

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE
CURSO DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Joana D'arc Moreira da Silva

**REFLEXÕES DOS ELEMENTOS DA CARTILHA DE AMBIÊNCIA DO
HUMANIZASUS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES E DEMAIS USUÁRIOS
DOS ESPAÇOS HOSPITALARES.**

RIO DE JANEIRO

2009

INTRODUÇÃO

A influência dos elementos da Cartilha de Ambiência (BRASIL, 2004a), do HumanizaSUS na saúde do trabalhador e dos demais usuários que compõem os espaços dos ambientes hospitalares traz como objetivos proporcionar uma reflexão de como estes elementos podem contemplar a saúde do trabalhador e dos demais usuários dos espaços hospitalares; a descrição dos elementos da Cartilha de Ambiência do HumanizaSUS, que possibilitam a construção da ambiência do ambiente hospitalar e favorecem a compreensão dos diversos espaços existentes no ambiente hospitalar.

Esta pesquisa pode contribuir de maneira significativa para se compreender a relevância do tema para o bem-estar social. Ao refletir sobre o ambiente hospitalar se entende que a sociedade pode vir a sofrer direta e/ou indiretas implicações, como, por exemplo, aumento da morbidade, atendimento precário e uma conseqüente ineficácia na resolução dos problemas de saúde da população.

Estas conseqüências podem ser decorrentes muitas vezes da ausência de profissionais de saúde em condições de oferecer atendimentos adequados devido à inexistência de espaços físicos que favoreçam a otimização do atendimento humanizado e falta de implementação de políticas humanizadoras de saúde, possivelmente provenientes da gestão do espaço hospitalar, pois a qualidade de vida da população pode ser comprometida à medida que os gestores não possuam uma visão integral do que é saúde.

Uma instituição de saúde não pode primar pela saúde apenas dos usuários de seus serviços, mas deve garantir também a saúde dos seus trabalhadores, pois saúde não é direito de alguns, e sim de todos. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, 1988, p. 8)

Portanto, ao final da leitura destaca-se aqui a necessidade da constituição da ambiência nos espaços hospitalares, pois segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) a ambiência busca construir ambientes capazes de entender e atender as subjetividades dos sujeitos que se utilizam desses espaços, a fim de priorizar um atendimento de qualidade.

A metodologia empregada neste trabalho é a pesquisa bibliográfica, com enfoque nos conceitos e nas teorias dos temas levantados e discutidos. Este foi constituído a partir de uma criteriosa análise e seleção de textos, artigos, livros e estudos que foram utilizados como forma de apoio ao desenvolvimento da monografia, além de sítios de reconhecida confiabilidade. Através destes estudos busquei conhecer e explorar o tema que me propus a discutir e, a partir deles, fazer questionamentos e proposições que permitiram enriquecer o trabalho, sendo possível com isso à construção de um pensamento, uma reflexão, sobre o assunto aqui abordado.

Ao longo da elaboração da monografia foram descritos os conceitos e elementos que norteiam o presente tema que se apresenta como inovador no campo da saúde, e que merece ser trabalhado de forma a esclarecer e explicitar os seus princípios que são de grande importância para a obtenção de uma nova visão na área da saúde, uma visão ampliada, visão esta que se torna mais do que desejada, necessária para a mudança do atual quadro existente nos ambientes de saúde.

CAPÍTULO 1 - BREVE HISTÓRICO DA ARQUITETURA HOSPITALAR

Ao longo da Antiguidade e da Idade Média, verifica-se que “a assistência aos enfermos era prestada, em caráter oficial, pelos sacerdotes das ordens religiosas ou, informalmente, por leigos, que praticavam o que poderia se chamar de uma *medicina popular*” (TOLEDO, 2006, p. 17)

Segundo Toledo (2006) a *medicina oficial* se dava dentro dos templos e mosteiros, porém era considerada uma atividade secundária, pois o objetivo principal constituía-se de obrigações e ordens religiosas.

Já a medicina popular “tinha como lócus o mercado, as vizinhanças do templo ou qualquer outro lugar onde a multidão pudesse se reunir para assistir ao ‘espetáculo’ da extração de um dente ou da amputação de um membro gangrenado” (TOLEDO, 2006, p. 17)

Os edifícios que prestavam cuidados a saúde tinham a função de oferecer abrigo e hospedagem aos peregrinos, estivessem os mesmos enfermos ou sadios, que passavam pelas trilhas das cruzadas, onde estavam localizadas as denominadas *abadias*¹.

