construções, pode-se dizer, tornaram-se complexas, especializadas e funcionais, entretanto se desumanizaram. *“A arquitetura dividida entre o sentimento e a técnica, entre a função e a estética, foi se afastando de um de seus fundamentos básicos, que é exatamente promover o sentido humano do habitar”.* (RIBEIRO, p.29, 2003)

A produção arquitetônica não é somente o resultado dos elementos construtivos que se justapõe para formar um espaço, mas, sim, o próprio espaço que exibe uma característica elementar: mediador das relações humanas. Como um lugar de relações sociais, muitas vezes vitais, *“[...] verificamos que os melhores edifícios foram construídos quando o arquiteto foi inspirado por aspecto do problema que tem a resolver, cuja solução dará ao edifício um cunho distinto. Tais edifícios são criados num espírito especial e transmitem esse espírito a outros.”* (RASMUSSEN, p. 31, 1998). Composta de vários aspectos, a arquitetura se torna relevante no momento em que reflete esquemas sociais, culturais, econômicos e políticos, porém, acima de tudo, quando desperta emoção. Inovadora e adaptável, pode acompanhar a evolução dos tempos.

Ao organizar e ordenar os ambientes, a arquitetura trabalha com formas, volumes e cores, produzindo espaços de vida para pessoas comuns, sobretudo, imprevisíveis, que carregam consigo símbolos: trajetórias de vida, cenários de infância, esquemas perceptivos, identificação pessoal. Sabe-se que o espaço configura-se não só pela visão racional, mas também, *“[...] como mediador simbólico que ajuda o homem a habitar. E a dimensão*

simbólica é o viés que possibilita que isso aconteça, enquanto via de acesso aos significados que as pessoas agregam aos espaços”. (RIBEIRO, p.21, 2003)

Responsável pela criação dos ambientes e a interação desses com o ser humano, a obra arquitetônica pode atrair, reprimir ou repelir os seus usuários. Através da ambientação tem a capacidade de ser agradável, na medida em que inclui o usuário e suas necessidades (socialização, segurança, privacidade, conforto), reproduzindo espaços de trabalho, de lazer e de aprendizado. Pode ser desagradável, quando não articula sujeito e contexto. *“Por sua vez, a arquitetura é como uma grande escultura escavada, em cujo interior o homem penetra e caminha”.* (ZEVI, p.17, 1996)

O ser humano, ao observar o espaço à sua volta, percebe e responde aos estímulos emitidos por ele. Mesmo quando ignorado, *“[...]o espaço age sobre nós e pode dominar o nosso espírito; uma grande parte do prazer que recebemos da arquitetura – prazer que parece não podermos receber ou que não nos damos o trabalho de notar – surge, na realidade, do espaço”.* (ZEVI, p.186, 1996) Ao identificar os percursos e reconhecer o espaço como lugar construído, pode-se sentir tanto segurança, conforto e aconchego, quanto vazio e indiferença.

A percepção depende da individualidade de cada pessoa (sentimentos), das suas necessidades num dado momento e das impressões arquitetônicas apreendidas, ora pela extensão e distribuição dos ambientes, ora pela temperatura e iluminação, ou por qualquer outro componente marcante. Portanto, conforme Bruno Zevi (1996), uma *“boa arquitetura”* está relacionada aos seus componentes quando em perfeita harmonia e, na medida em que seu programa perpassa as características técnicas e funcionais e vão ao encontro dos anseios e necessidades dos usuários.

2.4.1 A Arquitetura e os Espaços de Saúde

Pode-se dizer que a organização espacial de ambientes, especialmente em espaços de saúde, tanto pode refletir positivamente, quanto negativamente nas atitudes, nos processos de aprendizado e no desenvolvimento de atividades. É claro que organizar espaços não garante, por si só, mudanças, mas pode facilitar o seu processo. *“[...]o fato de o espaço, o vazio, ser o protagonista da arquitetura é, no fundo, natural, porque a arquitetura não é apenas arte nem só imagem de vida histórica ou de vida vivida por nós e pelos outros; é também, e sobretudo, o ambiente, a cena onde vivemos a nossa vida”.* (ZEVI, p.17 e 28, 1996)

A partir do século XIX, os espaços hospitalares foram sendo construídos para promover a vigilância, o controle e a ordem. *“Embora o ‘controle social’ não tenha de ser*

negativo por definição, ele sem dúvida existe e seus efeitos negativos são sentidos quando não podemos fazer nada sem que sejamos julgados e vigiados pelos outros[...]” (HERTZBERER, p.54, 1999) No decorrer dos tempos, também foram influenciados por novos conhecimentos e descobertas: o saber médico interferiu nos espaços e conseqüentemente na terapêutica dos pacientes. Percebe-se que os hospitais do século passado foram sendo suprimidos e, “[...]a conduta calcada na segregação do paciente caiu por terra, determinando a extinção dos sistemas urbanos isolados, a reinserção dos doentes no convívio social pleno e a ampla transformação de uma estrutura física autoritária [...]”. (ROCHA E VEIGA, 2004)

Falar em espaços arquitetônicos requer pensar em integração, em descobertas e em transformações. A arquitetura aliada a processos interativos, participativos e includentes, pode gerar condições que influenciarão no estado de ânimo das pessoas que, de alguma forma, necessitam das facilidades que a edificação possa proporcionar. Sabe-se que, ao propor caminhos, o arquiteto influencia na qualidade de vida da sociedade e qualidade do ensino. Sendo assim, é significativa sua responsabilidade e as descobertas científicas na área da saúde, “*podem provocar grandes repercussões arquitetônicas, urbanísticas e sociais, confirmando a necessidade de uma intensa transdisciplinaridade no que tange à arquitetura hospitalar*”. (ROCHA E VEIGA, 2004)

Hoje em dia, pode-se supor que a arquitetura busca para os ambientes hospitalares não só a funcionalidade e a flexibilidade, mas também a humanização do tratamento, do trabalho e da área física de forma a amenizar o medo e a insegurança presente nessas instituições. Alguns atributos relativos ao conforto e a funcionalidade são considerados na avaliação de desempenho dos espaços, tais como: acessibilidade, segurança, comunicação visual, conforto ambiental, participação dos usuários e as características culturais e sociais da comunidade atendida. Nessa perspectiva, o ambiente pode influenciar o estado de espírito, o modo de se realizar procedimentos e por conseqüência a saúde das pessoas, o que faz pensar, que, os aspectos subjetivos podem ser avaliados como agentes de formação e instrumento terapêutico.

Um hospital, por ser um espaço complexo⁶, compõe-se de espaços diversificados e recebe usuários distintos, sobretudo os públicos. A entrada, a espera, a permanência dos pacientes, acompanhantes, prestadores de serviços, ou seja, de todos que ali estão, representam tempo de observação, percepção e a imaginação. Através dos sentidos o indivíduo interage com o espaço e capta as impressões ali contidas. A cor, a iluminação, o silêncio, o cheiro, os movimentos, a temperatura, a impessoalidade e outras informações

⁶ Atividades das mais diferenciadas são desenvolvidas no espaço hospitalar: administrativas, industriais (lavanderia, cozinha, central de esterilização), internamento, emergência, dentre outras.

podem torná-los tanto suaves, quanto agressivos e pode proporcionar tanto a tranquilidade, prazer e alegria, quanto dor, insegurança e medo.

“As percepções do espaço consistem não só no que vemos, mas também no que ouvimos, sentimos e até mesmo no que cheiramos – assim como nas associações que despertam. Desta maneira, a arquitetura é capaz de mostrar o que não é realmente visível, despertar associações de que não tínhamos consciência antes”. (HERTZBERGER, p.1996)

Nas instituições hospitalares, a presença de elementos motivadores, o aspecto lúdico, a humanização integral tem sido percebidos como de grande relevância, pois interferem no aspecto psicológico das pessoas. Várias características representam melhoria de ambientes: o equilíbrio entre luz natural e artificial, a ventilação, assim como a integração de espaços com áreas verdes. Todos estes elementos, psicodinâmica das cores, boa iluminação e integração com a paisagem, proporcionam espaços saudáveis e agradáveis, contribuindo tanto para suavizar o trabalho, como os processos de tratamento de patologias.

Através do uso adequado das cores, a arquitetura além de ressaltar volumes, partes e formas, possibilita mudanças qualitativas e provoca transformações tanto na aparência quanto no modo de agir das pessoas: acalmando, diminuindo estresse, inseguranças e até mesmo a violência. A cromoterapia vem ganhando importância no auxílio da recuperação de pacientes. Usada como função terapêutica, reforça respostas ao tratamento, atuando como tranquilizante ou estimulante. A luz natural, pelo seu aspecto asséptico (bactericida) age na saúde dos indivíduos e, na medida em que propicia a integração ser humano e natureza, produz a noção de tempo.

Como exemplo, o Hospital Márcio Cunha em Ipatinga-MG⁷ (figura 2.4.1.1), antes e no decorrer da sua reforma, constatou-se o quanto é importante agregar aos espaços elementos motivadores (o uso de cores, o som de um violino, a presença da água de uma fonte) no processo de humanização dos hospitais. A insegurança oriunda desses locais, devido aos procedimentos ali executados ou um ente querido que se encontra ali desenganado, adquire tal proporção, que o mínimo de aconchego, conforta e dá ânimo.

⁷ Antes da reforma, 1999, visitou-se este hospital como acompanhante de paciente e, no decorrer da reforma, 2003, como profissional de arquitetura.



Figura 2.4.1.1 – Hospital Márcio Cunha I - Ipatinga / MG

Outro exemplo da arquitetura hospitalar com preocupações contemporâneas é a rede de hospitais Sarah Kubitschek⁸. Em Belo Horizonte (figura 2.4.1.2), a arquitetura do Sarah permite observar espaços que buscam dignificar o ser humano. Os arquitetos integrando cor, luz e paisagem, inscreveram nos espaços, além da beleza e funcionalidade, a importância de fazê-los para o homem. De acordo com Hertzberger, *"Tudo o que o arquiteto faz ou deliberadamente deixa de fazer – a maneira como ele se preocupa com a abertura e o isolamento – sempre influencia, intencionalmente ou não, as formas mais elementares das relações sociais"*. (HERTZBERGER, p. 1996)



Figura 2.4.1.2 – Hospital Sarah de Belo Horizonte / MG
Centro de reabilitação (hospital geral reformado)

Como objeto do Design de Hospitais atualmente, deseja-se integrar o indivíduo num novo cenário onde o sentimento permeie os espaços racionais e técnicos, marcando sua personalidade e transformando-os em espaços sociais, em espaços de vida. Explorando com sensibilidade a presença de plantas, cores, iluminação e ventilação e até mesmo, o som de

⁸ Entre outras contribuições, vislumbrou-se em uma visita, a arquitetura de João Figueiras Lima.

uma música, os hospitais contemporâneos estão confirmando a necessidade de bem estar às pessoas que ali se encontram por um curto ou longo espaço de tempo, apreensivas e inseguras.

As mudanças, resultados das reflexões sobre os acontecimentos, poderão ser feitas no dia-a-dia do hospital por meio da ação participativa, criativa, consciente e organizada de todos os envolvidos na questão. É fundamental diminuir distâncias, acolher de forma mais humana e manter uma comunicação que crie condições para trocas de experiência.

Nesta dissertação será abordado o espaço hospitalar de assistência e ensino. Além de se tratar da evolução dos conceitos, será incorporada a humanização que é uma prerrogativa de “*vigilância à saúde*”. Através de verificação em hospital de ensino de Universidade Pública e em momentos históricos diferentes, serão observadas mudanças ocorridas no espaço hospitalar do Hospital Universitário de Juiz de Fora rumo a sua nova versão que é o Centro de Atenção à Saúde. Será verificado no decorrer das propostas de transformações se esteve presente o equilíbrio entre os aspectos racionais e sensíveis dos espaços, o suficiente para que a arquitetura fosse apreendida e principalmente vivenciada.

3. HISTÓRICO EM JUIZ DE FORA

3.1 A CIDADE E SUA ÁREA DE INFLUÊNCIA

Município de porte médio da Zona da Mata Mineira, com aproximadamente 500 mil habitantes, Juiz de Fora, por sua posição geográfica e acessos rodoviários (figura 3.1.1), destaca-se entre os influentes centros econômicos do país (Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo). A população urbana residente concentrou-se no núcleo central (figura 3.1.2), entretanto, a ocupação da cidade se deu ao longo de várias rodovias e do vale do Rio Paraibuna. Cidade dotada de razoável condição ambiental e de bons índices serviços municipais (abastecimento d'água, serviço de limpeza urbana, rede de esgoto, energia elétrica e iluminação pública instalada em quase toda a cidade), o que lhe confere uma boa qualidade de vida. Além do vale do Rio Paraibuna, figura entre sua paisagem natural as cadeias de montanhas da Serra da Mantiqueira (figura 3.1.3).



Figura 3.1.1 – Mapa das principais rodovias de ligação de Juiz de Fora com os centros econômicos do país.

“Os indicadores de educação são positivos e é uma das cidades brasileiras de maior relação entre profissionais de nível superior por habitante (224/10.000), onde praticamente toda a população infanto-juvenil está matriculada em escolas. Os serviços de água e esgoto abarcam mais de 95% de toda a população, o mesmo se apresentando para o suprimento de energia elétrica. Os indicadores de saúde apresentam a proporção de um médico para cada 410 habitantes, 8,7 leitos para cada 1000 habitantes e expectativa de vida de 67 anos e renda per capita entre as melhores do país”. (ABDALLA; COELHO, 2004)



Figura 3.1.2 – Mapa das regiões de Juiz de Fora



Figura 3.1.3 - Imagem da cidade de Juiz de Fora

De Vila Santo Antônio do Paraibuna passou à categoria de cidade em 1856 (cidade do Paraibuna) e mais tarde, em 1865, foi denominada Juiz de Fora. Com o processo de urbanização progressivo, notava-se a preocupação com planejamento urbano da cidade e com a realização de ações em saúde, visto que, a partir dessa época, foram iniciados os primeiros projetos de traçado urbano e, mais tarde, realizadas melhorias quanto a saneamento e higiene.

No século XX, desde os anos 30, a atividade de agroexportação e também, em menor índice, a industrial entraram em declínio. E, a partir dos anos 50, seu modelo econômico se

modificou. De centro comercial passou para o setor de prestação de serviço tornando-se um pólo regional. Devido a sua infra-estrutura viária (rodovias e ferrovia) e equipamentos urbanos de comércio e serviços constitui-se em um centro polarizador. Pode-se, então, perceber que:

“[...] no conjunto de relações de Juiz de Fora com a sua área de influência e com os centros urbanos de maior hierarquia, a relevância do seu papel como pólo regional é inegável, ligando-se, na maior parte das vezes, às localidades menores e extrapolando sua área de influência para além da divisa estadual, atingindo diversas cidades no Estado do Rio de Janeiro”. (Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, p.320, 2004)

A partir dos anos 60, com a criação da Universidade Federal houve um novo impulso de desenvolvimento para a cidade. Foram criados novos empregos e, com a população estudantil procedente de cidades vizinhas, ocorreu um maior consumo de bens e de serviços. Percebe-se que a migração continua movimentando a economia da cidade. Mas, no final dessa década, o crescimento, trouxe alguns problemas nas áreas de urbanização. E as questões sociais e políticas se acirraram, o que nessa época, foi característico em todo o país.

De acordo com as referências do IBGE, Juiz de Fora é uma Microrregião Geográfica composta de 33 unidades territoriais do nível Município e, pertence à Mesorregião da Zona da Mata Mineira. No decorrer dos tempos desenvolveu o setor terciário e, tanto a educação quanto a saúde foram se ampliando e tornaram-se relevantes: *“[...] atendendo não só a população da Zona da Mata como a de outras cidades mineiras e do Estado do Rio de Janeiro”. (Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano, p. 164, 2004)*

3.2 A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE LOCAL FRENTE ÀS POLÍTICAS NACIONAIS

No decorrer da história, pode-se constatar a dificuldade de comunicação entre instituições públicas formuladoras de políticas públicas. A partir do momento em que o modelo médico assistencial privatista declinava-se no país, no final da década de 70, essa situação foi se revertendo. Os discursos sobre as políticas sociais deficitárias passaram a fazer parte da nova realidade e algumas ações na área da saúde tornaram-se importantes dentro da nova perspectiva de evolução desse setor.

Refletindo sobre os acontecimentos já mencionados no capítulo 2, “*O processo histórico de construção das políticas de saúde no Brasil*”, é fato que o governo federal, há tempos, vem sendo pressionado pela sociedade. A partir dos anos 80, com a implantação das AIS (1983) e do SUDS (1987), com a transferência do INAMPS para estados e municípios, criou-se a chance de concretização da descentralização político - administrativa do setor saúde. Passaram a gerenciar a saúde, ficando responsáveis pelas necessidades e demandas da população. As ações nas cidades, em todos os seus níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), passaram a ser prioritárias. Como marco regulatório dessa década, tem-se a Constituição de 1988, que incluiu pela primeira vez no Legislativo, uma seção sobre a saúde e criou o SUS (regulamentado em 1990). Nesse caminho e com a criação dos Conselhos Comunitários, a saúde começava a fazer parte das discussões políticas da sociedade.

Contudo, em Juiz de Fora, nota-se no decorrer da história, a realização de ações para melhorias na qualidade de vida da população da cidade. Com ênfase na saúde, destacam-se a captação e abastecimento de água, a construção de hospital de isolamento (s/d), criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia e a fundação da Santa Casa de Misericórdia (1854).

Desde os anos 70, com a velocidade de seu desenvolvimento, tornou-se necessária a implantação da Secretaria Municipal de Planejamento e órgãos afins que seriam responsáveis pela integração da máquina pública administrativa, reestruturação e planejamento da cidade. Investimentos recebidos, nas décadas de 80 e 90, objetivaram vários projetos na área social, com melhorias na saúde que vem tomando novos rumos. A partir da Lei Orgânica (1990), e através da implantação do CMS, a sociedade foi conquistando o controle das políticas públicas de saúde.

Os anos 90 foram o marco da municipalização da saúde em Juiz de Fora. A Secretaria Municipal de Saúde passou a gerenciar os Postos de Atendimento Médicos e Policlínicas – PAM’s e as Unidades Básicas de Saúde – UBS’s. Mas, o processo, propriamente dito iniciou-se em 1992 com a criação do Conselho Municipal de Saúde – CMS e com participação de vários membros comprometidos com os objetivos do SUS. E, após 1995, articulação das redes pública e privada de saúde planejamento, gerenciamento, avaliação e controle das políticas municipais de Saúde estavam vinculados ao município.

Possuindo vários Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - EAS, dentro de uma rede hierárquica, Juiz de Fora se estabeleceu relativamente autônoma quanto às competências e atribuições dos seus setores e serviços. A rede primária de atenção básica conta com 41 Unidades Básicas de Saúde – UBSs na zona urbana e 16 na zona rural. A rede de atenção

secundária está composta de 6 Institutos, 2 Unidades Regionais e um Pronto Socorro Municipal para atendimento das urgências. A rede terciária está estruturada com os seus 19 hospitais conveniados com o SUS sendo 3 públicos (Hospital Universitário, Hospital João Penido e o Mozart Teixeira).

Os serviços de saúde pública, em sua maioria, são administrados pela Secretaria Municipal de Saúde, através do SUS e têm-se consolidado como referência, priorizando, no decorrer das décadas, a implantação da Reforma Sanitária. Mesmo com todo esse suporte, a realidade atual ainda evidencia grande demanda, exclusão e desigualdade de acesso.

3.3 A UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – UFJF

Criada em 1960, no governo do Presidente Juscelino Kubitschek. Inicialmente, originou-se da integração de alguns estabelecimentos de Ensino Superior reconhecidos federalmente (Engenharia, Ciências Econômicas, Direito, Medicina, Farmácia e Odontologia) e posteriormente, foram incluídas as faculdades de Filosofia, Letras e Serviço Social.

O seu campus universitário veio a ser implantado em 1969, estando localizado na parte alta da cidade-pólo de Juiz de Fora, ocupa uma área de 1.325. 811m² (figura 3.3.1 e 3.3.2). Distante do centro urbano a aproximadamente 5 Km, se tornou um local de lazer da comunidade, que o aproveita para fazer caminhadas em torno de seu lago. Nos finais de semana é usado para diversas atividades de recreação infantil.

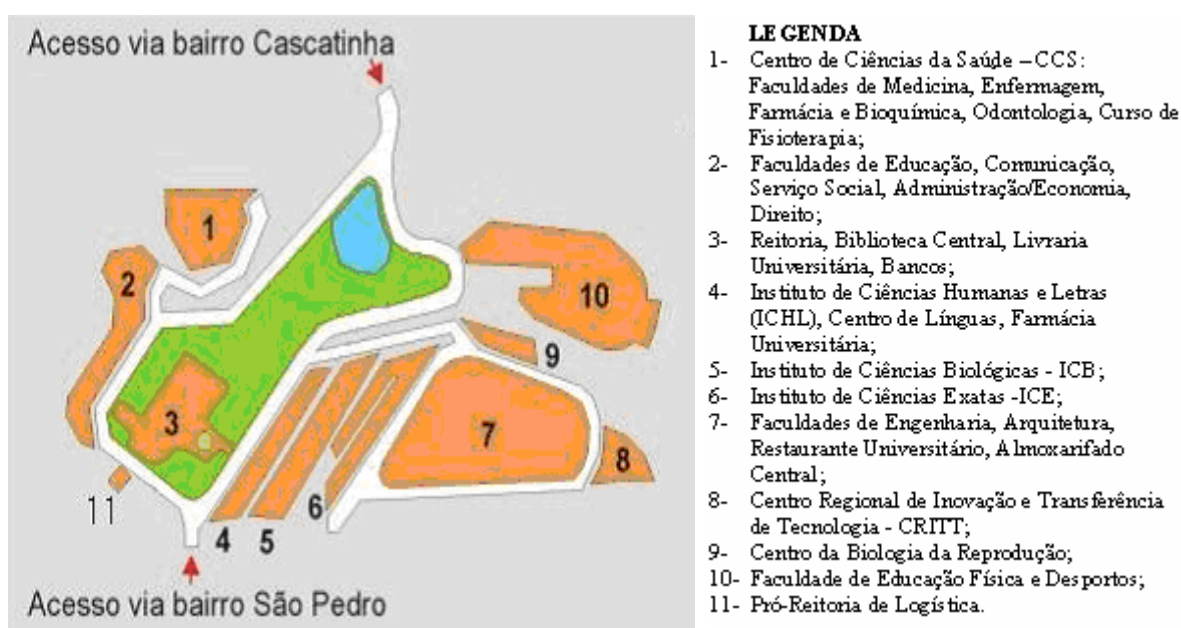


Figura 3.3.1 – Mapa do Campus Universitário Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF



Figura 3.3.2 - Campus Universitário. Vista panorâmica da Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF

O projeto do campus foi elaborado pelo arquiteto Arthur Arcuri, sendo traçado de inspiração modernista. Contempla uma visão linear de ensino, pois vislumbrava um conteúdo básico e outro profissionalizante, tal a estrutura proposta por Institutos de Ciências (Humanas - ICHL / Exatas - ICE / Biológicas - ICB), criada com a Reforma Universitária. O ICB reúne os primeiros períodos dos cursos da área de saúde, de Medicina, Farmácia e Bioquímica, Odontologia e Enfermagem.