Nessa época a arquitetura desses edifícios “era a nave da igreja cristã, articulada em layouts de formato quadrado fortemente influenciados pelos claustros” (MIQUELIN, 1992, p. 27)

De acordo com Toledo (2006) além de servir como hospedaria, era um local de confinamento, de isolamento e exclusão para viajantes e dos mais pobres que estavam enfermos e aguardavam eventualmente a morte. Percebe-se então que:

“Nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina. As séries hospital e medicina permaneceram, portanto, independentes até meados do séc. XVIII” (FOUCAULT, 1979, p. 103)

Os edifícios objetivavam “mais a proteção dos que estavam fora do que o atendimento para os pacientes que estavam sob custódia” (MIQUELIN, 1992, p. 27), já que para a sociedade, os mesmos ofereciam riscos sociais, mentais e epidemiológicos, sendo tais males interpretados como um golpe do destino, atrelados a questões espirituais.

O período do Renascimento (século XIV) não só representou mudanças ideológicas, políticas e artísticas como também influenciou a arquitetura hospitalar, repercutindo em novos modelos arquitetônicos, como o claustro, rodeado de galerias e corredores, e os modelos em

¹ As abadias são conventos cristãos, geralmente católicos e governados por abades ou abadessas (PEIXOTO, 2009).

forma de cruz, “T”, “L”, “U” e quadrados.

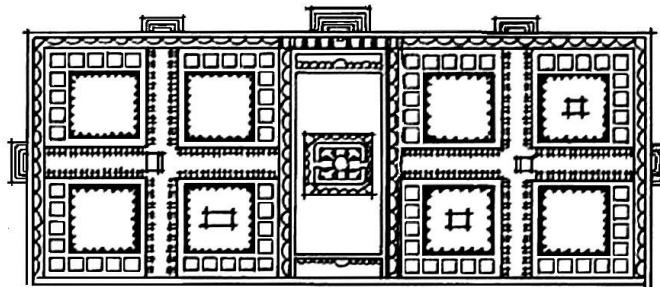


Fig. 1 – Ospedale Maggiore de Milão – principal hospital do Renascimento
Fonte: Miquelin, 1992, p. 41

Só a partir do século XVIII, por meio de avanços significativos para a medicina, que a atribuição funcional designada ao hospital foi se modificando, ao vinculá-lo não mais com a morte e encarceramento e sim com a vida e práticas medicinais, deixando a doença de ser encarada como punição e golpe do destino e passando a ser entendida como um fator patológico.

Surgiu assim o conceito de *hospital terapêutico*, propondo e definindo novas práticas e reflexões de ordem funcional e espacial quanto à arquitetura hospitalar, o que deu origem aos primeiros processos projetuais dedicados às edificações hospitalares, que segundo Foucault (1979, p. 99) se desenvolveram por meio de pesquisas sistemáticas em hospitais europeus, feitas pelo inglês John Horward e pelo francês Tenon, a pedido da Academia de Ciências, como forma de subsídio à reconstrução do Hôtel Dieu de Paris, que passou por dois incêndios (início e final do séc. XVIII), como retrata Foucault:

“O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (FOUCAULT, 1979, p. 99)

Os resultados revelaram a precariedade das unidades hospitalares pesquisadas, relacionando as elevadas taxas de mortalidade, os procedimentos médicos e os de enfermagem praticados no hospital com as características espaciais do mesmo, dos quais diagnosticaram as unidades, orientando para novos rumos, mediante programas de reforma, reconstrução, baseado no que havia de melhor entres os hospitais pesquisados. (TOLEDO, 2006, p. 19)

Desta forma, “os índices de insucesso e de cura das unidades hospitalares são, assim,

pela primeira vez avaliados à luz das questões espaciais” (TOLEDO, 2006, p. 20), valorizando a arquitetura hospitalar, que passa a ser entendida como uma ferramenta fundamental no processo de cura. Como é retratado por Foulcaut:

“A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura do mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. Esta é a primeira característica da transformação do hospital no final do século XVIII” (FOULCAULT, 1979, p. 109)

A partir de então muitas providências foram tomadas, dentre as quais “a separação dos pacientes internados em um mesmo hospital, segundo suas patologias e a construção de hospitais com menor número de leitos, voltados para o tratamento de enfermidades específicas” (TOLEDO, 2006, p. 20), dando origem ao *hospital especializado*.

Segundo Toledo (2009) o novo hospital é “uma resposta do século XIX às questões levantadas no século anterior”. Surge, por exemplo, em Londres, a partir de 1800, hospitais especializados em Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Doenças do Tórax, Câncer e Ortopedia.

Então a partir do século XIX, as edificações hospitalares em bloco e em cruz são condenadas, apresentando-se como alternativa um novo modelo hospitalar, o *hospital pavilhonar*, “considerado como a solução arquitetônica ideal, numa época em que os trabalhos de Pasteur, sobre o papel das bactérias como agente de enfermidades, e os de Koch, sobre os perigos do contágio, recomendavam o afastamento ou isolamento de pacientes que sofriam de enfermidades potencialmente contagiosas” (TOLEDO, 2006, p. 20). Apesar disso,

“os miasmas ainda eram considerados por muitos como os principais responsáveis pela transmissão de doenças” (TOLEDO, 2006, p. 21), surgindo outra nova preocupação relevante, a renovação do ar, que foi sugerida por meio de construções de paredes com seção em arco, pelo engenheiro Casimir Tollet (1892), mas a sua contribuição não se limitou apenas a isso, “estudando de forma sistemática o espaçamento das camas, às condições de insolação e ventilação das alas, as instalações de calefação, a circulação do ar, custos por paciente e coeficientes de mortalidade, comparando os resultados obtidos com parâmetros internacionais”. (TOLEDO, 2006, p. 21)

A partir da construção do *hospital Laribosière* de Paris, no século XIX, ocorreu grande aceitação e concretização do modelo pavilhonar na Europa (TOLEDO, 2006) e foi defendida por Florence Nighingale, cujas “idéias revolucionárias sobre técnicas de enfermagem na segunda metade do século XIX, ajudariam a reduzir drasticamente as taxas de mortalidade nos hospitais”. (TOLEDO, 2006, p. 23)

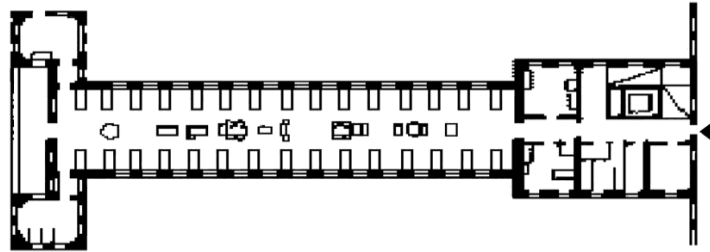


Fig. 2 – Enfermaria “Nightingale”
Fonte: Miquelin, 1992, p. 47

Enquanto isso “na América do Norte o modelo começava a ser substituído por um novo paradigma: o partido arquitetônico, de bloco compacto, com vários pisos, também conhecido como monobloco vertical” (TOLEDO, 2006, p. 23). Este novo modelo incorporava duas importantes inovações tecnológicas na construção de edificações: o uso do concreto armado e de elevadores, capazes de reduzir os longos percursos impostos, principalmente aos médicos e às enfermeiras, pelos extensos corredores dos hospitais pavilhonares, alvo de críticas por esse motivo, pelo alto custo da implantação desse modelo, por ocupar grandes áreas de terreno, por uma cobertura de eficiência térmica expressiva, que pode onerar a implantação e a manutenção desta e segundo Miquelin (1992, p. 53) pelo fato dos “processos terapêuticos” estarem diminuindo ligeiramente a média de permanência dos pacientes internados, proporcionado pelas favoráveis condições ambientais, como a presença de jardins, iluminação e ventilação natural.

O novo modelo arquitetônico, o monobloco vertical, permitia então significativas economias no que se refere também à construção do edifício hospitalar, através da racionalização dos sistemas, da reunião de serviços em unidades funcionais comuns.

A partir de então o espaço hospitalar se tornou cada vez mais complexo fisicamente e em sua organização. Isto se deve a incorporação de técnicas e tecnologias avançadas, pois o mesmo necessita de grandes investimentos para ser construído, equipado e mantido adequadamente, se tornando possível atender as demandas funcionais que lhes competem de forma segura, confortável e eficaz. Só então o espaço físico pôde ser entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais.

A partir disto para que tais processos se dêem da melhor maneira possível, o ambiente deve proporcionar a sensação ou o sentimento de acolhimento tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

CAPÍTULO 2 – HUMANIZAÇÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA DO AMBIENTE

HOSPITALAR

No Brasil, o Ministério da Saúde decidiu priorizar o atendimento com qualidade levando em consideração que espaço físico hospitalar não é um espaço de confinamento, frio e sem vida, feito apenas de paredes, piso e teto; mas também de pessoas que nele se relacionam que visam e buscam um principal objetivo - a produção da saúde. Para que o MS alcance a decisão acima, é necessário que o espaço possibilite a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho, que o espaço vise a confortabilidade, privacidade e individualismo, levando-se em consideração elementos que interagem com o homem e que exercem influências direta ou indiretamente sobre ele, como o cheiro, a cor, o som, a iluminação e outros, garantindo conforto aos trabalhadores e recuperação dos usuários, favorecendo a um atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Logo defender a idéia de trabalhar a ambiência é "ressignificar o espaço do Hospital" (TERAPIA DO RISO, 2009).

Existem componentes que modificam e qualificam o espaço, dando uma outra essência ao mesmo, pois o ambiente hospitalar é um espaço de integralização humana e porque não adequá-lo ao contexto humano, tornando-o agradável e acolhedor. Afinal, as pessoas nele inseridas não devem ser privadas de suas subjetividades.