Hoje, a universidade possui uma estrutura edificada, em torno de 88.0000 m², abrangendo: Reitoria, Unidades Acadêmicas, Institutos, Centros de Pesquisa, Biblioteca, Farmácia Universitária, Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde - NATES, Administração Superior e Apoio Acadêmico. Os setores descentralizados perfazendo uma área aproximada de 53.000 m² englobam: Museu de Arte Moderna Murilo Mendes (MAM), Colégios (Aplicação e Técnico), Centro de Psicologia Aplicada, Arquivo Histórico, Escritório Escola (Faculdade de Direito) e Unidades Culturais; e na área de saúde, conta-se com o Hospital Universitário - HU, o Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia - NIEPEN, Centro Integrado de Educação e Saúde Mental – CRIESAM, o Pólo Interdisciplinar na Área de Envelhecimento, o Núcleo Multiprofissional sobre a Aids – NUMPAIDS e a Casa do Parto.

Considerada pólo acadêmico e cultural no Sudeste e Zona da Mata de Minas Gerais, hoje, agrupa 16 unidades acadêmicas que apresentam 33 cursos de graduação. O setor de saúde abrange os cursos de Medicina (1953), Enfermagem (1979), Farmácia e Bioquímica (1904), Odontologia (1904), Ciências Biológicas(1969), Fisioterapia (1993) e Educação Física(1973), e cursos afins de Psicologia (1991) e Serviço Social (1948). Para completar a

totalidade da abrangência do ensino gradual em saúde pelos Ministérios da Educação e da Saúde, faltam os cursos de Nutrição, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

Na década de 90 foi constituída a pós-graduação *stricto sensu*, através de 11 cursos de Mestrado e 1 de Doutorado. A UFJF apresenta-se como um importante centro de referência em diversas áreas profissionais para os municípios da região.

3.3.1 A Saúde na UFJF

A saúde e a atenção às comunidades, consideradas ponto chave para o desenvolvimento, tem sido tema de constantes debates, inclusive na formação de recursos humanos voltados para as políticas públicas do Sistema Único de Saúde – SUS, tais como: vigilância à saúde, humanização e problemas regionais. Mudanças propondo integração curricular e multidisciplinar vem se tornando indispensável à formação profissional.

Na UFJF, várias transformações e conquistas estão se materializando gradativamente, para a melhoria do ensino, pesquisa e extensão e atendimento ao SUS: reformas curriculares dos cursos; implementação do Programa de Apoio às Mudanças Curriculares no Curso de Medicina – PROMED; desenvolvimento da pós-graduação em Saúde Coletiva; produção multiprofissional e interdisciplinar e de integração ensino-serviço através do NATES; formação do Pólo de Capacitação e Educação Permanente para a Saúde da Família, construção de um novo modelo de assistência com a edificação do Centro de Atenção à Saúde; dentre outras. A Universidade também desenvolve a investigação científica dos problemas de saúde, principalmente na área regional, por meio dos seus Núcleos de Pesquisa – NPs.

Novos projetos didáticos acadêmicos, incremento das atividades existentes, novos cursos disponibilizados, introdução de novas tecnologias de ensino e pesquisa, além de ser a dinâmica da vida universitária, produzem uma nova demanda por espaço.

Com a evolução do conceito de saúde, ocorrem transformações na assistência ao cidadão e, conseqüentemente, levanta-se a necessidade de novas estruturas, tanto na formação profissional, quanto na infra-estrutura existente. Desse modo, espera-se que a arquitetura possa possibilitar, não apenas modificações nos espaços construídos, mas também, qualidade e suporte ao ensino.

3.3.2 As Estruturas Curriculares dos Cursos de Saúde

Atualmente, com as transformações sociais, culturais e científico-tecnológicas vivenciadas no Brasil por seus cidadãos, percebe-se o esgotamento do modelo de saúde

caracterizado pelo paradigma flexneriano. Discute-se, a necessidade de reformulação do ensino em todas as profissões da saúde englobando demandas até então inexistentes, neste campo do ensino, tais como: habitação, alimentação e saneamento. Cabe salientar que esses novos aspectos interferem na qualidade de vida das populações, por isso se enquadram nos novos preceitos da saúde. A prerrogativa da nova Constituição Federal de “*saúde para todos*” também está na perspectiva atual de mudança curricular em saúde. Sendo assim, pensa-se na assimilação de uma nova maneira de ensinar, objetivando vencer barreiras sócio-culturais e heterogeneidade dos grupos comunitários.

Nesse sentido, na nova proposta de ensino em saúde, reforça-se a idéia da integração entre os diversos profissionais da saúde e até de áreas afins (Direito, Administração, Economia, Arquitetura e Engenharias). No passado e até hoje, ações isoladas e técnicas e a fragmentação do saber em inúmeras especialidades se contrapõe à atuação dos generalistas como regentes desse novo cenário proposto.

No novo contexto de formação do profissional da saúde, o Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde vêm trabalhando numa ampla reformulação do ensino nas Instituições de Ensino Superior – IES que possuem curso da área de saúde. Nessa linha de pensamento, torna-se importante o conhecimento dos fatos históricos e políticos de construção dos saberes e das técnicas ao longo do tempo, para que se tenha uma melhor compreensão do momento atual e do redirecionamento futuro pautado na visão humanista, crítica, reflexiva e generalista, dentro de um rigor científico, intelectual e ético.

No projeto pedagógico, há que se considerar demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da sociedade, baseando-se teoricamente no quadro epidemiológico regional e nacional. Há também uma nova orientação que vai de encontro à valorização e inclusão de conteúdos que reforcem os aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos para as novas disciplinas curriculares em cursos da área de saúde. Destacam-se e incentivam-se iniciativas criativas, de educação continuada, a importância da inclusão do estágio nos currículos dos cursos, capacitação dos gestores de reorganização dos sistemas, dentre outras passam a ser constantes e presentes no ensino contemporâneo.

Nesse caminho, os profissionais de ensino em saúde da UFJF, esperando atingir uma posição contemporânea no processo de formação acadêmica e assistência aos cidadãos, vêm trabalhando no processo de reformulação conceitual e estrutural do ensino e prestação de serviços na universidade. Tal fato é importante para essa pesquisa, pois confirma a necessidade da adequação da infra-estrutura física aos novos conceitos pedagógicos. Em última instância, fazendo parte dessa investigação, observa-se na universidade, duas didáticas

coexistindo e que se acredita refletir no espaço atual e futuro do ensino em saúde, quais sejam: a do Hospital Universitário - HU e a do Centro de Atenção à Saúde – CAS. As mudanças para a adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais vêm sendo implantadas gradativamente na UFJF, por meio ora de discussões, ora já em implementação.

Tradicionalmente, os hospitais universitários configuram-se como centro formador de recursos humanos, servindo de campo de ensino para as unidades acadêmicas de saúde e áreas afins, tanto para o nível de graduação, quanto para o de pós-graduação, além de oferecer residências. Essa percepção de hospital de ensino se aplica ao HU / UFJF, que já absorve algumas demandas dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Psicologia e Serviço Social. Com o CAS, novo modelo institucional encontrado pela UFJF para promover a nova pedagogia de ensino em saúde, ampliam-se novas perspectivas, tais como a inclusão de acadêmicos dos cursos de Educação Física e Ciências Biológicas.

3.4 DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU AO CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE – CAS

Os hospitais de ensino no país, inclusive o de Juiz de Fora, identificaram-se não só como importantes centros de ensino e aprendizado, mas também como instituições que prestavam assistência qualificada através de suas equipes de saúde multiconstituídas e ganhavam, gradativamente, a confiança da população. Como diferencial destacava-se a gratuidade àqueles menos dotados de recursos e de diversas classes sociais e econômicas que encontravam atendimento de excelente padrão.

O Hospital Escola – HE, da Universidade Federal de Juiz de Fora, nomeado Hospital Universitário – HU pela Portaria 447/1984/MEC, foi fundado em 1963. Até então, sem sede própria, as atividades da faculdade de medicina funcionavam em um dos andares e também com algumas clínicas espalhadas no prédio da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (figura 3.4.1). Havia alguma autonomia administrativa, mas toda infra-estrutura dependia desse hospital filantrópico. As atividades acadêmicas confundiam-se com os serviços não acadêmicos, o que causava problemas. Transferido para o prédio do antigo sanatório Dr. Hermenegildo Villaça, anexo à Santa Casa e prestando assistência à indigentes e aos usuários do FUNRURAL e INAMPS, que eram internados nas clínicas médica, cirúrgica, ginecológica e pediátrica. Continuava em instalação provisória, funcionando com precariedade.



Figura 3.4.1 - Santa Casa de Juiz de Fora (obra concluída em 2 /06/1898)

A partir de 1970, o aumento do corpo discente e a necessidade de independência administrativa, funcional e física levaram, HE, a uma nova implantação. Suas atividades foram transferidas, temporariamente, para a Escola de Medicina que abrigou laboratórios acadêmicos e salas de aula. Contíguo a essa edificação utilizou-se um salão de festas de uma indústria têxtil da cidade (Fábrica Ferreira Guimarães) para os serviços de apoio, diagnóstico e terapêutica - SADT's e enfermarias de cirurgia. Funciona até os dias de hoje em edifício adaptado. O que entra em contradição com o divulgado no III Simpósio Nacional de Pós-Graduação, cujo 9º requisito para se atingir o sucesso do curso de medicina é *“Instalações e laboratórios adequados ao treinamento e à pesquisa: Qualidade e Capacidade”*.(ALMEIDA, 1974)

Até a década de 80, Hospital e a Escola de Medicina permaneceram na mesma edificação (figura 3.4.2). O futuro médico freqüentava o ciclo básico no campus universitário e o ciclo pré-clínico na Escola e Hospital. No ciclo clínico atuava quase totalmente no HU e também em instituições conveniadas com a Universidade. Os alunos dos demais cursos da área de saúde também cursavam o básico no Campus Universitário. Para cursar residência, mestrado ou doutorado, deslocavam-se para as capitais do país. A residência se encontrava em estágio embrionário em Juiz de Fora. Nessa época, a formação tendia para generalista.



Figura 3.4.2 - Portaria Geral - Hospital Universitário / UFJF

Em meados da década de 90, a Faculdade de Medicina foi transferida para o Campus, quando passou a pertencer ao Centro Integrado de Saúde (CIS), fazendo parte do plano setorial com as outras unidades de saúde (Faculdade Farmácia e Bioquímica, Faculdade de Odontologia e Faculdade de Enfermagem). Cabe mencionar, que foi cogitado, em certo momento, que um novo hospital acadêmico se integraria ao CIS, no caso o “*Novo Hospital Escola*”.

Tornar os hospitais de ensino sustentáveis economicamente interessava ao governo federal. Com essa ótica, a UFJF desejava empregar recursos em instalações mais apropriadas. Estava sendo elaborado, projeto para aquisição de recursos extra-orçamentários para este fim. Aprofundava-se a idéia de uma nova construção, objetivando sustentar um programa de Educação Continuada na área médica, com instalações mais apropriadas e amplas, “ {...} dentro da moderna concepção de funcionamento e viabilidade exigida para os mesmos”. (MENDONÇA JÚNIOR, 1974)

É antiga a expectativa da Universidade na construção do seu novo hospital. Desde os anos 70, falava-se “na montagem de um arrojado sistema hospitalar que atenda às atuais exigências do ensino médico e de uma boa assistência [...]”. (MENDONÇA JÚNIOR, 1974). Somava-se à demanda de atendimento os convênios estabelecidos com o FUNRURAL em 1974, e com o INAMPS, em 1982. Aumentava o número de pacientes com diferentes patologias e, assim, tornava-se viável conciliar ensino, assistência ambulatorial e hospitalar em espaço adequado.

Em 1994, o já nomeado Hospital Universitário, vinculou-se ao Sistema Único de Saúde - SUS e passou a ser referência para o Sul e Zona da Mata Mineira e para alguns municípios do Rio de Janeiro. Mesmo estando limitado estruturalmente e no funcionamento, atende a uma região com aproximadamente dois milhões de pessoas. Sabe-se que a concentração de hospitais privados em Juiz de Fora destaca-se em relação aos hospitais públicos.

“[...] 80% do sistema de saúde concentra-se na rede do setor privado e 20% no setor público, isto na abrangência do atendimento ambulatorial e de internações. Quando se trata do repasse do SUS ao pagamento das AIHs, a situação se torna ainda mais crítica: apenas 5% correspondem aos serviços prestados pela rede pública, evidenciando que o sistema de saúde na região é essencialmente privado”. (SITE HU / UFJF)

Em 1995, o HU ampliou seu atendimento a outros convênios e a particulares visando o retorno dos recursos às comunidades menos favorecidas. “*Através do Hospital-Dia, oferece tratamento especializado para pacientes portadores do vírus da Aids, dispondo de técnicas*

avançadas e modernas de atendimento diário". (Extraído do Relatório Gestão 1994/1998, Hospital Universitário/UFJF, Juiz de Fora, 1998)

Hoje, somando-se aos 134 leitos e 06 de UTI, são registradas atividades ambulatoriais de cunho basicamente curativo e de diagnóstico, concentradas nas áreas de Clínicas Médicas, Pediátricas, Gastroenterologia, Cirurgia Geral, Doenças Infecto-Parasitárias, Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Hematologia, Nefrologia, Pneumologia, Psiquiatria, Neurologia, Ginecologia. “[...] o HU ocupa posição de excelência na rede, atingindo a média de 120 mil consultas e 3000 cirurgias por ano. Em 2004 nove pacientes receberam transplantes de medula óssea, procedimento que é realizado em poucas instituições públicas do país. Nesse mesmo ano e [...] após ampla avaliação e com rígidos requisitos atendidos [...]” (BEDENDO; SANTOS, 2005), através dos Ministérios da Educação e da Saúde, recebeu certificação como Hospital de Ensino.

Composto de 06 blocos interligados, sendo 02 originais – Blocos A e B (figura 3.4.3), serve de campo de ensino para os cursos de Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Psicologia e Serviço Social e Pós-Graduação. Além de programas acadêmicos de graduação internos junto à Universidade, são desenvolvidos programas de residência médica, de enfermagem e serviço social. “Atualmente, no HU 376 professores desenvolvem, com 4525 alunos, atividades de ensino e pesquisa, possibilitando assistência de qualidade [...]” (BEDENDO; SANTOS, 2005). Por dificuldades de expansão física mantém ainda vários dos convênios acadêmicos, o que permite aos alunos uma atuação interdisciplinar, extra-muros, de ensino e assistência.

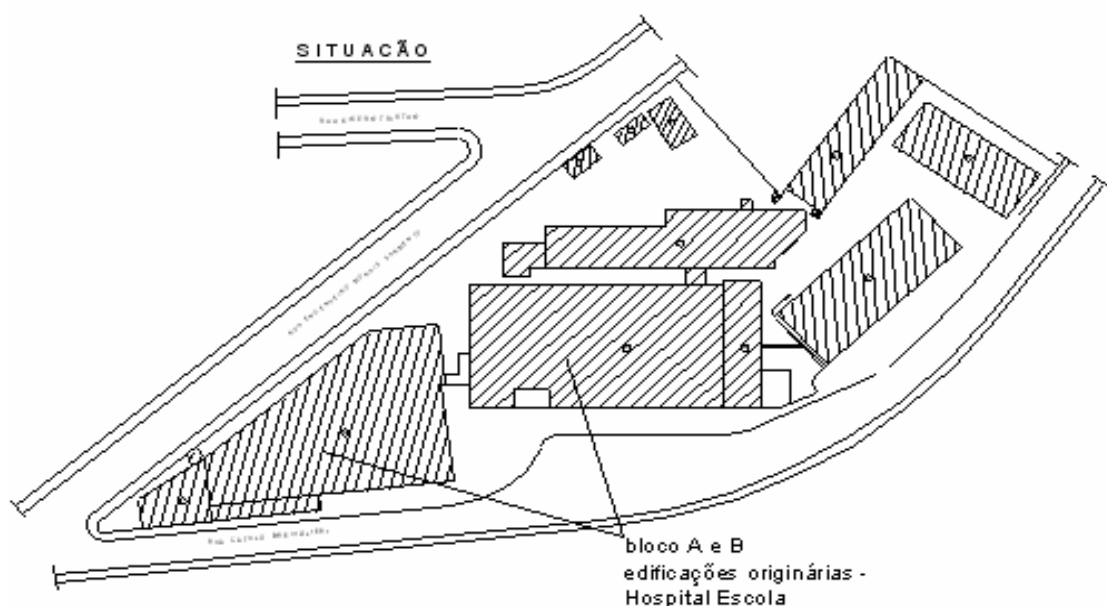


Figura 3.4.3 - Planta de Situação - Hospital Universitário – UFJF

Com aproximadamente 9740 m² de área física e sem espaço para expansão, apesar das atividades de ensino e serviço terem sido ampliadas, suas instalações são um elemento limitador, na verdade, um empecilho para o seu crescimento. Dessa maneira, a UFJF quer construir um centro de excelência destinado a formar recursos humanos, voltados para atendimento total à clientela do SUS e com objetivo de cuidar da saúde e da prevenção, “*sem no entanto descuidar dos procedimentos clássicos de diagnóstico, terapêutica e reabilitação*”.(SITE DO HU/UFJF)

Surge nos anos 90, especificamente em 1995, a idéia de um Centro de Atenção à Saúde, exposto como projeto elaborado coletivamente, em substituição ao “*Novo Hospital Universitário*” de décadas anteriores. É o início de uma concepção contemporânea de hospital que começou a concretizar-se através da busca de financiamento por intermédio do Plano Integrado de Saúde – PIES da UFJF e, cuja principal diretriz para elaboração do projeto, baseou-se na promoção da saúde, atendimento multidisciplinar e acolhimento integrado.

O CAS, novo conceito de assistência hospitalar, está sendo implementando gradualmente. Foram elaborados inicialmente o projeto acadêmico, prosseguindo-se com o arquitetônico, em terreno de 122.800 m². Pensou-se em edifício construído por etapas (figuras 3.4.4 e 3.4.5), e priorizando a assistência de alta e média complexidade aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, como também a formação de recursos humanos, dentro dos novos princípios constitucionais de integralidade, equidade e universalidade do SUS. As obras, referentes à primeira etapa de execução, correspondente a um terço da totalidade de todo o complexo, estão na fase final de construção.

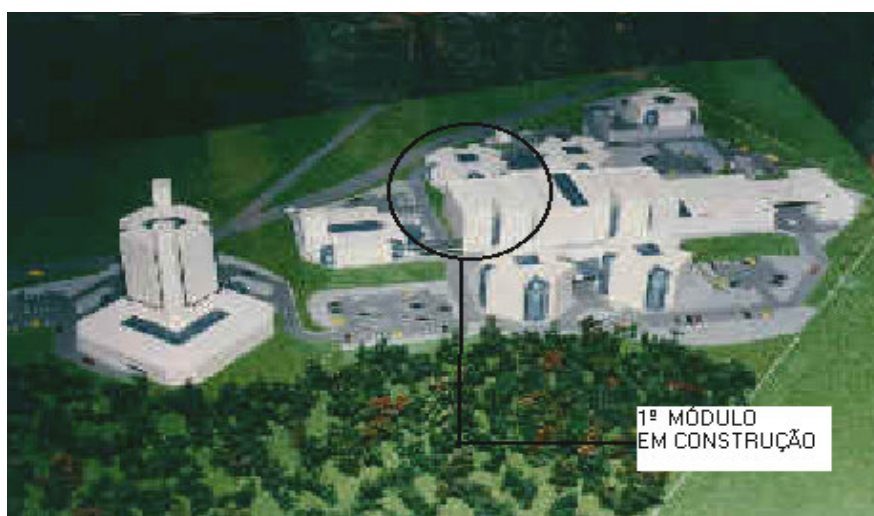


Figura 3.4.4 - Maquete do Centro de Atenção à Saúde / UFJF
Autoria Empresa de Consultoria e Arquitetura

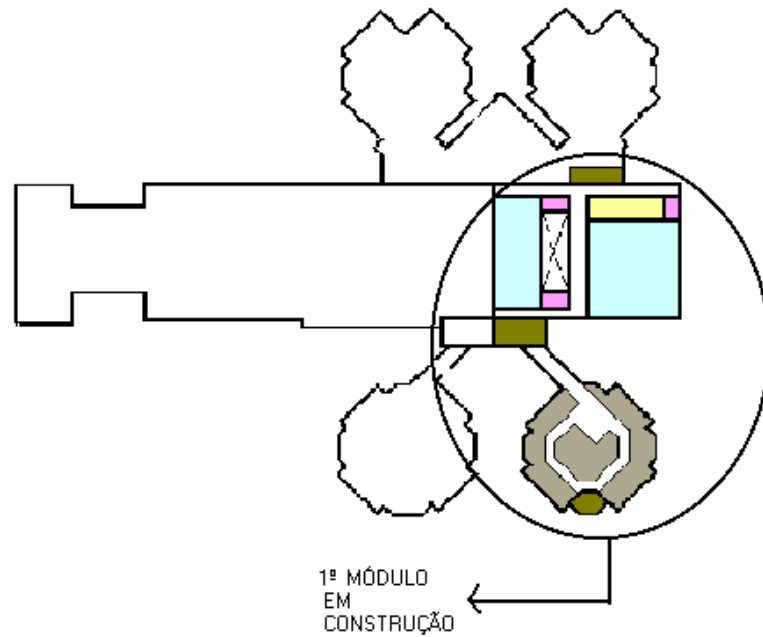


Figura 3.4.5 – Planta de Situação (Croqui) do Centro de Atenção à Saúde / UFJF
 Autoria Empresa de Consultoria e Arquitetura

O 1º módulo em construção, com aproximadamente 9.800 m² distribuídos nos blocos-“A e B” (figura 3.4.6), prestará assistência a nível ambulatorial e Hospital-Dia, de diagnóstico e tratamento. Os Blocos, “A”, Centro de Consultas, com 2 (dois) pavimentos e o “B”, Centro de Apoio Clínico, com 4 (quatro) pavimentos, irão abrigar os seguintes serviços, respectivamente: acolhimento integrado, clínica básica, clínica especializada infantil e atendimento multidisciplinar; imageneologia, métodos gráficos, coleta e laboratório de análises clínicas, endoscopia, internação de curta permanência, cirurgia ambulatorial, atendimento ao paciente renal crônico e fisioterapia/avaliação física.

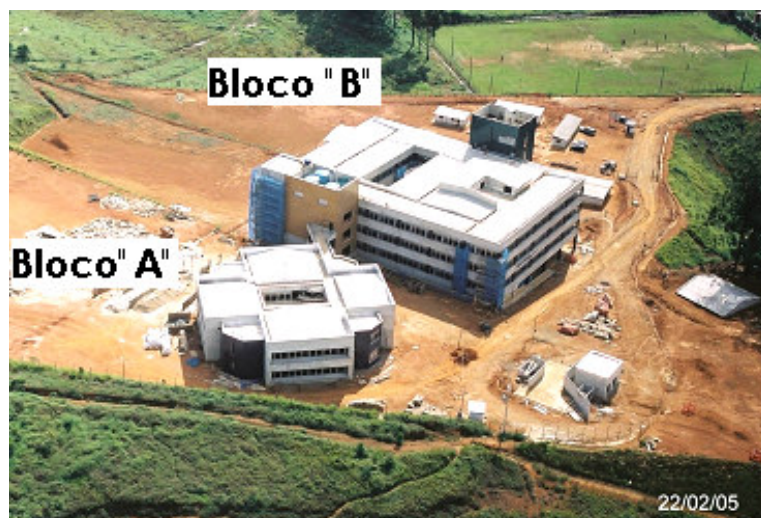


Figura 3.4.6 - Centro de Atenção à Saúde (1º módulo) / UFJF
 Autoria Empresa de Consultoria e Arquitetura

Por meio desta nova idéia a Universidade Federal de Juiz de Fora pretende: promover e consolidar o modelo assistencial da Vigilância à Saúde, que destaca a saúde e não a doença para os pacientes do SUS; prestar atendimento humanizado e com resolutividade das ações; tornar possível as propostas da hierarquização das ações de saúde, atendendo os casos referenciados pela rede básica e por outros serviços do SUS, para firmar a racionalização da assistência e econômico-financeira; obter flexibilidade e humanização dos espaços.

A UFJF tem também como objetivo a integração das unidades de ensino da área de saúde por meio do trabalho multidisciplinar entre as disciplinas de Medicina, Farmácia, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social e Psicologia. Assim sendo, deseja formar pessoal qualificado para prestar assistência, bem como desenvolver pesquisas. Através da conformação do espaço arquitetônico (setorização, ambientes diferenciados e layouts funcionais) e da produção arquitetônica (sistemas construtivos, tecnologias e materiais apropriados, comunicação visual, paisagismo, integração do ambiente interno com o externo), espera-se criar ambientes humanizados, que garantam a boa prática do ensino, pesquisa e assistência e que sejam um estimulador do processo do trabalho multiprofissional.

4 _____ **SISTEMATIZAÇÃO E
ANÁLISE DAS NECESSIDADES DIDÁTICAS E ESPACIAIS
FRENTE ÀS PROPOSTAS ENTRE O HU E O HU-CAS**

4. SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS NECESSIDADES DIDÁTICAS E ESPACIAIS DO HU E HU - CAS

4.1 A PESQUISA: ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi realizada em hospital de ensino público, especificamente no Hospital Universitário - HU e na sua nova unidade, o Centro de Atenção à Saúde - CAS, que recentemente recebeu nova denominação (HU-CAS - ver fotografia / ANEXO III, p.122), ambos da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF. Essa alteração da nomenclatura foi uma confirmação de que continuará sendo um hospital universitário, no entanto, trazendo uma proposta diferenciada de gestão, ensino e assistência.

Torna-se necessário evidenciar, mais uma vez, que essa instituição encontra-se em processo de transformação da sua prática de ensino, com vistas a conciliar o processo educacional às novas filosofias do modelo assistencial de saúde brasileira. Sendo assim ainda confirmam-se dois cenários didáticos e também, são dois cenários espaciais: o HU, onde, por meio da leitura dos seus ambientes, observa-se a setorização dos espaços por unidade de serviços, característica do modelo flexneriano de ensino especializado e fragmentado; e, o HU-CAS, nova versão de Hospital Universitário, projetado e construído dentro da legislação federal em vigor. Conseqüentemente, dentro das inovações do modelo em saúde proposto.

Historicamente, no Brasil, houve mudanças nos conceitos de saúde que, na verdade, foram ensaios de reformas numa estrutura convencional. Pode-se supor que as transformações ocorridas ou que ainda estão para acontecer carregam características conservadoras, vínculos incrustados e ao mesmo tempo desejos de inovações.

A partir de observação, entrevistas e levantamento do espaço físico (projetos existentes), analisar-se-á a ruptura ou suposta ruptura com modelo de ensino tradicional representado especialmente pela hegemonia médica e a desejada implantação dessa modalidade de ensino integrado que pode ser entendida como inovadora. Os dados obtidos em entrevistas, os espaços projetados para os dois modelos e a relação entre ambos podem ser considerados significativos para alcance dos objetivos indicados nessa pesquisa.

Foi percebido, muitas vezes, visões políticas e individualistas mas, encontrou-se também, metodologia participativa de abordagem interdisciplinar, inclusive na idealização dos espaços. A arquitetura, mostrando-se mediadora, passa a ter um importante papel comprometido com o aprendizado. Nesse sentido, de forma subjetiva, ela aparece como palco

do ensino. Sua forma de conhecimento implica na exigência do domínio teórico pelo futuro projetista em suas atividades, inclusive nos relacionamentos entre as diversas profissões e culturas na saúde.

Pode-se expor e trabalhar o espaço arquitetônico como sendo um dos aspectos da formação do estudante, uma *“fonte de experiência e aprendizagem”*, aparecendo como currículo oculto na formação acadêmica, *“como um constructo cultural que expressa e reflete, para além de sua materialidade, determinados discursos”*. (ESCOLANO; FRAGO, p. 26, 2001)

Confirma-se então, que a cultura engajada nas mudanças, reforça, da mesma forma, o sentido educador da arquitetura, ou seja, seu valor como programa. Segundo o livro, *“Currículo, Espaço e Subjetividade”*: a arquitetura como programa, *“[...] ao transcender o funcionalismo banal que só daria cobertura às necessidades físicas, dá origem a uma nova forma de comunicação cultural, que é também pedagógica no sentido mais amplo e generoso. A função pragmática da arquitetura adquire, assim, uma dimensão semântica”*. (ESCOLANO; FRAGO, p. 38, 2001).

As observações atuais e as que retrocederam a 1994, para subsídio dessa pesquisa, resultaram de execuções de projetos e obras de reestruturação de espaços, ampliações e melhorias. Dispunham-se em captar os vários aspectos: os comportamentos, os fluxos, os mecanismos das rotinas, as setorizações, os discursos no decorrer das visitas e reuniões de projetos e obras no dia a dia do HU e do surgimento do HU – CAS. Era preciso viver o espaço para entender um pouco mais sobre ele.

As 25(vinte e cinco) entrevistas realizadas foram aplicadas junto aos membros chave⁹ dos nove cursos de graduação da área de saúde da universidade (Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Educação Física, Serviço Social, Psicologia, Odontologia, Ciências Biológicas). Não houve a preocupação em se obter o mesmo número de entrevistados por curso e, sim, achou-se importante abranger uma quantidade satisfatória de profissionais com expressivo grau de conhecimento e domínio em relação às questões de ensino em saúde, políticas de saúde e as tendências atuais para a UFJF. Sendo assim, é preciso destacar novamente que, intencionalmente, não se trabalhou apenas com investigações diretas, já que o grupo selecionado encontrava-se capacitado quanto à temática abordada.

⁹Cargos em 2005: Docentes, Diretores de unidade, Chefes de Departamento, Coordenadores de Graduação, Direção do HU / UFJF, Coordenadores do HU-CAS, Gerente de Formação e Educação Permanente em Saúde, Presidente de Comissão de Pós-Graduação. Alguns participaram das reuniões de Planejamento Conceitual e Estrutural do HU-CAS.

O questionário, estruturado abrangendo os quatro focos principais e de relevância para a formação do aluno da UFJF, já mencionados no capítulo 1, item 1.6.3, e detalhados a seguir, serviu para captar pensamentos, idéias e tendências:

1. abordagens relativas à estrutura curricular dos cursos de saúde, as propostas de mudança frente às diretrizes curriculares nacionais e as políticas de saúde, a conduta pedagógica e bases conceituais em que estão calcados os cursos, o momento atual, os aspectos negativos e os positivos e as perspectivas futuras;
2. o grau de importância e as necessidades de cada curso em referência ao suporte técnico-tecnológico, ao uso do espaço de ensino hospitalar e dentro do HU e do HU - CAS para consolidar um programa de graduação e de pós-graduação;
3. o surgimento do HU - CAS, o seu modelo filosófico, as diferenças conceituais frente ao HU, os meios que a UFJF usa para implementar e garantir uma educação em saúde com perspectivas multidisciplinar¹⁰, interdisciplinar¹¹, transdisciplinar¹²;
4. a estrutura física na estrutura curricular e a humanização dos ambientes como arcabouço curricular, isto é, o papel subjetivo da arquitetura na formação acadêmica.

Em seguida, optou-se pela análise por grupo, considerando as principais idéias de cada um. Entretanto, não há entrevistado que domina teoricamente arquitetura, o que faz, com que se tenha, um maior cuidado quanto à análise desse assunto, visto que, o questionário busca levantar o conjunto de necessidades acadêmicas referentes ao espaço, seu dinamismo e subjetividade para educação.

¹⁰ Multidisciplinaridade: é o processo que envolve preservar os objetivos próprios de cada disciplina, conservando-se a autonomia, seus objetos particulares, sendo tênues as articulações entre as mesmas. (Machado, 2004)

¹¹ Interdisciplinaridade: é o processo que envolve a integração e engajamento de educadores, num trabalho conjunto, de integração das disciplinas do currículo escolar entre si e com a realidade, de modo a superar a fragmentação do ensino, objetivando a formação integral dos alunos, a fim de que possam exercer criticamente Cidadania, mediante uma visão global do mundo e serem capazes de enfrentar os problemas complexos, amplos e globais da realidade atual. (Lück, 1994)

¹² Transdisciplinaridade: é o processo que envolve objetivos que transcendem os limites e os objetos das diferentes disciplinas, situando o conhecimento a serviço dos projetos das pessoas e dá-se em um movimento ascendente, de generalização. (Machado, 2004)

4.2 OBSERVAÇÕES “IN LOCO” E PROJETO ARQUITETÔNICO DO HU E HU- CAS

No HU, pode-se perceber que o corpo profissional, de uma maneira geral, apresenta conhecimentos específicos de suas profissões. Foi visto que o médico encontra-se no ápice da estrutura e que o clima de disponibilidade para intercâmbio profissional com os demais cursos de saúde é mínimo. Ficou compreensível que a hegemonia médica e a fragmentação originária da setorização dos serviços em especialidades médicas incorporam-se nos ambientes (ANEXO II - modelo organizacional do HU, p. 121).

Sabendo-se que,

“[...] uma fragmentação crescente dos objetos do conhecimento nas diversas áreas, sem a contra-partida do incremento de uma visão de conjunto do saber instituído tem-se revelado crescentemente desorientadora, conduzindo certas especializações a um fechamento no discurso que constitui um óbice na comunicação e na ação”.
(MACHADO, p. 116, 2004)

Com relação a projetos de edificações, a Gerência de Projetos da Pró-Reitoria de Logística da Universidade Federal de Juiz de Fora / UFJF mantém arquivos digitais referentes às unidades administrativas e de ensino, inclusive do Hospital Universitário – HU / UFJF. Mas, por meio de Programa de Treinamento Profissional, foi realizada catalogação das plantas físicas e setorização do hospital de acordo com as indicações constantes nas normas da vigilância sanitária RDC 050 – ANVISA / MS (figura 4.2.1).



FIGURA 4.2.1 – Organização Físico Funcional e Atribuições para Estabelecimentos Assistenciais Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

O acesso ao conjunto de plantas de arquitetura (Figuras - 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5), as instalações físicas e o contato humano no hospital, enquanto gerente de projeto (desde o ano de 1994) e participante do programa (2003), permitiram num primeiro momento observações e, posteriormente, a percepção e o entendimento sobre o cotidiano do hospital. Tais procedimentos possibilitaram, de forma mais consistente, a análise e avaliação das entrevistas elaboradas para a concretização da pesquisa.



FIGURA 4.2.2 - Setorização HU / UFJF (1º pavimento)

Os espaços no HU foram sendo transformados a partir de intervenções paliativas, não planejadas globalmente e, muitas vezes, sofriam conduções de ordem política e administrativa, sem que as interferências humanas fossem consideradas.

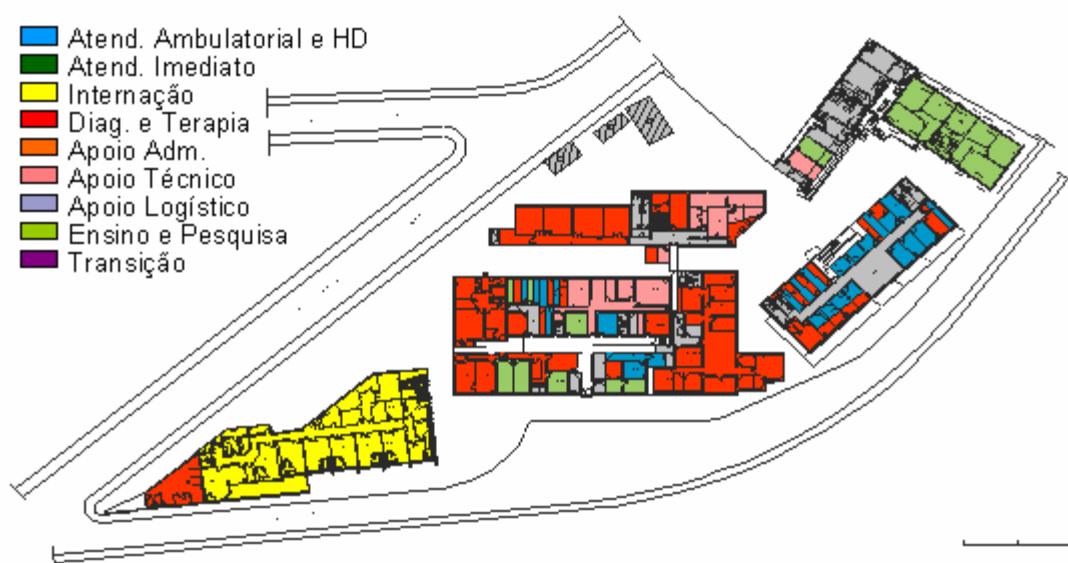


FIGURA 4.2.3 - Setorização HU / UFJF (2º pavimento)

Observou-se que a necessidade de planejamento, ou seja, de um plano diretor, levou à setorização e fluxos desordenados inviabilizando atividades de rotina, procedimentos corretos, ações integrativas, estabelecendo um conflito espacial que causou diversos problemas aos usuários. Isso é confirmado por Abdalla e Cosme:

“[...] propensão a doenças ocupacionais, dado a sobrecarga de trabalho em alguns setores pelo constante deslocamento que seria minimizada em uma unidade setorialmente organizada, e ergonômicos, visto que as adaptações não ocorrem dentro de padrões normativos desejados e apresentam barreiras arquitetônicas na edificação para pacientes e principalmente funcionários. Para os usuários externos, a desordem espacial dificulta a construção de um mapa mental para localização dos ambientes do hospital. A sua condução a ambientes indesejados, mal localizados, aumenta o risco de acidentes”. (ABDALLA; COSME, 2004)



FIGURA 4.2.4 - Setorização HU / UFJF (3º pavimento)

Mesmo que na tentativa de adequar a arquitetura à RDC 050 – ANVISA, a limitação da área física impede a realização de melhorias e ocasiona problemas de crescimento, evolução desordenada dos setores funcionais, fluxos inadequados, restrição de modernização tecnológica, demandas acadêmicas e sociais, dentre outros. Possui espaços segmentados “no qual o ocultamento e o aprisionamento lutam com a visibilidade, a abertura e a transparência”. (ESCOLANO; FRAGO, p. 80, 2001)

Constatam-se dificuldades estruturais no tocante às avaliações quantitativas e qualitativas, de cunho gerencial, assistencial, acadêmico e espacial, como também na desqualificação da prestação de serviços. Podem ser enumerados outros problemas: aumento dos riscos ambientais, infecção hospitalar, despadronização visual dos ambientes, escassez de paisagem interna e externa, que imprimem a sensação de insegurança e desconforto.

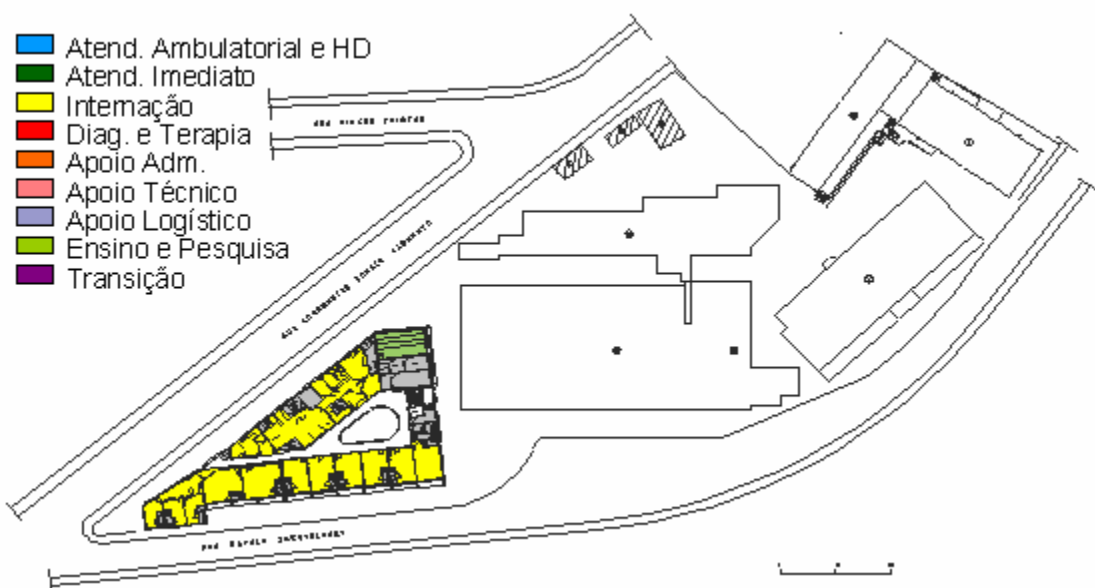


FIGURA 4.2.5 – Setorização HU / UFJJ (4º pavimento)

Sabe-se que várias unidades em utilização no HU (Internação, Unidade de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico e outras), permanecerão ali instaladas até que sejam transferidas integralmente para a nova unidade de saúde nomeada HU - CAS (novo hospital universitário) quando totalmente construída. Enquanto isso, o HU continuará demandando rearranjos físicos e melhorias na sua infra-estrutura. No entanto, pensa-se que, para que as duas unidades estejam dentro de um mesmo conceito, deverá ser considerada para o HU a implantação dessa nova ótica pretendida pela UFJJ.

Como uma unidade hospitalar segue uma diretriz conceitual que influencia diretamente no planejamento de sua estrutura, verifica-se que uma mudança de conceito interfere no seu arranjo físico que fica sujeito a modificações. O espaço arquitetônico então, se torna o meio efetivo para desenvolvimento de novas atividades acadêmicas, transformações tecnológicas e assistência à saúde. Como exemplo, pode-se encontrar no HU – CAS (figuras 4.2.6, 4.2.7, 4.2.8, 4.2.9), projeto executado por empresa de Consultoria e Arquitetura e acompanhado por equipe da Pró-Reitoria de Logística / UFJJ, 1º módulo do novo hospital, novo espaço e novo modelo de ensino, gestão e assistência hospitalar, a incorporação de novas estruturas.

Com entrada diferenciada para os diferentes usuários, os fluxos adequaram-se ao melhor desempenho das atividades, como exemplo: as unidades de apoio foram instaladas em pavimento térreo; as que absorvem maior número de pacientes para exames e reabilitação física, em pavimentos de acesso direto; e as unidades onde se deve ter acesso restrito foram projetadas no último pavimento.

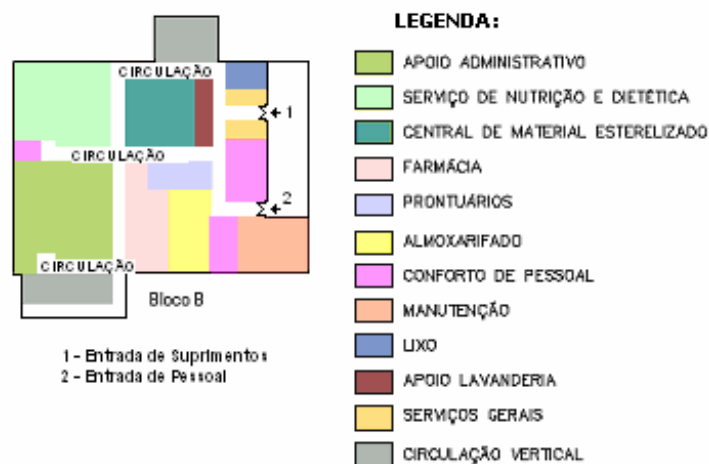


FIGURA 4.2.6 - Setorização HU-CAS / UFJF (Pavimento Térreo)

Contrapondo-se à setorização por especialidade (Cardiologia, Neurologia, Pneumologia) as unidades foram estruturadas por abrangência de uso (Métodos Gráficos), isto é, foram incorporados todos os setores no mesmo espaço e de maneira integrada. Verifica-se, presentes na nova estrutura (ANEXO IV, p.123 a 128), ambientes que se diferenciam em termos conceituais: Acolhimento Integrado, Atendimento Interdisciplinar, Sistema de Informação sobre o uso de Medicamentos, Autocuidado, dentre outros.

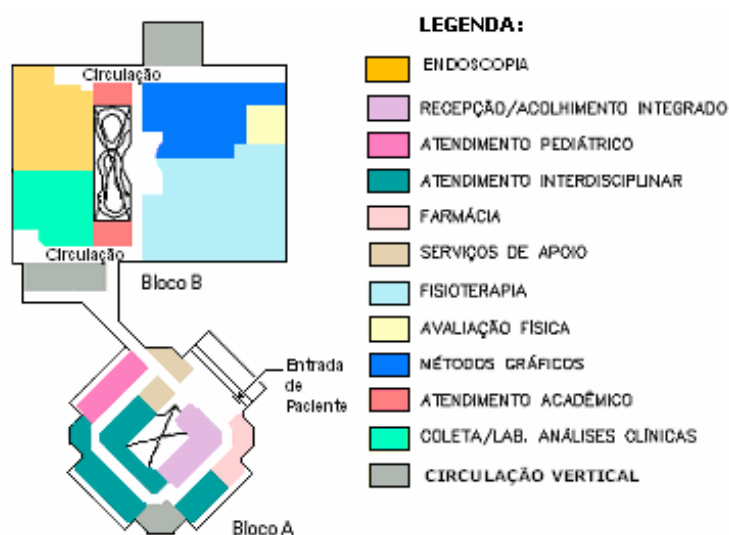


FIGURA 4.2.7 - Setorização HU-CAS / UFJF (1º pavimento)

De uma forma geral, identificou-se espaços arquitetônicos como sinais de transformação ou inovação que caracterizam uma nova era para o ensino e com isso uma nova demanda espacial.

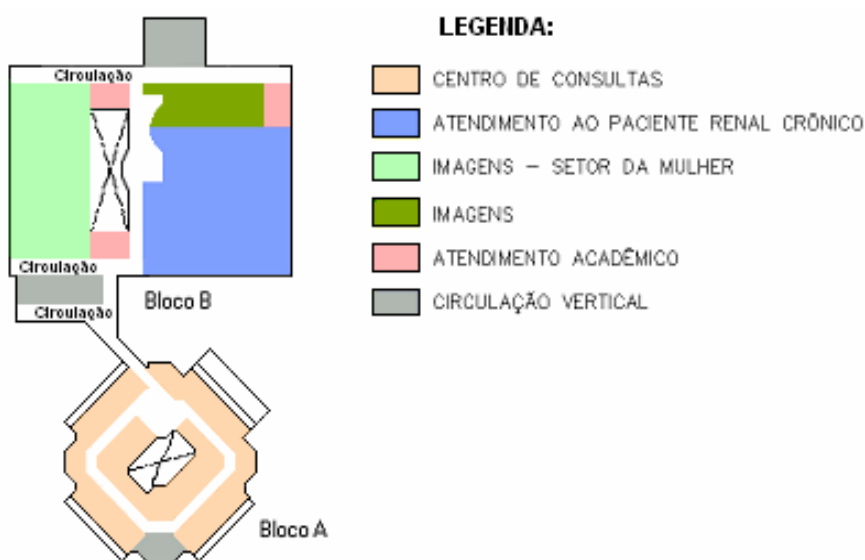


FIGURA 4.2.8 – Setorização HU-CAS / UFJF (2º pavimento)

Nota-se que o HU - CAS, em contraste com o HU, foi concebido sobre a ótica da construção modular, setorizada e flexível. Assinalando traços de integração multiprofissional e compartilhamento, seus espaços foram projetados com objetivo de atender a uma filosofia contemporânea de ensino que se quer adotar.

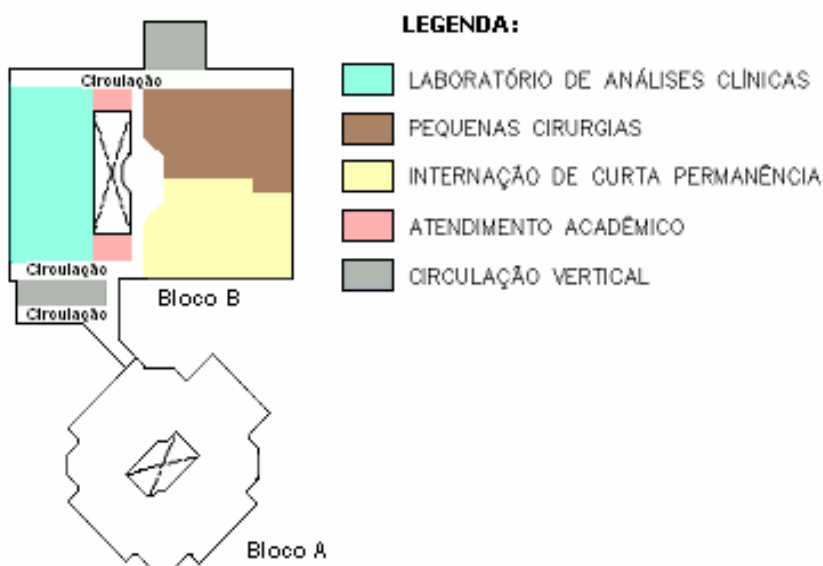


FIGURA 4.2.9 - Setorização HU-CAS / UFJF (3º pavimento)

Para a humanização do edifício, utilizou-se da comunicação visual, paisagismo, conforto ambiental, integração do ambiente interno e paisagem externa que possibilita a noção de tempo, bem estar e, conseqüentemente, respostas positivas ao aprendizado, como também ao tratamento do paciente.

Confirma-se que o espaço e o tempo possuem significados ocultos, fazendo do hospital um lugar valioso. Ao ordenar e determinar ações através da setorização, adequação às normas, horário das atividades, educam os corpos mostrando a existência de relações mais complexas do que se supõe.

4.3 ANÁLISE DE ENTREVISTAS SOBRE O ENFOQUE ESPACIAL PRESENTE NAS UNIDADES DE SAÚDE: HU E HU-CAS

Identificar-se-á aqui aspectos mais evidenciados e os relevantes encontrados em cada área de conhecimento, isto é, nos nove cursos de graduação em saúde que irão se integrar ao modelo de saúde contemporâneo pretendido pela UFJF e discutido nesta dissertação.

Os cursos mais tradicionais e historicamente mais antigos se dispunham ao ensino especializado, à tendência curativa e à fragmentação do saber. Concentram-se em sua própria profissão e nas descobertas científicas e tecnológicas.

Os novos cursos, como exemplo a Fisioterapia e a Educação Física, igualmente seguiram essas tendências. Já o curso de Ciências Sociais, além das características acima descritas, manifesta preocupação com os problemas sócio-políticos.

Atualmente, o desejo é a integração dos saberes para resolução de problemas de ordem social, ambiental, biológica e humana. Contudo, critica-se aqui, pelas observações e relatos obtidos, que esse desejo deveria, institucionalmente, abranger, abraçar e empolgar um número maior de pessoas. Sendo assim, seria preciso maior divulgação, conscientização, discussão de idéias, adoção de posições político-administrativas mais democráticas e verdadeiras transformações curriculares, onde sejam realçados conteúdos de interesse comunitário.

Através de Machado, pode-se concluir que, "*[...] quando ocorrem reformulações ou atualizações curriculares, a ausência de novas disciplinas ou de alterações substantivas nos conteúdos das que já existem é, freqüentemente, interpretada como indício de poucas mudanças.* (MACHADO, p. 115, 2004) Sendo assim, pode-se considerar que a arquitetura, somente será mediadora das mudanças, se estiver presente em todos os momentos dessa transformação.

4.3.1 Ciências Biológicas¹³

Quando solicitada a um docente a aplicação do questionário, foi recebido do mesmo, e-mail, contendo a seguinte justificativa: *“atualmente, o curso de Ciências Biológicas não é voltado para a área de saúde. [...] [...] Já utilizei esse aspecto como justificativa para não participar as reuniões de planejamento e implantação do CAS”*. (Considerou-se como Entrevista A, Coordenadoria de Graduação) Por esta declaração e pelas informações obtidas nas demais entrevistas, percebe-se que a falta de entrosamento, poderá comprometer a filosofia integrativa de ensino interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, pretendida.

Observou-se em outra entrevista que, mesmo sendo um bom curso, mudanças são bem vindas. Nota-se, hoje, uma tendência forte voltada para sanar os efeitos causadores de patologias, através de interferências naturais e ecológicas. Inclui-se, nesse contexto, a atenção voltada para as plantas medicinais, para a fitoterapia.

O currículo do curso de Ciências Biológicas foi dito muito teórico, por isso não atende a formação do aluno para o mercado de trabalho. *“Existe no ar uma idéia de que o aluno só aprende realmente na prática profissional. [...] não só no aspecto de sair da teoria para a prática capitalista, mas também quanto a aplicações mais sociais [...]”* (Entrevista B, Docente)

Quanto à conduta pedagógica curricular estar voltada para especialidades ou generalidades, é mostrado que, de um modo geral, o *“reducionismo científico”* deve ser combatido em prol de problemas mais abrangentes. E, a interação profissional entre diversos campos de trabalho foi vista como fundamental.

Para formação de profissionais com mais senso crítico, foi revelada a necessidade de se trabalhar tanto os aspectos sócio-políticos, que abordem os movimentos de preservação da natureza e as ações das ONGs, quanto os técnico-profissionais e, além disso, torna-se essencial um bom suporte técnico-tecnológico. Entretanto, afirma-se que não se deve ser muito tecnicista como se tem sido.

Falou-se da importância de se criar mecanismos de integração e troca de conhecimentos que destaquem os aspectos culturais e humanísticos e, além de tudo, ações que amenizem o stress e as angústias. Um exemplo abordado foi a idéia de se implantar uma horta medicinal e um jardim sensorial nas proximidades de um hospital. Realçou-se a eficiência terapêutica através do uso de plantas. Particularmente, a fitoterapia mostra *“interagir ao máximo”* com outros conhecimentos, outros cursos. Pode-se estabelecer parcerias e assim todos crescem juntos.

¹³ Conseguiu-se 2(duas) entrevistas.

Em análise à fala proferida em entrevista: *“Uma horta medicinal no CAS seria ótimo local de disseminação de conhecimento [...]”*, vê-se a contradição às iniciativas de atenção integrada. Sendo o HU considerado um *“caos”*, saúde segmentada e um *“reduto de médicos”* e o CAS mostra-se como referência na conscientização, auto-gestão em saúde, multidisciplinaridade, holismo e que a mudança de cultura é *“lenta”*, parece ser imprescindível iniciar de imediato, mudanças. Entende-se que, para transpor barreiras, necessariamente não precisa-se esperar o *“CAS”*. Nesse caso, para desenvolver ações ditas integrativas, seria preciso apenas a associação das duas unidades.

Traçar novos rumos para as Ciências Biológicas dentro da universidade apresenta dificuldades. Muitos cursos, por natureza tradicional, detêm reservas de mercado. Os novos cursos teriam que criar possibilidades abrangentes, contando com maior respaldo institucional na questão de introduzi-los enquanto profissão de Saúde. No caso da Biologia, foi sugerido criar vínculos através da horta medicinal, jardim sensitivo, análises laboratoriais, assim como, monitoramento dos agentes contaminantes (insetos, bactérias, dentre outros) nos hospitais.

Quando o tema passou a ser arquitetura, foi a ela relacionada a palavra *“ergonomia”* e ainda, dito que esse aspecto, *“não existe por aqui”*. (Entrevista B) Vê-se a idéia simplista que se faz da profissão de arquiteto.

Todavia, referindo-se à necessidade de espaço dentro de um hospital de ensino, obteve-se inicialmente a frase *“No meu caso específico”*, para que depois fossem enumeradas algumas demandas (horta medicinal demonstrativa, local para dispensação de fitoterápicos, salas de aula, biblioteca básica, sala de entrevista). E ainda, mostrou-se o desejo de se obter *“[...] num futuro distante um laboratório de testes clínicos duplo cego [...]”*. Em contradição foi mostrado que não se deve esperar recursos para obter estrutura, *“[...] para não correr o risco da mudança ficar obsoleta. É preciso sempre novos desafios”* (Entrevista B)

No contexto, sabendo-se que as obras do HU – CAS estão praticamente em estágio de conclusão e que esse empreendimento foi visto como *“Salvador da Pátria”*, critica-se, aqui, o pouco acesso a tais questões, que, por mero acaso, foram divulgadas. O arquiteto fica subjugado a não se engajar no processo de maneira total. Confirma-se a ótica individualista, simplista e o domínio à arquitetura. Faltou integração em momentos ímpares. Assim sendo, como provocação, pensa-se que se tem constantemente a tônica da fragmentação. Sabendo que *“a fragmentação organizativa e a autonomia do professor favorecem o isolamento [...]”*, se faz necessário *“[...]romper com tal isolamento, criando espaços abertos e flexíveis que permitem formar grupos [...]”*. (ESCOLANO; FRAGO, p. 117, 2001)

Responder a desafios impostos por mudanças de contextos significa ser “[...] *preciso ir além das disciplinas, situando o conhecimento a serviço dos projetos das pessoas*”.(MACHADO, p. 136, 2004)

É necessário reforçar que a presente análise não tem como objetivo as questões relativas à dicotomia reducionismo x holismo e, sim, realçar os elementos constitutivos do espaço de ensino em estabelecimentos de saúde que marcam e conformam um currículo subjetivo presente nos ambientes.

4.3.2 Educação Física¹⁴

Em uma das entrevistas da Educação Física, obteve-se a resposta de que o currículo do curso é bom, atual e atende às expectativas de formação do aluno. No entanto, fala-se em mudanças. Torna-se necessário comentar que, se está dando resultados positivos, mudar seria uma atitude não condizente. Entretanto, em outro relato, foi exposto que há falta de comprometimento por parte de alguns professores.

Controvérsias surgiram: ora sabe-se o que representam o HU e o HU-CAS, ora não se tem uma opinião formada sobre as diferenças conceituais dessas unidades hospitalares. Confirma-se essa proposição, quando na entrevista A, menciona-se que as unidades deveriam desenvolver ações integradas. Ainda, na entrevista B (docente), ignora-se o HU, apenas fazendo-se menção à nova unidade (HU-CAS): “[...] *acolhimento integrado e humanizado, integralidade do atendimento, resolutividade, trabalho multiprofissional, compartilhamento de espaços, etc [...]*” e que “[...] *virá atender novas demandas do curso de educação física que atualmente busca se inserir nos programas do SUS*”.

A estrutura física foi vista como importante, fazendo parte das necessidades básicas do curso, devendo garantir as melhores condições de ensino e desenvolvimento de pesquisa. Dado o exposto, a demanda dentro de um hospital de ensino foi dita como mínima, “*uma sala de Avaliação Física*”(Entrevista A, Docente), já que podem compartilhar espaços com a fisioterapia e cardiologia. Quanto às instalações e equipamentos, atendem apenas de forma razoável.

Em apreciação, nota-se um universo fragmentado onde se tem ora o desconhecimento, ora a incerteza, ora a vontade de mudar. O espaço mostra-se importante, mas o problema verificado é a integração e conscientização profissional. Realça-se, então, que a arquitetura pode criar facilidades e que a humanização não está relacionada somente aos ambientes. Verifica-se a necessidade da mesma filosofia perpassar tanto os projetos do HU quanto do HU – CAS.

¹⁴ Conseguiu-se 2(duas) entrevistas.

4.3.3 Enfermagem¹⁵

Foi exposto que o currículo estará atual na medida em que conseguirem implementar as mudanças. *“Está atual, mas ainda não está o ideal. [...] [...] Alguns conteúdos ainda estão naquele modelo em que você vê mais a doença do que a saúde (centralização)”*. (Entrevista A, Diretoria de Unidade) Pretende-se que seja centrado, desenvolvendo programas mais abrangentes, como por exemplo: saúde da criança, da mulher, do idoso, dentre outros. Observa-se que o curso objetiva o compromisso de formação para o SUS, dando o que é *“básico da especialidade para formar generalistas”*. (Entrevista B, Docente/Comissão de Pós- Graduação)

Opiniões divergentes mostram que o curso não forma nem generalistas nem especialistas. As opiniões se diferem também quanto às seguintes questões: enfoque adotado (se multidisciplinar ou específico da profissão); caráter de formação (geral ou regional); atendimento à saúde coletiva (total ou parcialmente); adequação às políticas de saúde. Como alerta, pode-se ressaltar a fala: *“Acreditamos também que não é a grade curricular oficial que determina a mudança, mas a concepção pedagógica no cotidiano da prática focada na relação professor-aluno.”*(Entrevista E, Coordenadoria de Integração HU-CAS/SUS)

O curso utiliza o HU e, dentro dessa unidade foi apontada a necessidade de uma *“sala para a enfermagem, para os professores de enfermagem”*. (Entrevista A) Nessa fala, ao se mostrar a carência física, fica perceptível características de ensino fragmentado.

Confirma-se, ainda, na mesma entrevista, que o curso está centrado no docente, *“[...] algumas disciplinas não são desenvolvidas conjuntamente”*. Sustenta essa análise, a existência pessoas que ainda desejam manter assuntos exclusivos da sua disciplina . Por isso, é fundamental a reeducação permanente para que se consiga implantar o novo currículo.

Identificou-se no HU a necessidade de *“espaços confortáveis para o trabalho”* (Entrevista B), visto que, além do número restrito de leitos, há grande quantidade de alunos em relação à área física. Obteve-se a informação de que essa instituição está desprovida de sala para discussão de caso, estar, refeitório para funcionários e pacientes, local para ver televisão e receber visita. Confirma-se que sofreu ampliação (graduação e residências), sem a devida expansão e adequação do espaço físico. Falou-se na construção de espaços que atendam aos objetivos da prática desenvolvida,

¹⁵ Conseguiu-se 5(cinco) entrevistas.

“por exemplo se o modelo de atenção é curativo apenas bastam salas de consultas, curativos, injeções, nebulizações, etc. Caso o modelo de assistência preconize a atenção integral (inter, multi quiçá transdisciplinar) deve haver instalações condizentes com o trabalho em equipe, com espaços onde o usuário se sinta parte determinante de seu programa de tratamento, enfim que possibilite uma interação do usuário com os diversos profissionais e a interação entre os próprios profissionais”. (Entrevista D, Gerencia Formação e Educação Permanente em Saúde)

Alguns docentes conhecem e outros desconhecem o projeto HU – CAS. Na entrevista C (Docente/Coordenação Graduação) foi expresso, que, a unidade acima se consolidou devido à precariedade física do HU. Em outra entrevista, divulgou-se que no novo espaço, “[...] vai se trabalhar a saúde para que o indivíduo não adoça[...] [...] mas se não tiver gestão coesa, realmente compacta [...] [...] se for cedendo aos feudos de cada faculdade[...] [...] terá um prédio adequado com funcionamento inadequado”. (Entrevista A) Foi abordado e, sendo de grande valia para a pesquisa, que a “*tramitação e votação do ato médico*”¹⁶, isto é, as macro questões políticas, podem dificultar a obtenção de resultados esperados nesse novo modelo de ensino em saúde da UFJF.

Exemplificou-se em entrevista outros rumos a serem tomados: “*programação de disciplinas comuns aos cursos da saúde, onde desde a graduação o aluno busque se integrar e aprenda a trabalhar junto; inclusão de alunos de cursos diferentes em projetos terapêuticos (Exemplo: atendimento ao idoso)*”. Acata-se, nessa análise, a sugestão.

Enfatizar algumas expressões da entrevista B torna-se essencial para comprovação da hipótese: “*falta integração entre os cursos*”; “*hospital universitário existe em função da formação dos profissionais*”; “*se trabalhar com planejamento*” (Entrevista B). Nesse contexto, é importante reproduzir a visão abordada no depoimento:

“Demanda para professor e aluno: salas de exame que comporte professor e os alunos, maiores que as convencionais; salas de discussão de caso; salas para orientar alunos, evitando ficar em corredor ou em salas impróprias. Não me refiro a salas de aula.

Demanda para pacientes: outros locais além de enfermaria; estar para familiares e acompanhantes; área maior para o doente; enfermarias com menos leitos (HU-6 leitos cada); local para atividades em grupo para outras terapias. Tudo isto para formar o aluno baseado na humanização. Os ambientes têm que corresponder às expectativas.

Outras demandas: coerência do discurso com a prática, relacionamento de escuta ao paciente. Às vezes a própria estrutura física não permite que isto aconteça. Se o paciente é o centro, as coisas deverão ser feitas em função dele. Um hospital de ensino tem que estar sintonizado com a base de formação que o professor quer dar para seu aluno. O hospital deve ser feito em função e respeitando o paciente e não só o ensino”.(Entrevista B)

¹⁶ Ato Médico Projeto de Lei do Senado Federal nº 25 que define ações de responsabilidade médica: diagnóstico e prescrição terapêutica das doenças, desempenho de coordenação, chefia, direção técnica, perícia, auditoria, supervisão e ensino, atrelados aos procedimentos médicos, mas, respeitando as legislações específicas das outras profissões de saúde.

Em relação à arquitetura, foi vista como contribuinte, quer dizer, facilitadora do trabalho sendo assim, espera-se que os ambientes sejam confortáveis. *“Não precisa de sofisticação.[...] [...] A assistência que vai fazer a diferença”*. (Entrevista A) Foi advertido que: *“Pode atender, na medida em que compartilha saberes e que facilite que o cuidado ocorra[...] [...] o investimento em infra-estrutura física pode servir como grande estímulo à mudanças de postura e práticas pedagógicas”*.

Dentro do atual espaço verificou-se ser possível desenvolver um trabalho de qualidade. Mas, o diálogo da arquitetura com os que vivenciam o espaço, mostra-se como a melhor forma de adequação dos ambientes. O que confirma a hipótese de que o espaço físico reflete tendências humanísticas e, que, além das mudanças físicas, necessita-se de uma mudança comportamental de todos os atores envolvidos. Observam-se, aqui, os aspectos subjetivos, isto é, os anseios que cada um traz consigo e que podem repercutir nos espaços.

Mencionou-se a importância de projetar ambientes que não transmitam medo, sofrimento, que imprimam esperanças e animação, assim sendo, *“Ambientes hospitalares devem aproximar-se, ao máximo, quando possível, do contexto da vida humana”*.(Entrevista E) E que, a arquitetura de uma unidade de saúde, para atender às aspirações conceituais de formação do aluno deve diversificar cenários, compartilhando conhecimentos, facilitando o cuidado, *“garantindo conforto, sensação de resolutividade ao usuário, de acolhimento e vínculo”*. (Entrevista E)

Como crítica, observa-se a necessidade de transformações efetivas via capacitação de recursos humanos. Portanto, além da arquitetura e da estrutura curricular vistas como suporte, o ponto fundamental constatado na formação do aluno é o envolvimento dos vários atores de forma consciente, verdadeira e sem dúvida nenhuma, participativa.

4.3.4 Farmácia¹⁷

Nas quatro entrevistas realizadas, houve divergências de opiniões. Quanto ao novo currículo ter viés generalista, uma colocação mostra que *“Pela própria formação é meio especialista. [...] dentro da farmácia já é uma especialização”* (Entrevista A, Docente/Chefia de Departamento). Em relação ao enfoque das disciplinas, foi relatado que *“diversas áreas são transdisciplinares por concepção.[...] Ex.: a Toxicologia se utiliza de conteúdo afim a outras áreas como Alimentos, Saúde Ocupacional, Ecologia, etc.”*(Entrevista D, Docente) No entanto, em uma entrevista, ficou exposto, que há dificuldades devido *“a formação médica*

¹⁷ Conseguiu-se 4(quatro) entrevistas.

tradicional” ser uma barreira e que a “própria sociedade construiu isso, valoriza mais o médico. [...]”. (Entrevista B, Docente/Coordenadoria do Laboratório)

No que diz respeito à conduta pedagógica do curso foram significativas as falas que mostraram a falta de comprometimento daqueles que, na maioria das vezes, agarram-se ao modelo em que foram formados, até mesmo os de formação mais social. *“Não adianta você falar que vai mudar paradigma, se as pessoas foram formadas no outro[...]É necessário você fazer uma atualização, em todos os cursos.”* (Entrevista B) Foi alertado sobre a importância de se observar as características de cada curso e a necessidade de interação dos cursos desde o 1º período.

As expressões registradas confirmam mais uma vez a hipótese de que o espaço físico reflete tendências e, se não há uma mudança de todos os atores envolvidos, pode-se supor que, a transformação física será somente uma maquiagem. Comprova-se, então, a importância do “Ser” frente aos aspectos de formação do aluno.

Quanto à atualização de tecnologia instrumental, todos responderam ser importante para a formação do aluno, entretanto, o suporte técnico e tecnológico do curso deixa a desejar, o que se tem *“ainda são ilhas de excelência”*. (Entrevista D) Os insumos, manutenção e recursos humanos são deficitários.

No HU os problemas ditos pertinentes são: segurança, manutenção, recursos, insumos em tempo hábil, equipamentos, laboratórios inadequados e, principalmente, conscientização de que alguns serviços são importantes para dar *“suporte a todo o resto”*. (Entrevista B) Na maioria das vezes falta empenho dos que estão no dia a dia. Foi relatado que a farmácia hospitalar deveria ser mais voltada para o ensino, abrigando, como no laboratório de análises clínicas, mais alunos e professores.

Identificou-se, em um dos relatos, que o HU – CAS originou-se com um viés muito médico e da vontade de sanar várias deficiências de estrutura física, higiene, contaminação, circulação e pedagógica. *“O centro da questão era a dificuldade do hospital atual e a necessidade real, premente e de mudança pedagógica que se fazia necessária”* (Entrevista A).

Percebe-se na entrevista B que, falhas na conduta pedagógica e a maneira de conduzir democraticamente a administração de um hospital de ensino poderão ser um empecilho ao seu bom funcionamento.

Foi demonstrada a necessidade da qualidade do atendimento à saúde para formar profissionais qualificados e a preocupação em se ter uma direção única entre as duas unidades da UFJF (HU e HU – CAS) com o sistema de saúde municipal e estadual. *“O pessoal não*

entende o que seja universidade. Querem que ela seja um apêndice do sistema de saúde e não é. [...] o foco principal é o ensino” (Entrevista A).

Confirma a hipótese de trabalho, que o HU - CAS poderá funcionar bem se, além da atualização dos professores (formados dentro da visão tecnicista de que o hospital é para tratar a doença e fazer exames), houver integração profissional entre as duas unidades. Entretanto, *“Não se discute a integração com o HU. A princípio teremos uma obra muito bonitinha, mas que deteriora. [...] Não se discute eticamente a relação de trabalho. Entre o HU e o HU – CAS, [...] não podia ter diferença. Caso não ocorra tomada de consciência, “[...] Não é um prédio que vai mudar”.* (Entrevista B).

Em relação à estrutura física falou-se (Entrevista C, Diretoria de Unidade) ser essencial para o funcionamento do currículo e mostrou-se a necessidade de trabalhar em conjunto, associados, na mesma linha, arquitetura e equipe que vai trabalhar. *“A estrutura compromete o todo. [...] É importante conseguir captar os nossos pensamentos e transformar-los em algo que melhore a qualidade do trabalho, a qualidade, portanto do aluno poder trabalhar e realizar uma série de coisas. [...] O laboratório é a casa do nosso aluno que está graduando”.* (Entrevista A)

Em análise, confirma-se que, o ambiente hospitalar representa um instrumento de mudança pedagógica sem deixar de ser o domicílio do usuário. Verifica-se que, como Bachelard propõe, a arquitetura assume um novo papel quando alcança conceitos primitivos *“da casa, do abrigo, dos valores topológicos e psicológicos” (BACHELARD, p. ,1988)*

Cogitou-se sobre a importância de serem criados ambientes diferenciados para aluno e professor estudar, descansar, ler, discutir, se atualizar (biblioteca, internet, recursos visuais), conviver. Igualmente, a respeito da garantia da realização do trabalho com segurança, higiene, proteção individual, equipamentos precisos para realizar exames precisos, insumos em tempo hábil. *“Pode ter tudo bonitinho, mas pode se tornar e formar uma coisa fria”.* (Entrevista B) Também foi questionado que a universidade peca quando adquire bens pelo menor preço (menor qualidade) e quando não faz complementação das obras de acordo com o que está previsto no projeto. Analisando o que foi exposto, pensa-se que deixar para depois, muitas vezes é um recurso para não se ter o compromisso de realizar.

“Quando se esquece que se opera não com materiais inorgânicos, mas sim com seres humanos. Então, curiosamente, a alta eficácia do mecanismo planejado revela-se altamente ineficaz. O lugar construído torna-se algo fechado, não flexível nem adaptável, no qual as necessidades de apropriação territorial do ser humano e de configuração de espaços pessoais e alheios, comuns e compartilhados, tornam-se inviáveis”. (ESCOLANO; FRAGO, p. 138, 2001)

4.3.5 Fisioterapia¹⁸

Percebe-se hoje que, na UFJF, como também na Fisioterapia, o ensino é fragmentado. As mudanças e propostas fazem parte da reforma curricular. “[...] *A idéia é integração do currículo*”. (Entrevista A, Docente/Coordenadoria de Graduação)

O curso está se adequando à política de saúde em vigor no Brasil. Trabalham com disciplinas técnico-profissionais, mas já adotam programas que, ainda, não se reproduziram na nomenclatura. Foi exposto que são trabalhados os aspectos sociais.

Conforme entrevista, é importante ressaltar que a aula prática, realizada “*in loco*”, “[...] *com atendimento direto ao paciente*” (Entrevista B, Docente) é essencial à formação do aluno, no entanto, a demanda de alunos quanto a treinamentos na atenção primária, não é atendida. Nesse contexto, constata-se que se tem problemas em um dos níveis de atenção que podem acarretar interrupção na cadeia de formação acadêmica.

Relatou-se que os rumos a serem tomados futuramente no currículo dependem da UFJF. É importante um “[...] *currículo com disciplinas transversais que acompanhem com ética, que abordem a saúde pública, a prática*” (Entrevista C, Docente/Chefia de Departamento). É preciso inserir o aluno mais cedo na prática e há necessidade de se ter sala para consulta à internet, biblioteca e atualização dos livros. Faltam atualmente recursos humanos e maior capacitação docente. É preciso que os professores participem de fóruns nacionais, repassem as informações e façam discussões e incorporações, sobre “[...] *avaliação, conduta pedagógica, políticas de ensino e fisioterapia em saúde*[...]” (Entrevista C) Confirmou-se que “[...] *não adianta termos serviços adequados a profissionais inadequados*” (Entrevista B)

A respeito da atualização de tecnologia, entendem que é importante para a formação do aluno, principalmente quando se pretende fazer pesquisa. Contudo, na Fisioterapia, a atuação em pesquisas ainda é de forma sutil.

O suporte técnico e tecnológico do curso, no HU, é de regular à ruim (os espaços mostram-se com mofo e infiltrações). “*Mas, não incapacita a formação do fisioterapeuta*”. (Entrevista A) São problemas: poucos equipamentos e com curta vida útil (falta manutenção nos mesmos) e não se tem reposição dos materiais de consumo. Seriam necessários recursos humanos, estrutura de limpeza, equipamentos e material de consumo, além de diversos ambientes, tais como: mais dois ambulatórios para ampliação do estágio, espaço para guarda

¹⁸ Conseguiu-se 3(três) entrevistas.

dos pertences de alunos, rouparia, sala de discussão de caso, sala de descanso e estudo para o aluno, sala de professores.

Em análise, reforça-se através dos dois parágrafos anteriores, a ótica ainda individualista, simplista e além de tudo incoerente. Não se pensa o HU como exigência de assistência humanizada e de ensino multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, dado a tendência atual.

Quanto ao HU –CAS, foi relatado que antes seria construído um novo HU e, hoje, busca-se “*outro formato*”(Entrevista C) onde adotar-se-á não mais o modelo médico e, sim, integração das várias profissões, visto que, “*a gente tem muito encaminhamento médico, mas nunca troca médica*”.(Entrevista A) Com a proximidade dos espaços no HU - CAS, a integração ficará favorecida. “*Mas depende muito de uma administração adequada[...]*”.(Entrevista A)

A arquitetura, conforme entrevistas, deve garantir o acolhimento através da integração das diversas áreas e também dar melhores condições de ensino. Para que isso aconteça foi relatada a necessidade de ambientes agradáveis, ventilados, iluminados organizados, que estimulem e dêem prazer: espaço suficiente e confortável para o desenvolvimento das atividades com os pacientes; espaço e conforto para a equipe profissional (sala de reuniões, estudo, vestiários); espaço para a pesquisa que necessita de “*arsenal de equipamentos que precisam de espaço próprio*”.(Entrevista B)

Diagnosticando, considera-se que a estrutura física não é um empecilho na formação de profissionais qualificados, cidadãos críticos e éticos. Mas é importante que os ambientes estejam vinculados às estruturas curriculares, trabalhados com bom senso e humanização, respeitando as características dos grupos e as individuais. É imprescindível uma administração condizente, interesses comunitários, docentes atualizados e em número satisfatório.

4.3.6 Medicina¹⁹

O curso, em rompimento com o modelo tradicional de ensino, adota novas diretrizes curriculares e o atendimento às questões do SUS. Identifica-se em uma das falas que, não serão mudanças e, sim, “*adequações*” (Entrevista A, Coordenadoria de Graduação). Pode-se, assim, analisar que, ao fazer uso da palavra “*adequações*”, o entrevistado parece mostrar que o curso já está transformado necessitando de apenas ajustes. Esta postura é confirmada

¹⁹ Conseguiu-se 6(seis) entrevistas.

em cinco entrevistas. Obteve-se apenas uma referência negativa de que o currículo em andamento *“não modificou o modelo pedagógico[...] [...] Somos apologista dos modelos que favoreçam o desenvolvimento técnico-científico do aluno e contrários ao modelo atual em prática de repasse de informações centradas somente no professor”*. (Entrevista B, Docente)

Segundo Foucault, *“A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A ele se pergunta como se deve construí-lo, organizá-lo[...]”* (FOUCAULT, p. 109, 1979)

Analisando Foucault, pode afirmar que a resistência a mudanças por parte de alguns docentes é confirmada através da hegemonia da classe médica durante séculos e retrata a grande dificuldade em implantar modelos contemporâneos. Contudo sabe-se que, *“[...] a conduta pedagógica é uma adaptação diária, e constante às novas necessidades, aos modelos pedagógicos”*. (Entrevista C, Diretoria de Unidade) Essa última fala, contrapõe-se à outra, na mesma entrevista, ao mencionar a necessidade de se construir ambientes *“[...] para atender a formação da área médica e da área de saúde”*. Observa-se um isolamento da *“área médica”* em relação às *“outras áreas de saúde”*. Pode-se verificar que as transformações ainda não foram absorvidas e que a desvinculação da medicina comprova e fortalece a hipótese de que é preciso maior envolvimento pessoal e profissional.

Foi mencionado que as aulas práticas podem ser prejudicadas com a deficiência de espaço. *“Mesmo com turmas ‘pequenas’ ainda assim um espaço maior é necessário para que haja melhor participação/interação dos alunos e mais conforto (físico e psíquico) para os pacientes”*.(Entrevista E, Docente) A deficiência de espaço, ambientes que não transmitem integração, pode induzir à desagregação e anular vínculos. Nota-se mais uma vez, que,

“o diálogo com o corpo docente permitirá a melhor adequação dos ambientes de ensino, tornando-os agradáveis[...] [...] A diminuição do impacto do estresse da doença no indivíduo, poderia ser obtido com a disponibilidade de ambientes humanizados (com plantas ornamentais, pintura das paredes com diferentes composição de cores), em áreas arejadas, iluminadas e integradas”. (Entrevista B)

No que diz respeito à atualização tecnológica entendem que é importante, isto é, faz parte da formação geral do aluno que deve ter pelo menos conhecimento. *“Dá um viés integralizante”*(Entrevista F, Docente). Somente na entrevista C pensou-se não ser necessário esta atualização: *“é sofisticada, cara e de acesso a poucas pessoas. [...] [...] Uma boa estrutura curricular é ponto fundamental para a formação do aluno. Mas precisa também de*

apoio. E o apoio é dado pelos laboratórios equipamentos, instrumentação. Mas eles não são necessidades únicas”.

No HU, as necessidades relatadas são inúmeras: faltam recursos humanos, leitos para atender a demanda de alunos, equipamentos, material, insumos, e área física. *“Acho que hoje o Hospital Universitário deve ser construído com uma capacidade de 300 leitos para a gente servir bem os alunos da saúde e da pós-graduação”.*(Entrevista D, Docente/Diretoria do HU/UFJF) E ainda, *“O modelo praticado no HU não atende as necessidades da comunidade”.*(Entrevista B) Já em contestação foi divulgado que, devido a desospitalização, *“[...]o atual HU atende perfeitamente a graduação.[...][...] A deficiência que ele tem hoje é falta principalmente de recursos humanos”.* (Entrevista C) Criteriosamente, avalia-se que seria importante uma justificativa quanto a real demanda do número de leitos em hospital de ensino. E, a necessidade de se pensar na garantia da qualidade de ensino e assistência, caso esse número fosse acrescido.

Quanto ao HU - CAS relatos mostram que, a princípio, nasceu da necessidade de espaço físico e também de se ter um centro de excelência regional em Juiz de Fora. Hoje, tem como objetivo o modelo contemporâneo de ensino e assistência, que busca a promoção, prevenção, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, integralidade, acolhimento, humanização. *“O modelo proposto para o CAS só existe no papel e não foi testado em nossa instituição”.*(Entrevista B) Para dar certo, de acordo com a entrevista D, apontou-se ser imperativo estar integrado dentro de uma rede, de um sistema, *“[...]de uma forma harmônica e entrosada[...]”.* Sendo assim, é essencial que as unidades básicas municipais, isto é, o 1º atendimento (atenção primária), funcionem bem *“[...] para fazer o hospital ser referência e dar suporte que precisam [...] [...] Como o SUS já preconiza, os hospitais universitários ocupam o ápice da pirâmide”.* Novamente, mencionou-se que é importante que o SUS entenda o que é um Hospital de Ensino.

Tomando por referência a entrevista D, nota-se ser imperativo para compor um hospital de ensino: *“ambulatórios, área de internação, um centro de estudo e pesquisa desenvolvido onde se tenha realmente um centro de ensino com curso de atualização que é a educação permanente”.* Faz-se primordial incluir *“[...] um núcleo de pesquisa [...] [...] vendo quais os trabalhos científicos que podem ser aproveitados, que podem ser elaborados, dentro dessa estrutura hospitalar”.*

A arquitetura é vista como um apoio, ou seja, suporte, pois o ponto fundamental na formação do aluno é o envolvimento humano. Alertou-se, novamente, para o desafio e dificuldade de envolver vários atores *“[...] principalmente professores[...] [...] Nesse sentido,*

acho que o investimento em infra-estrutura física pode servir como grande estímulo à mudança de postura e práticas pedagógicas”. (Entrevista E) Foi dito que, dentro do espaço que se tem é possível desenvolver um trabalho de qualidade e que a arquitetura, através de ambiente adequado, proporciona “a prática do acolhimento e a humanização do cuidado de saúde ao usuário, bem como condições ideais para o ensino e aprendizagem”. (Entrevista E) Finalmente, mostra-se que “todas as áreas teriam seu espaço dentro de um hospital. De um hospital moderno então, construído para isso, nem se fala”. (Entrevista D)

Confirma-se, então que estabelecer uma ambiência auxilia as atividades realizadas nos espaços. Os ambientes e elementos arquitetônicos são importantes na aproximação entre serviços, academia e paciente, como também no acolhimento proposto por Bachelard. (BACHELARD, p. 50, 1988)

4.3.7 Odontologia²⁰

Algumas contradições são percebidas na entrevista realizada (Diretoria de Unidade). Foi exposto que o curso forma generalista, enfoca a atuação multidisciplinar e busca a atuação prática, contudo, trabalha disciplinas técnico-profissionais. Está adequado à política em vigor no Brasil (vigilância à saúde, descentralização através de ações locais, dentre outras), no entanto tem um caráter de formação geral.

Hoje a faculdade, quanto ao suporte técnico e tecnológico, questão considerada importante para uma estrutura curricular, foi bem classificada na entrevista, porque “a unidade apresenta ótima estrutura física e equipamentos de ponta”, mas ao mesmo tempo falta “adequação curricular para atender as normas vigentes”. Foi exposto que o curso, nas dependências do HU, necessita de incentivo quanto à estrutura física, medicamentos e recursos humanos.

Observa-se, através da entrevista, uma visão compartimentada do curso de Odontologia. Sabe-se que a especialidade ambulatorial hospitalar hoje presente no HU é a bucomaxilofacial e, foi instalada em espaço inadequado (o único disponível e com área insuficiente), portanto deixa a desejar. Já no HU-CAS, essa mesma especialidade foi projetada seguindo a pesquisa de necessidade e as normas da vigilância sanitária. Entretanto, nas discussões para a concretização do projeto arquitetônico, faltou envolvimento de outros profissionais de odontologia para que se obtenha uma ampliação mais generalizada do

²⁰ Conseguiu-se apenas 1(uma) entrevista.

atendimento odontológico aos pacientes hospitalares, um acolhimento integrado e a realização de programas comuns com as outras profissões.

A arquitetura deve sim, pensar em dimensionamento físico, setorização, conforto ambiental, segurança física, conforto visual e psicológico dentre outros aspectos, mas, o espaço no hospital em questão está sujeito a refletir incoerências.

4.3.8 Psicologia²¹

Referindo-se ao curso, foi relatado que há necessidade de estruturação quanto ao currículo e à reciclagem dos professores, principalmente para engajá-los à Saúde (há carência de maior integração curricular com os demais cursos). É essencial a conscientização de que a Psicologia está voltada para a Saúde, assim sendo, deve enfatizar conceitos de promoção, prevenção e reabilitação. Mas, não ficou esclarecido, ou seja, não se obteve respostas de como isto poderia ser realizado. Comprova-se através da entrevista:

“Apesar de já haver algumas mudanças, o curso ainda é extremamente voltado para a prática liberal, já estrangulada pelo mercado .A psicologia é marcadamente caracterizada por condutas curativas, individuais e sem uma articulação com outros setores, onde muito professores são desatualizados e sem informação para a atuação em saúde coletiva”.(Entrevista A, Docente)

Analisando, percebe-se dificuldade no relacionamento dos profissionais com os demais cursos de saúde. Entendendo que o novo modelo de saúde trabalhará com a missão de multidisciplinaridade, sua construção só será viável no momento em que forem redefinidos os currículos de saúde e também quando forem capacitados todos os profissionais dentro dessa nova perspectiva de ensino e assistência. Seguindo a leitura do novo espaço e das entrevistas, parece não ser o aspecto físico, alvo de repressão de demanda, já que foram previstos ambientes de usos diferenciados, como exemplo: atendimento em grupo, consultórios multidisciplinares, acolhimento integrado, atendimento individual, dentre outros. O êxito de investimento dessa competência deve-se muito ao empenho e ao envolvimento pessoal e intergrupar. Pensa-se que o espaço absorve a nova ótica, mas ele é colocado em “*xequê*” na medida em que entra em conflito com as ações e conceitos ainda não reforçados institucionalmente.

Quanto à importância em se atualizar tecnologia instrumental para a formação do aluno, pode-se sublinhar que em conjunto com uma boa formação geral, “*otimiza o trabalho*

²¹ Conseguiu-se apenas 1(uma) entrevista.

do psicólogo” (Entrevista A). No entanto, o recurso técnico e tecnológico, hoje na UFJF, foi tido como insatisfatório.

Entende-se que há dificuldade em adquirir equipamentos e contratação de recursos humanos devido à falta de autonomia, isto é, a dependência das universidades públicas em relação ao Governo Federal. O HU apresenta graves problemas e o HU-CAS pode vir a apresentar tais ocorrências. Mais uma vez, destaca-se a impotência do espaço perante vários entraves de ordem institucional e política.

Quanto à arquitetura, o exposto foi que o espaço para os usuários com conforto e aparência, melhora a qualidade de atendimento e que para a Psicologia existem padronizações necessárias:

“Atendimento psicoterápico individual: sala arejada, ampla, com total isolamento acústico e mobiliário confortável.

Atendimento de grupo: sala ampla, com capacidade para 10 a 15 pessoas, com material e espaço para dinâmicas de grupo e mobiliário adequado, equipamento, audiovisual (TV, câmeras de vídeo, vídeo, microfone, etc) e espelho bidirecional.

Atendimento de crianças: sala adequada para atendimento de crianças, adaptação de mobiliário, material de pintura, jogos, espelho bidirecional, etc.

Avaliação psicológica: sala com mesas e cadeiras e específicas para a avaliação psicológica, iluminação especial, sala arejada e silenciosa, com total isolamento acústico ”. (Entrevista A)

Em análise, reforçando a fala da conduta curativa, pode-se constatar que é uma visão tradicional e compartimentada do espaço. Tal qual Foucault falava, também é subjetivamente específico para o psicólogo “especializar” o seu espaço como se fosse um procedimento terapêutico. “Começava-se a observar de que maneira os gestos são feitos, qual o mais eficaz, o mais rápido, e melhor ajustado. [...]consistem em mecanismos de gestão disciplinar dos corpos”. (FOUCAULT, p. 106, 1979)

Para que o curso possua posição de vanguarda, isto é, “intervir e mudar a realidade” constatou-se ser importante conciliar formação tecnicista (“infraestrutura mínima”) com a humanista (“ter contato direto com a realidade”). Pensa-se que não só uma infra-estrutura mínima influencia a condição de estar à frente, mas é essencial conjugá-la às experiências comunitárias e assim trabalhar o ser humano e sua saúde de maneira integral, dentro de um universo real.

Ainda se enfatizou em uma entrevista, que o HU só poderá atender, como parte integrante do currículo, quando as relações de trabalho e princípios forem os mesmos pretendidos para o HU-CAS. Assim sendo, mais do que espaço, serão imprescindíveis atitudes, tais quais: capacitação e qualificação do corpo docente, esclarecimento sobre as

diretrizes e missão institucional, valorização quanto à importância do curso dentro do novo contexto, dentre outras.

4.3.9 Serviço Social²²

Referente ao processo pedagógico, de acordo com o relato obtido em entrevista (Docente/Coordenadoria do HU-CAS), o curso está em permanente avaliação e, de um modo geral, estruturado para formação mais socializada, dentro das características previstas na reforma curricular do Ministério da Educação. Formando generalista, com enfoque na profissão, tem como expectativa a ocupação de espaços multidisciplinares. *“A proposta do Serviço Social é interdisciplinar desde a sua origem. Nossa formação permite o trânsito entre as diferentes disciplinas do campo social e também das disciplinas que formam a saúde coletiva”*. Foi exposto que, no curso, o aluno é trabalhado para compreender o processo de trabalho na área da saúde.

Entende-se que a condução de várias questões de trabalho, de ensino, de vida, de qualidade dos espaços requer constante reflexão, sendo primordial adotar como meta de todos os cursos. Percebe-se que a importância está num ensino de qualidade que deverá ser reforçado quanto aos *“aspectos éticos e técnicos dando respostas efetivas às necessidades trazidas pela população/usuária dos serviços”*.

Considerou-se o HU engajado no modelo hospitalocêntrico e que seu sistema de gestão deveria ser mais democrático. Nota-se que, para dar seqüência e atendimento como parte integrante do currículo, é necessário o transporte da demanda ambulatorial para o HU-CAS (construído para esse fim). O empenho humano, as melhorias nas condições de trabalho, dentro das normas vigentes e com sensibilidade, poderão ser, num futuro próximo, ações decisivas. Quanto às necessidades do Serviço Social, foram apontados os seguintes ambientes: salas equipadas para desenvolver os trabalhos em equipes, grupos de usuários, podendo aplicar as tecnologias de *“Educação e de Comunicação Social”*, sala de reuniões (entende-se que é para atender aos profissionais), sala para chefia e salas para uso interdisciplinar em todas as enfermarias. Ao se falar em *“sala de chefia”* avalia-se que a fragmentação faz-se presente. Continua pensando que não há, entretanto, elementos que efetivamente colocam a transdisciplinaridade em questão.

Quanto ao HU-CAS, percebe-se que foi se solidificando pela verificação da inconformidade do espaço físico do HU. Está sendo construído desde o projeto conceitual em

²² Conseguiu-se apenas 1(uma) entrevista.

conformidade com os princípios do SUS e na busca de fortalecimento interdisciplinar, da formação de trabalho coletivo, de mudanças no modelo assistencial e de gestão. Deverá “*ser um equipamento de saúde com uma concepção transformadora que irá atender 100% o SUS e dará suporte acadêmico adequado a todos os Cursos de Saúde da UFJF*”. O CAS “*irá corresponder às demandas e necessidades para a realização de um trabalho mais fecundo*”.

A arquitetura comprometida com a humanização e conforto físico dos ambientes foi apontada como de “*fundamental importância para que os usuários, alunos, docentes e funcionários possam trabalhar em um ambiente que facilite as relações sociais e profissionais*”. Quanto ao espaço físico, a solução exposta para a realização de bons produtos nas áreas de pesquisa, extensão e ensino, importante em todo o currículo pode-se citar: ambiente adequado (amplo, acolhedor, arejado, pintado com cores discretas, com pequenos jardins e bancos), salas de aula espaçosas e preparadas para receber equipamentos didáticos.

No decorrer do depoimento, percebeu-se que a arquitetura se encaixou como facilitadora das relações sociais. Confirma-se isso quando, em visita às obras do HU – CAS, foi detectada uma falha de projeto por profissional do Serviço Social. Na época da análise dos projetos básico e executivo, não se atentou para tal problema, porém comprometeria a estrutura conceitual tanto desejada. Argumentou-se, em tempo hábil, que alterações projetuais deveriam ser feitas. Compreendeu-se então, que o leigo, sem percepção das representações gráficas do projeto, só detectou o problema quando a obra já se encontrava em andamento. Também, o profissional de arquitetura, não conseguindo captar os seus anseios, a subjetividade implícita, cometeu enganos comprometendo uma filosofia de trabalho. Questiona-se a necessidade de muitas discussões e verificação do entendimento do projeto, ponto a ponto, utilizando recursos, visuais, encenações, dentre outros.

Assim sendo, a arquitetura como facilitadora, tal qual idéia em entrevista, não deve contribuir para a incapacitação de procedimentos previstos, conceitos estudados ao longo do tempo. O entrosamento entre profissionais é fundamental para se obter êxitos. É preciso:

“[...] fazer do mestre ou professor um arquiteto, isso é, um pedagogo e, da educação, um processo de confirmação de espaços. De espaços pessoais e sociais, e de lugares. Ao fim e ao cabo, o espaço- assim como a energia, enquanto energia – não se cria não se destrói, apenas se transforma. A questão final é se transformarem espaço frio, mecânico, em um espaço quente e vivo. Em um espaço dominado pela necessidade de ordem implacável e pelo ponto de vista fixo, ou um espaço que, tendo em conta o aleatório e o ponto de vista móvel, seja antes possibilidade que limite. Em um espaço, em suma, para a educação, um âmbito que não pertence ao mundo da mecânica, mas ao mundo da biologia, ao mundo dos seres vivos”.
(ESCOLANO; FRAGO, p.139, 2001)

Todas as profissões poderão resgatar valores de humanização, acolhimento, ensino de qualidade para todas as realidades e formar pessoas comprometidas com a saúde e com o ser humano. O trabalho conjunto, na mesma linha de pensamento, é uma forma de dar certo. O importante é se conseguir captar os pensamentos, o aspecto subjetivo e transformá-los em algo que melhore a qualidade de vida e de trabalho, permitindo realizações em benefício comum.

4.4 COMPILAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: CONFRONTOS E DISCUSSÕES

Recapitulando-se, as considerações feitas pelos diversos profissionais entrevistados dos cursos de saúde se repetem. Isso indica pontos críticos merecedores de questionamentos e possíveis intervenções.

Com referência ao 1º foco (questões curriculares, conceitos, propostas, políticas de saúde, condutas pedagógicas dos cursos de saúde) foi apresentado que um hospital universitário existe, em função do ensino. Contudo é primordial contribuir para uma assistência humanizada, e conseqüentemente aprimorar a formação de profissionais cidadãos.

Avaliou-se que as mudanças refletem a concepção pedagógica que se quer adotar. No entanto, em qualquer época, lugar, ou sob qualquer filosofia e políticas, é importante conciliar formação técnica com humanística, para um ensino onde todas as profissões se complementem, somar experiências comunitárias e conferir ao “Ser” um tratamento integral.

Expô-se, quase que de forma unânime, que a formação acadêmica ainda é tradicional, fragmentada (ao se referirem em salas específicas do setor como necessidade) e teórica (a prática não é um aspecto prioritário no meio acadêmico). Ações integradas entre cursos não se tornaram um exercício consistente. Percebeu-se a necessidade de centrá-los em programas e políticas públicas mais abrangentes, que envolvam diversos atores do cenário político, social e acadêmico (incorporar mais professores e alunos). É prerrogativa: crescer juntos e criar novos vínculos com Município e Estado e Nação.

Nem todos os entrevistados fizeram referências às políticas e aos compromissos com o Sistema Único de Saúde - SUS, intenção observada nas mudanças curriculares e na configuração de uma instituição de ensino em saúde; no entanto, falou-se na falta de autonomia das instituições em relação ao Governo Federal.

Considerou-se que as ações decorrentes de políticas públicas ineficazes podem gerar problemas, por exemplo: obstáculos em um dos níveis de atenção (primária, secundária, terciária), acarretando sobrecarga no outro sistema e impedindo um atendimento dentro da nova ótica de assistência humanizada e de ensino integrado.

Com relação às unidades acadêmicas, incluindo-se os hospitais universitários, foram abordados os seguintes problemas: deficiência na escuta, falta de comprometimento, conscientização e troca de conhecimento entre docentes, alunos, pacientes (parte determinante do seu tratamento) e funcionários, o que dificultará a criação de novos mecanismos de integração.

Verificou-se a importância de uma gestão coesa que estabeleça uma administração democrática e centrada numa “missão” clara e abrangente, trabalhar com planejamento, efetuando permanentes avaliações e reflexões sobre as próprias atividades, vida, espaço, ética, técnica, formação mais socializada e discursos condizentes com a prática. Igualmente foram pontos levantados como essenciais, a reciclagem de currículos e professores, o engajamento dos cursos com mais determinação e institucionalização e a capacitação dentro dessa perspectiva.

Em relação ao 2º foco (importância do espaço de ensino hospitalar e demandas dos cursos de saúde quanto ao suporte técnico e tecnológico), viu-se que um bom desempenho técnico-tecnológico é viável na otimização das tarefas. Sendo assim, investimento em infraestrutura (equipamentos adequados, insumos em tempo hábil, manutenção preventiva, espaços físicos condizentes e ambientados, recursos humanos capacitados) é avaliado como um grande estímulo às mudanças de postura e práticas pedagógicas. Carência na estrutura física e a deficiência de espaço podem ser um empecilho vindo a prejudicar, ou mesmo não permitir, procedimentos adequados ao ensino e assistência. Concluiu-se que o espaço influi na integração, cria vínculos, devendo apoiar a estrutura curricular.

Guiando-se pelo 3º foco (aspectos relacionados ao HU e HU – CAS, modelos filosóficos, diferenças e os rumos que a UFJF usa para implementar e garantir uma educação integrada), não se pensa o HU como uma exigência de assistência humanizada e de ensino integrado. Ora ele é ignorado, ora se acredita que há grandes problemas relacionados à sua estrutura física, manutenção, limpeza, insumos, recursos humanos. No entanto, essa unidade foi designada hospital de ensino pelos Ministérios da Saúde e Educação. Todavia, observa-se que, nos dias atuais, o modelo nele praticado, não atende aos objetivos constitucionais e didáticos da Saúde.

Quanto ao HU-CAS, revelou-se ser originário da deficiência espacial e para sanar as carências no HU, as não conformidades com o SUS e que mudanças pedagógicas se faziam necessárias. Alguns entrevistados entendem que a proximidade e o compartilhamento de espaços irão favorecer a relação entre profissionais e fazer a diferença.

Há tempos, Michel Foucault, em “*Vigiar e Punir*” expunha a espacialidade como arte disciplinar integrante da arquitetura, sendo assim, conferia aos espaços significados educativos, quando na sua distribuição por ambientes, separação por sexo, distinção por complexidade e também, na disposição de mobiliários. Essa “*arte de distribuição espacial dos indivíduos*”, tornava-se determinante, na medida em que organizava movimentos, gestos, facilitando rotinas e economizando tempo. Para Foucault, o hospital, assim como outras instituições (conventos, escolas, prisões, quartéis), além de servir para dominação e controle, tem função produtiva, disciplinar e simbólica.

Pensa-se não se discutir amplamente a relação entre as duas unidades e que, apenas um prédio novo não transforma pessoas. Não adianta se ter uma edificação adequada a funcionamentos, serviços e profissionais inadequados e vice-versa. Sendo assim, pode-se supor que o HU-CAS possa apresentar problemas semelhantes ao HU. Deseja-se a integração dessas unidades e ambas com a rede de saúde pública e também, a interação das mesmas com o novo modelo de saúde.

Finalizando com o 4º e último foco (estrutura física/curricular, humanização e subjetividade dos ambientes de ensino em saúde), espera-se que a arquitetura apreendida como instrumento na realização de mudanças pedagógicas, isto é, como facilitadora das relações, não seja mais uma posição simplista, reprimida e de pouco acesso. Pode-se supor que como suporte ela esteja comprometida com a humanização, não só dos ambientes (conforto físico, psicológico e social), mas no sentido absoluto dessa palavra, perpassando matéria, políticas, conceitos, para ir ao encontro do ser humano.

Os espaços podem refletir incoerências e tornarem-se impotentes frente a entraves políticos, comportamentais, éticos e a visões individualistas. Concluiu-se das entrevistas que se não há mudança pessoal e profissional a física fica inexpressiva.

“O espaço comunica; mostra, a quem sabe ler, o emprego que o ser humano faz dele mesmo. Um emprego que varia em cada cultura; que é um produto cultural específico, que diz respeito não só as relações interpessoais - distâncias, território pessoal, contatos, comunicação, conflitos de poder-, mas também à liturgia e ritos sociais, à simbologia das disposições dos objetos e dos corpos-localização e postura-, à sua hierarquia e relações”.
(ESCOLANO; FRAGO, p. 64, 2001)

Assim sendo, a arquitetura consegue se integrar com outras áreas de conhecimento, através de diálogos constantes, envolvimento participativo; compartilhamento de saberes; para que as propostas feitas, além das padronizações necessárias, absorvam novas óticas, potencializem e aglutinem pessoas, facilitem o cuidado e o ensino, através de recursos visuais, cenários diversificados que a aproximem dos contextos de vida.

Por esses motivos apontados, esperar a implantação do HU-CAS para a realização de mudanças, analisa-se nesta dissertação que as transformações não foram absorvidas como deveriam. Os dois espaços refletem tendências de épocas distintas, contudo podem estabelecer através da ambiência e do acolhimento, uma aproximação e se tornar o domicílio do ensino.

São constatadas como necessidades espaciais: locais para discussão, descanso, estudo, convivência, atualização como, salas de estar, refeitório, áreas de lazer e para receber visitas, sala de TV, espaço para atividades em grupo, núcleos de pesquisa e centro de estudo. Também foi verificado que se deve incorporar aos procedimentos: segurança, higiene, proteção, equipamentos precisos, insumos em tempo hábil, locais agradáveis, ventilados, iluminados, organizados, coloridos, natureza, amplitude, acolhimento, espaços para equipamentos didáticos e principalmente para as pessoas. Mudanças e crescimento envolvem garantia de qualidade e humanização.

Reunidos os aspectos mais significativos, ora correspondentes, ora confrontáveis, levando-se em conta os desafios, avanços, conquistas e que “[...] a utilização didática do espaço e de seu entorno é uma característica comum a todas as pedagogias denominadas ativas” (ESCOLANO; FRAGO, p. 38, 2001), espera-se que os resultados possam reforçar a importância da arquitetura na vida acadêmica e profissional em Juiz de Fora.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 O HOSPITAL: PRINCIPAIS PERCEPÇÕES

Em consideração aos aspectos abordados nesta dissertação, volta-se a insistir que a intenção da pesquisa não é reforçar a dicotomia “*reducionismo x holismo*”, “*fragmentação x integração*” ou que seria menos produtivo: condenar ou aprovar tais enfoques. O estudo procurou compreender as mudanças, os traços característicos implícitos na dinâmica e na subjetividade do espaço arquitetônico de ensino, decorrentes da adoção de um novo modelo de saúde, estabelecendo a importância da arquitetura no processo da educação formal.

Depois de considerado local da “*morte*”, o hospital diferenciou-se de acordo com os princípios do higienismo, cuja ênfase foi colocada, em aspectos tais como aeração, iluminação, insolação, calefação. Mais tarde, espelhou-se no conforto, na tecnologia, nas transformações culturais e nas inovações pedagógicas.

Atualmente, associa-se eficiência ao conforto, no entanto, procura-se na requalificação e na criação dos novos espaços a revalorização das relações sociais. A tendência é através da ambientação (natureza, mobiliários, objetos, cores, música, decoração lúdica, acessibilidade, segurança, leitura, arte e relaxamento, dentre outros aspectos), tornar essas instituições menos impessoais e mais acolhedoras, onde a preocupação com o equilíbrio emocional das pessoas se faça presente. Considerando que o ser humano busca laços emocionais, a concepção do lugar construído é, portanto fundamental para traduzir os sentimentos de identidade.

Por meio da conformação espacial, o arquiteto pode criar ambientes dotados de identidade que irão expressar e refletir discursos. Ao estabelecer equilíbrio entre o aspecto racional e o subjetivo ele cumpre sua missão: que é projetar espaços adequados às necessidades humanas, aplicando critérios considerados humanizadores, busca-se suplantar a funcionalidade.

Sem deixar de ser instrumento terapêutico, onde cada detalhe tem uma razão de existir, uma unidade de saúde é um lugar percebido, que abriga recordações e experiências. Além de tipologias arquitetônicas e exigências estéticas e funcionais, tem uma complexidade maior que é fazer parte integrante das relações e transformações humanas. Responde aos desafios impostos por mudanças econômicas, sociais, políticas e tecnológicas. Traz influências que foram incorporadas no programa arquitetônico durante as evoluções, sendo assim, é uma construção que reflete a história.

Quanto aos hospitais universitários, destaca-se que um dos pontos fundamentais que os caracteriza é o fato de se constituírem como referência de ensino e de assistência em saúde. Mas, a degradação do setor público, a falta de continuidade, baixa resolutividade, filas, altos custos da medicina tecnológica, desgaste da equipe, políticas de saúde sem amparo epidemiológico tornaram-se problemas característicos a serem enfrentados. Também expressam dificuldades em vencer questões relativas ao paradigma biomédico hegemônico que, como tendência, tem o ensino tradicional, tecnicado e fragmentado. O modelo, há tempos adotado, de natureza hospitalar, focado em ações curativas sob ótica individualista e com abusivo uso das tecnologias, não abrange a concepção ampliada de Saúde.

Discursos de viés médico conferiam uma certa identidade e ao mesmo tempo dominância dessa corporação em relação à saúde. No entanto, outros profissionais vêm incorporando esse discurso de forma até mais radical, o que, prejudica o intercâmbio no campo profissional e de ensino.

Nesse sentido, entender de modo natural a abertura dessas instituições, intituladas médicas, e transformar realidades, vencer modelos esgotados e, assim, propor, revelar, compreender, sem manter o espírito de dominação, é difícil. O anonimato, a pouca disponibilidade de tempo e vontade, a falta de integração e carência de espaços, devido às demandas e condições ambientais inadequadas, são empecilhos.

Os contextos onde se desenvolvem atividades nos HUs, como tendência geral, foram se constituindo de forma desordenada e dentro da ótica do ensino especializado. A especialização levou à fragmentação da totalidade do Ser, das responsabilidades pelo cuidado, dos currículos e também da estrutura física. Nessa linha de pensamento, pode-se identificar a diferenciação para cada atividade, obedecendo a uma setorização individualista. Em decorrência dessa visão compartimentada que se tem do hospital tradicional, o espaço, então, aparece somente como conduta terapêutica.

Atualmente, pode-se ressaltar uma evolução. As políticas estão se voltando para a formação por equipes integradas, intercâmbio de conteúdos e a visão do usuário e não só do médico. Há necessidade de se buscar modelos que abrandem a atenção hospitalar, acabem com demandas espontâneas, antecipem a doença através da educação e promoção à saúde, valorizem vínculos culturais e sociais, as relações psicológicas e subjetivas com o espaço que acolhe.

Na década atual, para um hospital de ensino manter-se como referência enquanto unidade inserida em importante área de abrangência geopolítica, é primordial discutir novos rumos envolvendo os vários atores, na missão da instituição. Torna-se necessário conduzir

reformas que visem a integralidade das ações, compromisso institucional e articulação com serviços de saúde, que seja um ponto de encontro pedagógico, político, administrativo, acadêmico e humano, na construção cultural.

É essencial também, adequar-se fisicamente, respondendo às exigências, do Ministério da Educação – MEC, do Sistema Único de Saúde – SUS, órgão financiador da saúde do Ministério da Saúde – MS, das normas da Vigilância Sanitária – ANVISA, dos poderes acadêmicos das instituições de ensino e, especialmente das demandas sociais e humanas, concomitantemente. Logo a arquitetura deve agregar valores além dos previstos em normas.

Juiz de Fora, referência em saúde no sudeste de Minas, Zona da Mata mineira (ANEXO V, p.129) e suplantando sua área de influência para além da divisa estadual, através da sua universidade pública (UFJF), na busca da excelência, sinaliza uma adequação da estrutura física e organizacional para traduzir um novo conceito didático e espacial em saúde, assumindo a construção de uma versão contemporânea de Hospital Universitário.

A partir das descrições feitas até aqui, foi visto que no antigo HU/UFJF, há carência de ambientes diferenciados (encontros, lazer, discussão, estudo, jardins, dentre outros), dificultando imprimir nos espaços as diretrizes atuais de ensino, produção e gestão em saúde.

Instituição de grande importância para a sociedade, reflete um modelo que incentiva o desenvolvimento científico e a especialização, tendo a arquitetura em um lugar fragmentado, espelho do ensino também fragmentado, institucionalizado, com rotinas rígidas, que acabaram descaracterizando-o como espaço de escuta, encontro e conhecimento. Tais traços acompanham toda a evolução arquitetônica, mas não devem impedir a grande variedade de soluções, vindas da criatividade do arquiteto, cuja missão é desempenhar seu papel por meio do diálogo entre instâncias locais, as tendências globais e a História.

Em relação ao novo HU, nomeado Centro de Atenção à Saúde (HU – CAS/UFJF), procura-se exprimir nova ótica onde a saúde se relacione com qualidade de vida e o ensino pudesse desenvolver-se através do trabalho multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar.

Caso forem mantidos feudos e protocolos de intervenção fragmentados, característica do modelo hospitalocêntrico, velhas estruturas poderão ser reproduzidas. Portanto, não se tem a garantia, quando em funcionamento, que seus espaços serão utilizados de forma a refletir a mudança de conceito em saúde tanto desejada.

O pouco comprometimento e a ausência de profissionais para avaliar de forma integrada os desafios acadêmicos, assistenciais e as concepções espaciais podem ser considerados pontos negativos, independente do modelo que se adote.

Pessoas de outras áreas não compreendem ou têm pouco conhecimento da importância da arquitetura, enquanto cenário de aprendizado. Há uma deficiência em se estabelecer um valor ao espaço na proposição da pedagogia e na relação curricular oculta para o acadêmico. O docente não apreende a relação do acadêmico com o espaço de ensino, como também o aspecto simbólico e pedagógico que ele traz consigo. Parece desconhecer o espaço arquitetônico como disciplina, como lugar de aprendizado, forma oculta de ordenar e construir idéias.

No antigo e no atual espaço, falta flexibilidade, em responder, por exemplo, ao atendimento de uma nova profissão. Além disso, será imprescindível estabelecer futuras ambiências para auxiliar novas atividades, aproximação e acolhimento. No HU-CAS, a padronização de seus ambientes, deixa prevalecer a técnica à arte. Sendo assim, pensa-se que a arquitetura pode ser igualmente mecânica tanto no HU quanto poderá ser no HU –CAS.

Constatam-se na pesquisa, também pontos favoráveis impressos na UFJF. Baseiam-se na importância do antigo hospital, que ao adotar um modelo de ensino em saúde à época de sua criação e através de seu corpo profissional competente, transformou-se em uma instituição de referência. Formou diversos acadêmicos que além de prestar atendimento a um grande número de pessoas carentes, hoje, lutam por uma educação mais abrangente.

Uma nova unidade de ensino ao possuir uma dimensão educativa, pode ser somente mais uma expansão física, como também, uma resposta às exigências atuais em termos de qualidade de ensino e humanização, no sentido integral da palavra.

Nesta dissertação, confirma-se que a arquitetura em especial, pode agregar valores essenciais, não previstos em normas, produzindo espaços que incluam os seres humanos, considerando que cada um tem seu modo particular de perceber e se relacionar com o ambiente construído.

5.2 RECOMENDAÇÕES

É importante, o investimento na implantação de uma nova mentalidade que rompa com a formação tradicional e que garanta os atos de desospitalização. Logo, é essencial formar profissionais comprometidos com a prevenção, saúde e acolhimento, buscando-se o conhecimento do “Ser” de forma holística.

Sendo assim, torna-se fundamental imprimir nos novos ambientes de ensino em saúde as particularidades dos espaços e das pessoas que os ocupam, observando seus aspectos individuais, culturais, biológicos, fisiológicos, psicológicos e sociais. Todavia, a arquitetura

mesmo com sua linguagem específica, deve interagir com outros saberes e criar vínculos. Para a efetivação dos objetivos constantes na pesquisa, é necessário reforçar através de recomendações, algumas questões relativas à conceito, política pública, humanização e espacialidade.

● **Quanto às questões conceituais de ensino em saúde:**

- entender o que seja um hospital de ensino e o modelo em que ele assentado;
- prever constantes reflexões e avaliações, isto é, reeducação permanente sobre a missão institucional;
- propiciar reforma estrutural, treinamento de pessoal, ação participativa, criativa, consciente e organizada, para que, assim, se garanta a boa prática do ensino, pesquisa e assistência;
- valorizar cada curso e a integração de todos eles, ponderando suas particularidades;
- considerar a constante necessidade de adequação à evolução tanto da academia, quanto da ciência médica;
- formar cidadãos críticos que saibam avaliar a dinâmica do mercado e as políticas de saúde.
- estabelecer, através de uma gestão coesa, uma ligação entre as duas unidades da UFJF (HU e HU – CAS) e para que assim possam realizar ações integradas, com os mesmos objetivos (ensino, e assistência de qualidade).

● **Em referência às políticas públicas:**

- incentivar mudanças de base nas políticas de saúde em âmbito federal, estadual e municipal, para que possam nortear as práticas de ensino e atendimento em saúde, como um todo;
- ter maior conscientização, comprometimento e integração dos profissionais da instituição com todos os atores envolvidos (sociedade civil, usuários, gestores, políticos);
- articular universidade e rede municipal de Atenção Primária à Saúde;
- atualizar docentes, criando pólos de educação permanente e continuada;
- mudar as práticas de formação e de assistência em saúde;
- colocar em pauta a ética profissional;

● **Ao nível de humanização, acolhimento integrado:**

- respeitar o usuário;
- conhecer outras realidades;
- relacionar a humanização com diversos aspectos, além dos espaciais;
- provocar nos futuros profissionais, um aprendizado para atuação em equipe, com o exercício da profissão (utilização de procedimentos diagnóstico-terapêuticos validados cientificamente) e ao mesmo tempo, envolvidos com a valorização do atendimento através da conversa.

● **Em relação às questões arquitetônicas:**

- levantar as necessidades acadêmicas referentes ao espaço, como também, o dinamismo e a subjetividade para a educação;
- não esquecer que as impressões subjetivas dependem da circunstância, isto é, do estado de espírito das pessoas (paciente, funcionário, acadêmico, dentre outros);
- criar facilidades, para a realização do diálogo entre profissionais que vivenciam o hospital como instrumento pedagógico, de cura, de trabalho, através de espaços convidativos (dentro e fora do hospital);
- descobrir, nos espaços, todas as suas possibilidades enquanto instrumento de aprendizado, promovendo ambientes complementares que, conseqüentemente, irão criar uma percepção positiva no aluno, no paciente, no usuário em geral, essencial para o seu desenvolvimento enquanto pessoa;
- suavizar as condições negativas e aproveitar os aspectos positivos oferecidos através de facilidades geográficas e sociais, tais como clima, localização e as interferências em relação a outros espaços;
- estabelecer uma boa ocupação em relação à distribuição dos edifícios no terreno, verificando a parte não edificada, o seu tamanho e orientação;
- pesquisar as questões relacionadas com o entorno da edificação, sua área de influência e a captação de usuários;
- dar a devida importância à ocupação interna e à ambientação (relógio e calendários em locais visíveis, espelhos, fotografias, quadros, e outros), o ar livre, o interno voltado para o externo (integração do edifício com a natureza), a beleza e alegria encontrada, o ser agradável, limpo, o ar, a cor e a luz na medida certa;
- no caso de se prever futuras ampliações, garantir a qualidade do ensino e da assistência;
- pensar em espaços flexíveis, vinculados às estruturas curriculares e que abriguem todas as profissões;
- entrosar o arquiteto com quem vivencia o espaço.

6. CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos pode-se concluir que locais de aprendizado, de trabalho, de cura e esperança, os espaços hospitalares são marcados pelo uso de que se faz dele e, assim, legitimam discursos.

Confirmando-se que o HU permanecerá em funcionamento demandando soluções físicas, avanços na sua infra-estrutura, enquanto o HU-CAS seja completamente construído, espera-se que as duas unidades sejam vistas como únicas, que através do corpo profissional, seja trabalhado o contexto contemporâneo integralizante e multiprofissional de ensino em saúde, do qual, o arquiteto faça parte.

Falar em ensino integrado, em atendimento humanizado requer mais do que construir um futuro pautado somente na competência da infra-estrutura promotora da saúde. As mudanças no espaço físico não realizam, por si só. São necessárias transformações na maneira de pensar, o que dependeria de um constante treinamento da equipe, do conhecimento das novas tendências que surgem em outros lugares e de seu envolvimento direto com outros campos do saber.

No entanto, não se pode esquecer as aspirações do aluno enquanto novo profissional que internaliza, aprende e transforma a sociedade. E, do paciente assistido, ser humano que muitas vezes sai de ambientes desumanos e sobre pressão da doença, busca com esperança a sua cura. É fundamental que, através da ação integrada, crie-se ambientes saudáveis, para pessoas psicologicamente saudáveis.

Aguarda-se, que nos próximos momentos de transformações e tomadas de consciência, sejam ressaltadas a importância da dimensão do coletivo e a necessidade de indagação sobre o que o acadêmico e o paciente desejam e precisam.

É importante a participação de diversos atores nas tomadas de decisões para que, assim, possam reconhecer que a atenção à saúde não concerne, exclusivamente, aos setores intitulados de “*Saúde*”.

A nova concepção significará inovação, se provocar uma mudança na cultura, uma ruptura com a forma tradicional de pensar. Através da continuidade do processo educacional podem-se conseguir tais objetivos. Mas, tudo isso não garante o atendimento dos ideais propostos, já que, as mudanças, resultados das reflexões sobre os acontecimentos, poderão ser feitas no dia-a-dia do hospital por meio das ações participativas, criativas, conscientes e organizadas de todos os envolvidos na questão.

Como as mudanças curriculares, na UFJF, ainda estão em implementação e, o caminho é demorado, visto que algumas unidades acadêmicas ainda estão no processo de discussões, é uma realidade necessária se investir em educação continuada e permanente, com vista a enfrentar, de alguma forma, os desafios da chamada equipe de integração. Concluiu-se que os profissionais da atenção básica devem ser incluídos nesse processo, dada a relevância do seu trabalho no sistema de saúde e a importância desse nível de atenção ao desempenho dos demais níveis.

Em geral, não será o espaço um empecilho na facilitação das relações de vida, mas, é fundamental, resgatar no arquiteto o papel de protagonista e colocar a arquitetura como palco do ensino, inserindo-a no programa curricular de todos os cursos de graduação em saúde, como também, em outras áreas de conhecimento. Como sugestão, pode-se prever uma disciplina, comum a todas as profissões, que divulgue a importância espacial no processo de educação, ou seja, que reforce o valor de se entender o espaço arquitetônico.

É primordial engajar a arquitetura como profissão da saúde e o arquiteto, como participante ativo nas tomadas de decisões. Portanto, visto como educador, o arquiteto pode ser um importante agente, contribuindo para a formulação de espaços educacionais para a Saúde.

Em síntese, uma vez discutidas e identificadas as especificidades e transformações espaciais e acadêmicas na UFJF, ao proporcionar condições para avaliação das necessidades físicas, ao mostrar a importância do espaço arquitetônico (dinâmica e subjetividade) como formação nas disciplinas de saúde e ao propor contribuições para a integração e humanização da arquitetura hospitalar focando o hospital universitário de Juiz de Fora, considera-se objetivos desta pesquisa foram alcançados.

Ainda é incerto se o HU – CAS imprimirá mudanças no comportamento das pessoas e até que ponto seus espaços, com a futura ocupação serão responsáveis por isso. Esta dúvida poderá ser minimizada a partir da continuidade da pesquisa que se pensa realizar na Avaliação Pós-Ocupação (APO).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALLA, Gustavo; ASSIS, Adriana; COSME, Rosangela de Oliveira; JUNQUEIRA, Waina Bella de Castro. **O INVISÍVEL DE QUEM CUIDA: a humanização das unidades de apoio em ambientes de saúde – uma experiência em Juiz de Fora.** Anais do I Congresso Nacional da Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício. Salvador / BA, 2004.

ABDALLA, Gustavo; COELHO, Gelda Lhamas. **A Imagem da Cidade de Juiz de Fora Vista pelos Olhares da Saúde.** Artigo em CD. A Arquitetura Hospitalar. Revista PROPEC-IAB / MG. Nº1. Belo Horizonte / MG, 2004.

ABDALLA, Gustavo; COSME, Rosangela de Oliveira. **Impacto no Planejamento Organizacional de um Hospital, a partir da Análise do Espaço Construído.** Artigo em CD in Anais do Encontro Nacional de tecnologia do Ambiente Construído, ANTAC, São Paulo, 2004.

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil.** Belo Horizonte, Minas Gerais, 1998.

Disponível <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>

Acesso em: 03/04/2005

ALMEIDA, Alberto Aloysio Larcher de. **Considerações sobre o atual Curso de Medicina aa UFJF.** p. 37, 38, 39 e 40. HE REVISTA. Ano 1. Vol. 1, Juiz de Fora / MG, 1974.

_____, Alberto Aloysio Larcher de. **Educação Médica. Considerações sobre o Internato e o Hospital de Ensino, Aplicadas ao Curso Médico da UFJF.** p. 115, 116, 117, 118 e 119. HE REVISTA. Órgão Oficial do Centro de Estudos do H.E. da UFJF. Vol. 1 Nº 2, Juiz de Fora / MG, 1974.

_____, Alberto Aloysio Larcher de. **Educação Médica. A Residência E A Pós-Graduação na Área Médica da UFJF.** p. 231, 232, 233, 234, 235 e 236. HE REVISTA. Órgão Oficial do Centro de Estudos do H.E. da UFJF. Vol. 1 Nº 3, Juiz de Fora / MG, 1974.

_____, Alberto Aloysio Larcher de. **Educação Médica / Medical Education. De Pós-Graduação no Setor Saúde da UFJF Mestrado em Medicina Interna: proposição inicial.** p. 57 a 67. HE REVISTA. Órgão Oficial do Centro de Estudos do H.E. da UFJF. Vol. 3 Nºs 1, 2, 3. Juiz de Fora / MG, 1976.

ALMEIDA Renata C S Lobato de. **Panorama Histórico do Edifício Hospitalar: Elementos Estruturantes do Espaço Edificado.** Artigo em CD. A Arquitetura Hospitalar. Revista PROPEC-IAB / MG. Nº1. Belo Horizonte / MG, 2004.

BACHELARD, Gaston. **A Poética do Espaço.** Tradução: Antonio de Pádua Danesi. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BALDI, Jorge; LIMA, Marilene Fabri. **Do Hospital Universitário ao Centro de Atenção à Saúde.** Produção: Hospital Universitário da UFJF. Juiz de Fora / MG, 2001.

BARRETO, Juel. **Relação Médico-Paciente e Instituições.** p. 191 a 196. HE REVISTA. Órgão Oficial do Centro de Estudos do H.E. da UFJF. Vol. 15 nº 3. Juiz de Fora / MG, 1988.

BEDENDO, Ricardo; SANTOS, Maria da Conceição Tuca Prazeres do. **Hospital Universitário – HU / Hospital de Ensino.** Produção: Secretaria de Imagem Institucional. Juiz de Fora / MG, 2005.

BORGES, Fernanda; FIALHO, Pedro Henrique; FILIPPETTO, Renata. **O Ensino de Medicina e sua interferência na Concepção Espacial um estudo sobre a Faculdade de Medicina da UFMG.** Artigo em CD. A Arquitetura Hospitalar. Revista PROPEC-IAB / MG. Nº1. Belo Horizonte / MG, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). RDC 50: **Norma para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.** Brasília: Anvisa, 2001.

BRASIL. Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. **Documentos Do Ensino Médico.** Documento nº 1. cap. 2. p. 13 a 45. 3ª ed. Brasília, 1989.

BRASIL. Senado Federal. **Emenda s/nº- CAS.** Projeto de Lei Substitutivo ao Projeto de Lei nº 25, 2002.

Disponível em: <http://www.crefito3.com.br/download/PLS%2025%202002.htm>

Acesso em: 17 de janeiro de 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).**Banco de Dados Agregados.** Nível Territorial: Microrregião Geográfica. Unidade Territorial: 31065 - Juiz de Fora – MG. Nível Territorial: Mesorregião Geográfica. Unidade Territorial: 3112 - Zona da Mata – MG.

Disponível em:

<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/territorio/tabunitsub.asp?codunit=6317&nsub=6&z=t&o=4&i=P>

Acesso em: 22 de fevereiro de 2006.

BRASIL. MEC - Secretaria de Educação Superior. **O Que São Hospitais Universitários.**

Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=category§ionid=10&id=97&Itemid=301>

Acesso em: 03/04/2005

BRASIL. Ministério da Educação. **Do sanitário à municipalização. Evolução da saúde brasileira.**

Disponível em: http://portalweb02.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=125

Acesso em: 22 de dezembro de 2004.

CARRARO, Vanderlei. **Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil 1920 – 1995. Escola de Enfermagem.** Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico – DEMC. Rio Grande do Sul/RS, s.d.

COSTI, Marilice. **A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares.** Porto Alegre / RS: EDIPUCRS, 2002.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. **Tema 12- Sistema Único de Saúde: Princípios.** Texto retirado do Caderno Planejamento e Gestão em Saúde, organizado por Francisco Eduardo Campos, Lídia Maria Tonon e Mozart de Oliveira Júnior. Belo Horizonte / MG: Coopmed (Caderno de Saúde, 2), 1998.

Disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/cgprh/projetos/gestao/publicacoes/textos_basicos/t12_1_1.htm

Acesso em: 14/06/2005

ESCOLANO, Agustín; FRAGO, Anttonio Viñao. **Currículo, Espaço e Subjetividade: a arquitetura como programa.** Tradução: Alfredo Veiga-Neto. 2ª edição. DP&A editora. Rio de Janeiro, 2001.

FLEXNER, Report. **Definition of Flexner Report**

Disponível em: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=8727>

Acesso em: 14/06/2005

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: Roberto Machado. Cap. I, V e VI. p. 1 a 14 e 79 a 111. 16ª ed., 2001. Edições Graal. Rio de Janeiro, 1979 (1ª ed.)

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado. Cap. I e V 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramallete. Terceira Parte. Disciplina. Cap. I, II e III. p. 117 a 162. 23ª ed. Editora Vozes. Petrópolis / RJ, 1987.

GIVISIEZ, Gustavo Henrique. **Demografia e Arquitetura Hospitalar**. Artigo em CD. A Arquitetura Hospitalar. Revista PROPEC-IAB / MG. Nº1. Belo Horizonte / MG, 2004.

HERTZBERGER, Herman. **Lições de Arquitetura**. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **CAS - Centro de Atenção à Saúde**. (sem autor)

Disponível em: <http://www.hu.ufjf.br/cas.html>

Acesso em: 30 de julho de 2005.

IBÁÑEZ, Nelson; MARSIGLIA, Regina. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. Cap. 2. p. 49 a 71. Organização: Ana Maria Canesqui. Ed. HUCITEC. FAPESP. São Paulo, 2000.

LIMA, Darcy Roberto Andrade; SMITHFIELD, Robert Willian. **Manual de História da Medicina**. Capítulos de 8 a 10. Editora Medin – Rio de Janeiro, 1986.

LÜCK, Heloísa; **Pedagogia Interdisciplinar: fundamentos teóricos metodológicos**. Ed. Vozes. Petrópolis/RJ, 1994.

MACHADO, Nilson José. **Educação: projetos e valores**. 5ª ed. Cap. 1 e 4. p. 1 a 37 e 115 a 146. São Paulo: Escrituras Editora, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Cap. 1, p. 19 a 91. 4ª ed. HUCITEC-ABRASCO São Paulo – Rio de Janeiro, 1999.

MENDONÇA JÚNIOR, Acrycio Henriques de. **O Hospital Universitário**. Editorial. p. 97, 98 e 99. HE REVISTA. Órgão Oficial do Centro de Estudos do H.E. da UFJF. Juiz de Fora / MG . Vol. 1 Nº 2, 1974.

_____, Acrycio Henriques de; TEIXEIRA, Carlos de Oliveira. **Um Pouco da Vida do Hospital-Escola da UFJF. O Hospital de Ensino**. p. 187,188 e 189. HE REVISTA. Órgão Oficial do Centro de Estudos do H.E. da UFJF. Juiz de Fora / MG .Vol. 1 Nº 2, 1974

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Arquitetura**. São Paulo: CEDAS, 1993.

MIRSHAWKA, Victor. **Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994. Cap. 2, p. 15 a 32.

MOURÃO, Carlos Alberto Júnior. **Evolução das Políticas Públicas de Saúde – Da Constituição de 1988 à NOAS / SUS 2002**. s.d.

OLIVEIRA, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa; SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de. **A Saúde no Brasil: Trajetórias de uma Política Assistencial**. Capítulo do livro "Odontologia Social: textos selecionados", publicado pelo Curso de Mestrado em Odontologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Editora UFRN.Natal / RN, 1998.

Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_saucol/sau_bra.pdf

Acesso em: 03/04/2005

PENNA, Ana Cláudia Meirelles; RHEINGANTZ, Paulo Afonso. **Ambiente Construído e Promoção da Saúde: o Caso do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Fiocruz / RJ**. Artigo em CD. A Arquitetura Hospitalar. Revista PROPEC-IAB / MG. Nº1.Belo Horizonte / MG, 2004.

PESSINI, Léo. **Que hospital para o século XXI?** Revista O mundo da saúde. Ano 22 v.22, nº3. São Paulo, 1998.

PIMENTEL, Marcos Alfredo. Educação Médica. **Novas Necessidades do Ensino Médico.** p. 21 a 25. HE REVISTA. Órgão Oficial do Centro de Estudos do H.E. da UFJF. Juiz de Fora, / MG. Vol. 11 N° 1. 1984.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUIZ DE FORA. **Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Juiz De Fora.** Juiz de Fora / MG : FUNALFA Edições, 2004.

RASMUSSEN, Steen Eiler. **Arquitetura Vivenciada.** 2ed.São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Relatório Gestão 1994 / 1998. **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFJF,** Juiz de Fora, 1998.

RIBEIRO, Cláudia Regina Vial. **A dimensão simbólica da arquitetura: parâmetros intangíveis do espaço concreto.** Cap. 1 p. 17 a 37. Belo Horizonte / MG: FUMEC-FACE, 2003.

ROCHA, Ana; VEIGA, Alberto Nogueira. **Arquitetura e o Saber Médico: A Repercussão Arquitetônica e Urbanística das Descobertas Científicas no Campo da Medicina.** Artigo em CD. A Arquitetura Hospitalar. Revista PROPEC-IAB / MG. Nº1. Belo Horizonte / MG, 2004.

RODRIGUEZ, Eleutério Neto. **A Faculdade de Ciências da Saúde da Unb em Busca de Atualização de sua Missão.** Divulgação em saúde para debate.nº 28. Brasília: MS, 2003.

Disponível em: <http://www.unb.br/fs/reorg5.htm>

Acesso em: 10/04/05

SANTOS, Maria da Penha dos. **A Formação Humanista dos Profissionais da Área de Saúde.** P. 207 a 211. HE REVISTA. Órgão Oficial do Centro de Estudos do H.E. da UFJF. Juiz de fora / MG. Vol. 15 nº 3. 1988.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **Pequena História da Medicina Brasileira.** Coleção Buriti. Cap. 7 ao 12. São Paulo Editora S.A. São Paulo, 1966.

SOUZA, Ronaldo. **Educação Superior e Ensino Médico no Brasil**. Minas Gerais.

Disponível em:

http://www.campusvirtual.br/palavra_ronaldo.php?PHPSESSID=99467afaad04de214786e54c5dcdd46

Acesso em: 10/04/2005

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos Para Curar: Arquitetura Hospitalar e Processo Projetual no Brasil**. Dissertação de Mestrado UFRJ / PROARQ / Programa de Pós Graduação em Arquitetura. Orientação Vicente Del Rio. Referência f. 156. Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – FAU. Rio de Janeiro, 2002.

ZEVI, Bruno. **Saber ver a arquitetura**. 5ed. Cap.2, p.17-28. São Paulo: Martins Fontes,1996.

APÊNDICE

Apêndice I (Modelo de Entrevista)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E ANÁLISE DA DEMANDA DE ESPAÇOS ARQUITETÔNICOS EM HOSPITAL DE ENSINO

Waina Bella de Castro Junqueira – Arquiteta da Diretoria de Logística/UFJF

Mestranda da PROARQ/ FAU/UFRJ

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____

Formação Profissional:

Graduação _____

Pós-Graduação () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

Cargo: _____ Tempo em exercício: _____

1-Na sua opinião o currículo do seu curso é bom?

() sim () não

2-O currículo do seu curso está atual?

() sim () não

3-Existem mudanças propostas ou perspectivas que elas ocorram?

() sim

Quais?

() não

4-O currículo atual atende às expectativas de formação do aluno para o mercado de trabalho?

() sim () não

Porque?

5-A respeito da conduta pedagógica e das bases conceituais que estão calcadas à formação do aluno e a estrutura curricular no seu curso, responda:

a)O curso tem um viés especialista ou generalista?

b)Tem um enfoque específico da profissão ou de trabalho multidisciplinar?

c)Tem um caráter de formação regional ou geral?

d) Visa atender a programas de saúde coletiva?

e) Busca formar profissionais direcionados para atuação prática ou para atuarem em pesquisas?

f) Trabalha com o aluno os aspectos sociais de uma forma geral (política de saúde, problemas brasileiros, etc.) ou exclusivamente disciplinas técnico-profissionais?

g) O seu curso está adequado à Política de Saúde em vigor no Brasil (Vigilância à Saúde, Prevenção)?

h) No seu curso, a atualização de tecnologia instrumental é importante para a formação do aluno?

sim não

Porque?

i) Como você classificaria o suporte técnico e tecnológico do seu curso?

ótimo bom regular ruim

Porque?

j) Você tem algo a acrescentar quanto à conduta pedagógica no seu curso?

6-Seu curso utiliza o HU?

sim não

Quais as necessidades no HU?

Teria necessidade ou seria importante utilizá-lo?

sim não

Porque?

7-Você tem alguma idéia a respeito de que maneira se chegou ao programa do Centro de Atenção à Saúde?

sim relate.

não

8-E sobre os conceitos que o respaldam?

sim não

Quais?

9-Você tem uma opinião formada sobre a diferença do programa do CAS para o programa do HU?

10-Na sua opinião, quais os rumos a serem tomados futuramente no currículo, dentro das condições previstas e infra-estrutura de pessoal e material da UFJF?

11-As condições da UFJF permitem a aplicação do currículo atual proposto? E no caso de futuras mudanças, continuará atendendo?

12-É possível trabalhar de forma multidisciplinar, ou interdisciplinar, ou transdisciplinar com o currículo do seu curso? Quais os possíveis rumos destes conceitos no seu curso?

13-Uma estrutura curricular, independente da estrutura física (laboratórios, equipamentos, instrumentação, manutenção, etc.), permite adotar uma posição de vanguarda na formação do aluno pela UFJF?

14-Há interesse em adotar esta estrutura de vanguarda profissional?

() sim () não

Porque?

15-É importante e quais os convênios que o seu curso, através da UFJF tem com outras Instituições (municipais, estaduais, federais, particulares, filantrópicas) para a consolidação da formação profissional?(Exemplo: estágios, residência, pesquisa, extensão, etc.)

16-Como a arquitetura de uma unidade de saúde (clínica, hospital, faculdade etc.) pode atender às aspirações conceituais de formação do aluno no seu curso, tanto no que se refere aos aspectos curriculares existente, quanto das proposições futuras? Em outros termos como a estrutura espacial de sua unidade deve ser em termos de humanização dos ambientes (dimensionamento físico, setorização, conforto ambiental, segurança física, conforto visual e psicológico, entre outras)?

17-Qual é a demanda de espaço dentro de um hospital de ensino para consolidar um programa de graduação e de pós-graduação do seu curso?

18-A instituição oferece pós-graduação na área de abrangência desse curso? Quais?

19-Em que ponto do currículo, a deficiência de espaço pode prejudicar aos programas de ensino?

20-Qual a demanda de espaço para o ensino dentro do atual Hospital Universitário - HU? Quais?

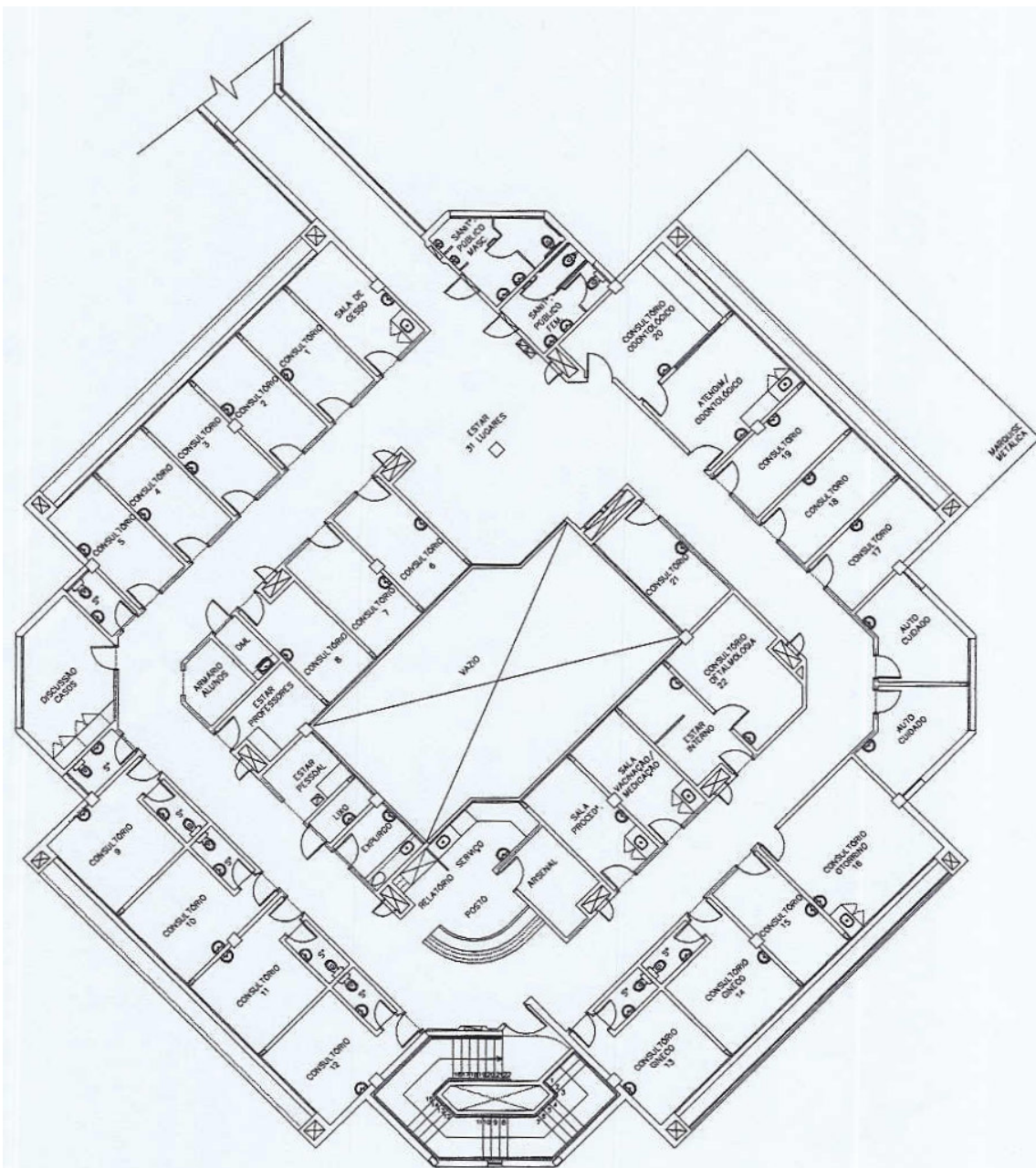
21-Ao seu ver, o CAS, futuramente irá satisfazer essas demandas existentes e as reprimidas?

ANEXOS

Anexo II

Fotografias externas do HU –CAS (Fonte UFJF)

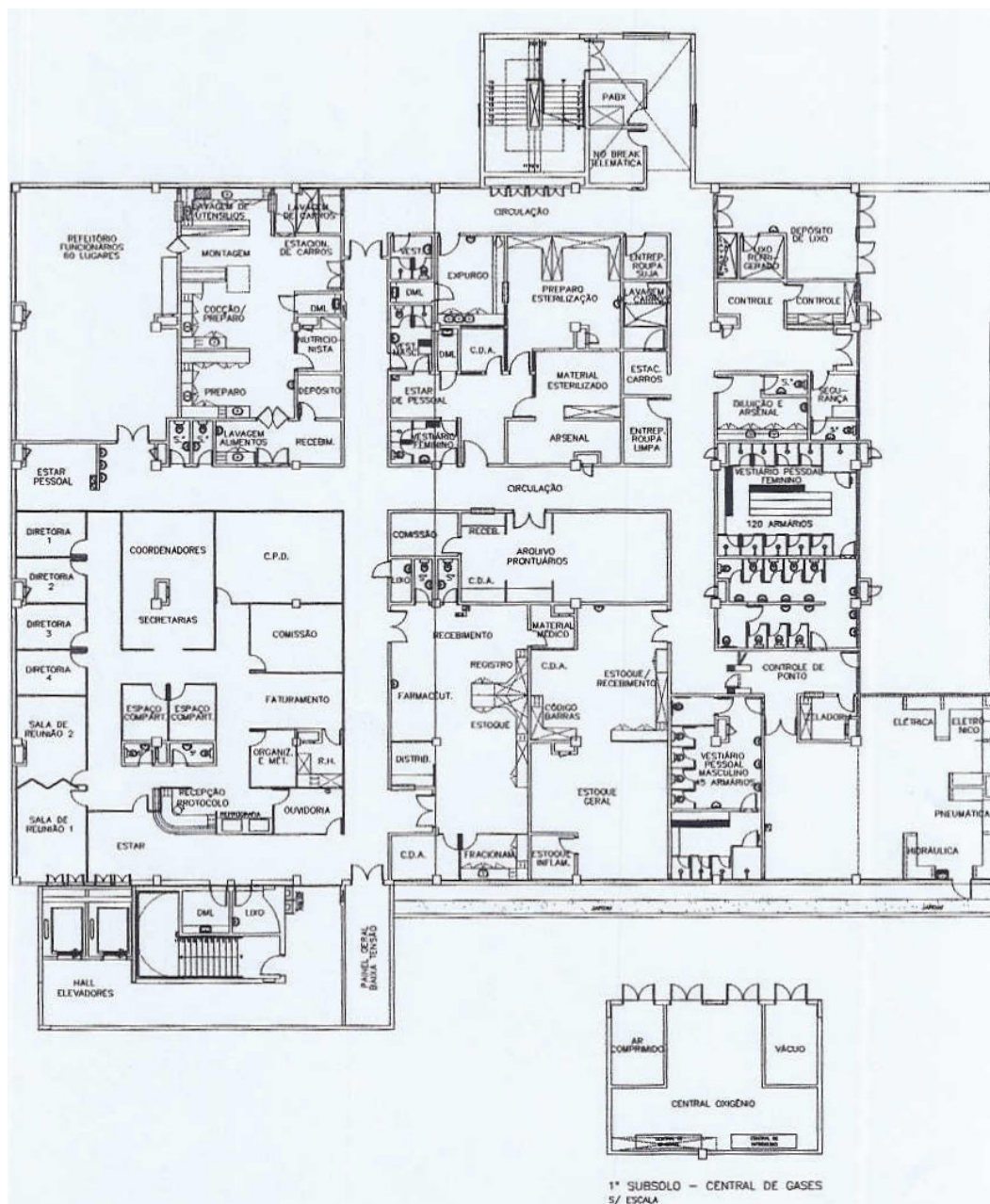




UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



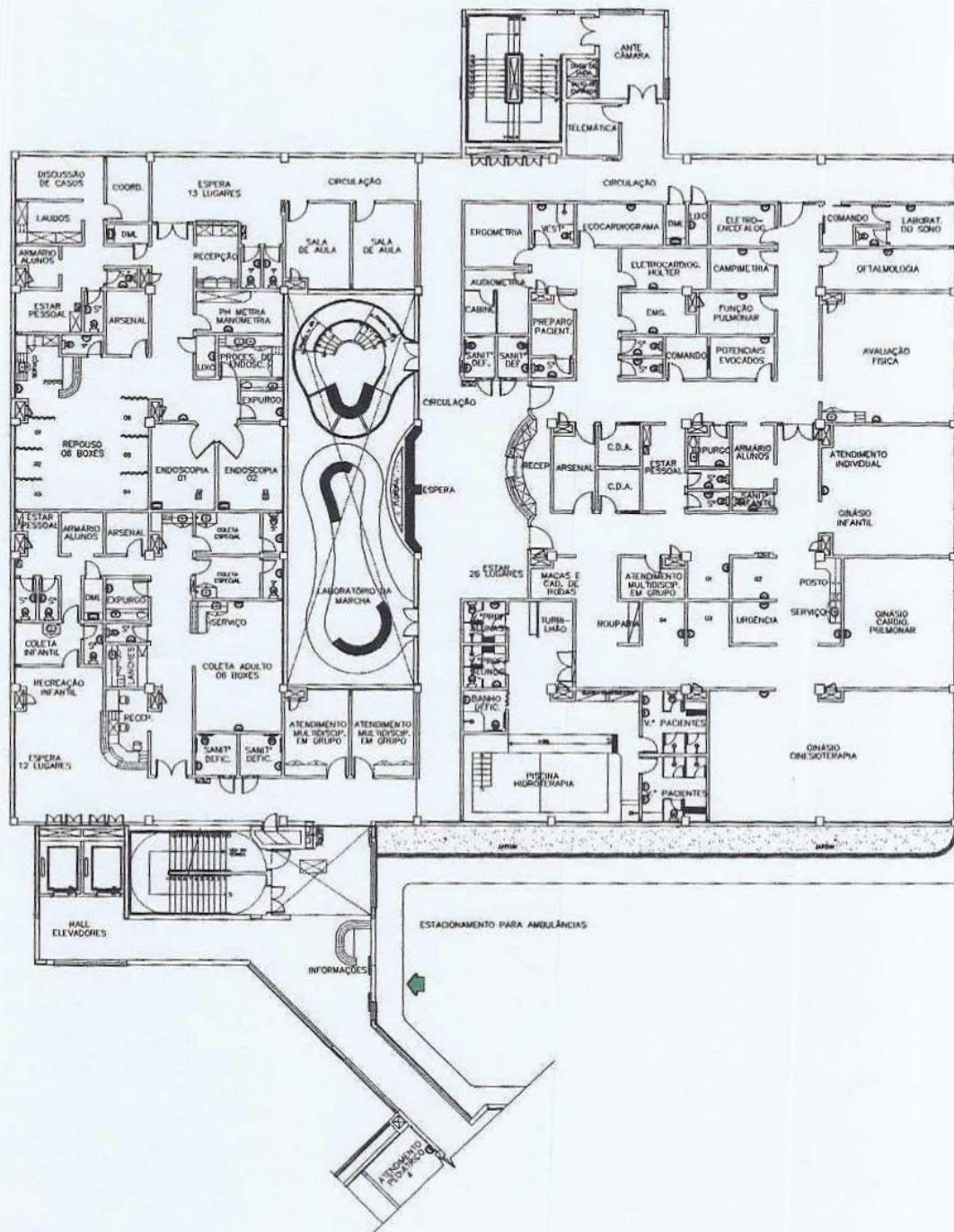
CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE
BLOCO—A/2º PAV.
01/09/03—S/ESCALA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



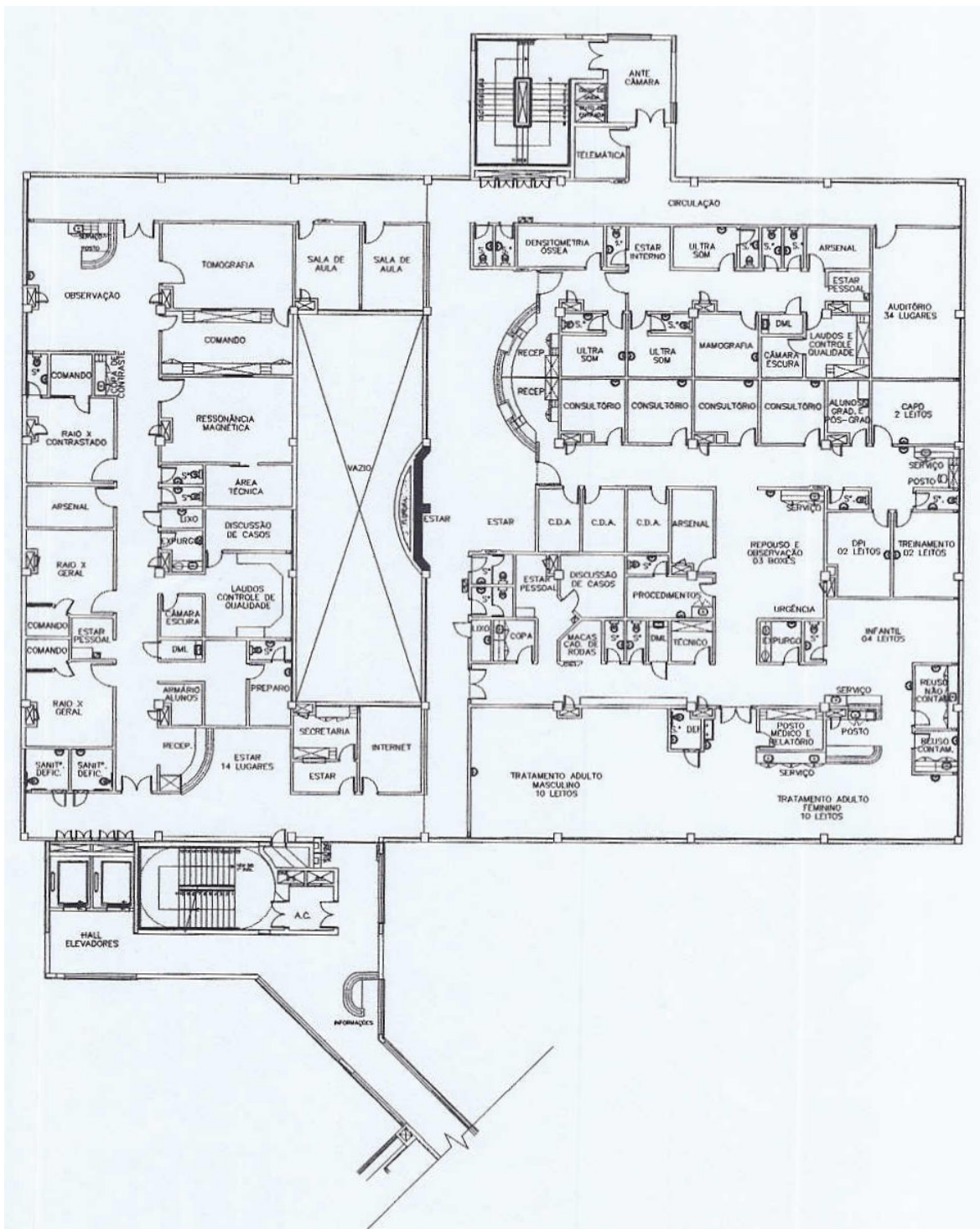
CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE
BLOCO-B/TÉRREO
01/09/03-S/ESCALA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



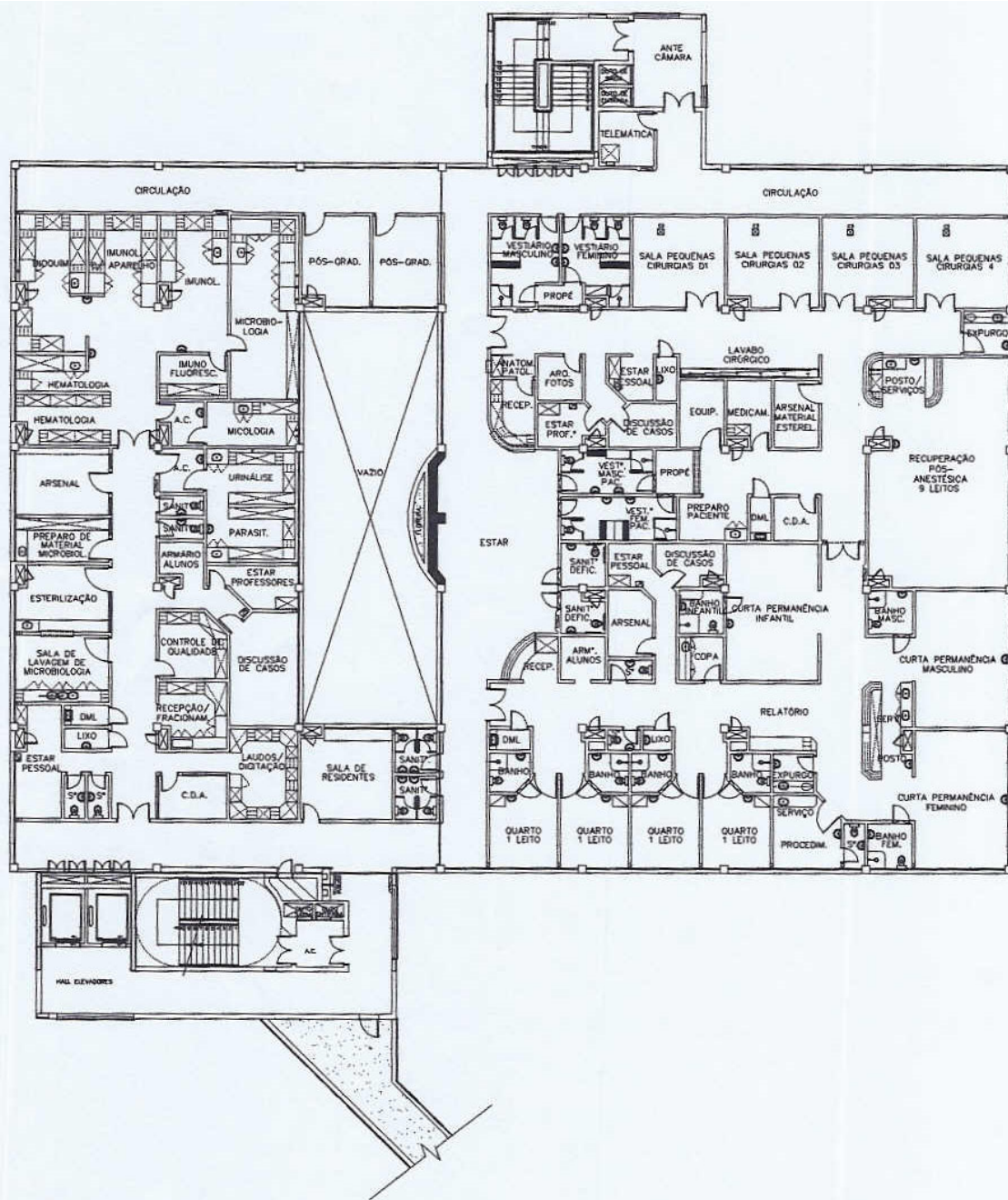
CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE
BLOCO-B/1º PAV.
01/09/03-S/ESCALA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE
 BLOCO-B/2º PAV.
 01/09/03-S/ESCALA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

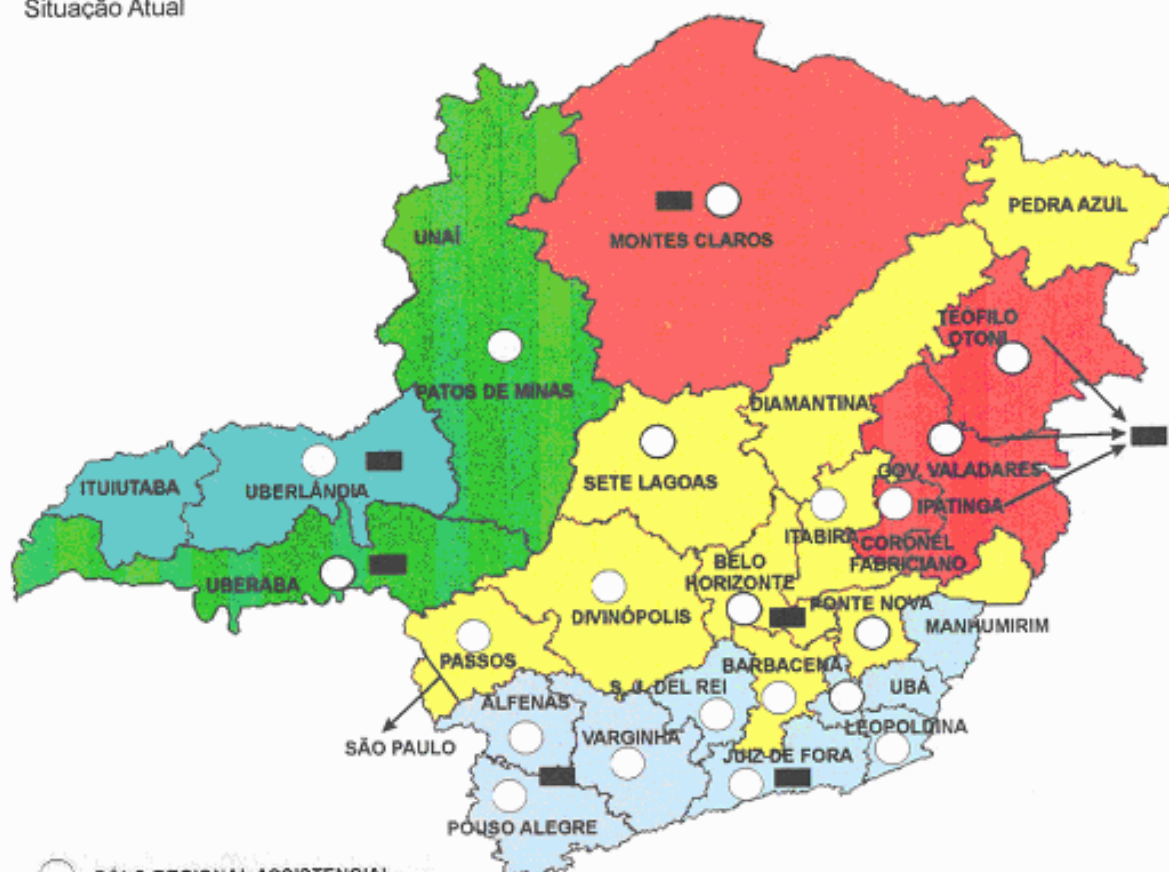


CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE
 BLOCO-B/3º PAV.
 01/09/03-S/ESCALA

Anexo IV

PÓLOS MACRORREGIONAIS PPI - Assistencial 2001/2002

Situação Atual



○ PÓLO REGIONAL ASSISTENCIAL

■ PÓLO MACRORREGIONAL

MUNICÍPIOS PÓLOS MACRORREGIONAIS:

- . Alfenas/Varginha/Pouso Alegre
- . Ipatinga/Gov. Valadares/Teófilo Otoni
- . Juiz de Fora
- . Montes claros
- . Uberaba
- . Uberlândia

* Belo Horizonte - Pólo Estadual

Fonte: PPI 2001 - 2002

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)