Com isso o Ministério da Saúde preconizou tais necessidades por meio da Cartilha de Ambiência, publicada em 2004. A ambiência se refere ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenções acolhedoras, humanas e resolutivas, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço. (BRASIL, 2004a). A referida Cartilha apresenta os principais elementos que contribuem significativamente no processo de produção de saúde, resignificando o espaço de maneira singela e singular. Estes são: a morfologia, a luz, o cheiro, o som, a sinestesia, a arte, a cor, o tratamento das áreas externas, a privacidade e individualidade.

É evidente o desafio para estruturar este modelo, pela dificuldade em se quebrar os velhos paradigmas e conceitos interiorizados nas organizações, onde todos os profissionais e usuários se comprometam a promover um novo modelo de gestão, centrado na humanização e no compromisso de todos com a produção de saúde, pois a essência do ser humano no mundo capitalista ao qual estamos inseridos foi substituída pela necessidade de cura de doença e pela alta valorização da tecnologia. A tecnologia e a humanização deverão ser combinadas, interligadas, no desafio de atender as necessidades singulares, como ponto de partida para

qualquer intervenção hospitalar, promovendo o acolhimento do usuário, a humanização do atendimento e do ambiente, quebrando os paradigmas, valorizando o profissional e o usuário inserindo-o ao seio familiar hospitalar, como elo para a recuperação e participação.

Dentro da política de humanização, os profissionais de saúde também têm suas necessidades entendidas para que os mesmos possam assistir aos usuários de forma adequada.

Com a política de humanização e sua implantação em diversos hospitais se busca valorizar e garantir o direito a saúde dos trabalhadores, podendo através dessa valorização e garantia desencadear positivos resultados, como o aumento da efetividade e resolutividade do atendimento. É importante que as novas unidades de saúde adiram ao ideário humanístico da saúde e invistam na implantação de planos de desenvolvimento profissional e pessoal, fortalecimento das relações interpessoais no trabalho e programas específicos de promoção e prevenção da saúde física e mental dos profissionais.

No campo da gestão apresentamos a gestão participativa com o olhar da humanização, pois o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b, p. 6) compreende que gestão participativa ou co-gestão “é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores”.

Sendo assim a co-gestão poderá contribuir com a ambiência, ao ajustar as subjetividades dos sujeitos que irão usufruir do espaço, através da colaboração e opinião de todos, constituindo um verdadeiro trabalho em equipe.

CAPÍTULO 3 – ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO

Os seres humanos ao longo de sua vida criam e organizam os seus espaços, com diferentes medidas e formas, podendo ser na sociedade indivíduos conscientes de algumas fronteiras, que visam realizar objetivos comuns.

Nesse sentido ao pensarmos nos espaços hospitalares podemos entender que o hospital é um estabelecimento onde se constituem relações multiprofissionais e interdisciplinares, onde existe uma interação contínua entre diversas áreas, que fazem parte de uma mesma organização, e que possuem o mesmo objetivo.

Por espaço Zevi (*apud* ALVES, 2004, p. 2-3) afirma que “as quatro fachadas de um edifício constituem apenas a caixa dentro da qual está encerrada a jóia arquitetônica, isto é, o espaço (do latim *spatium*) que se traduz na distância entre dois pontos, ou área ou o volume entre limites determinados”. Se diferenciando do significado de lugar que segundo ALVES (2004, p. 3) é o “espaço ocupado”, ou seja, só a partir da presença do homem, de sua ocupação ou habitação, o espaço se tornará um lugar.

Contudo outros conceitos são trazidos por alguns autores que buscam diferenciar espaço de lugar não se limitando apenas a etimologia.

Zevi (*apud* ALVES, 2004) reconhece que o tempo é um novo elemento que difere lugar de espaço. Tuan (*apud* ALVES, 2004) diz que quanto maior for o tempo que se habitar um lugar, maior será a afeição estabelecida com ele. Christian Norberg-Schulz considera que “o lugar é a concreta manifestação do habitar humano” (*apud* ALVES, 2004). Auge (*apud* ALVES, 2004) denominou de não-lugar, quando o espaço não se define “nem como identitário, nem como relacional, nem como histórico”.

Assim, concluí-se que o espaço só se torna lugar na presença do homem que o ocupa, considerando que o tempo que o mesmo habita, estabelecerá a afeição entre eles.

Voltando tal reflexão para os espaços hospitalares, entendemos que a política de humanização visa transformá-los em lugares, para que a prestação de assistência acolha as subjetividades e singularidades dos usuários e dos profissionais.

Portanto para que o hospital atinja seus objetivos é necessário que haja organização nos espaços construídos, já que é a partir deles que a produção de saúde começará a ser refletida.

Objetivando um melhor entendimento do conceito de organização do espaço, Freitas e Lopes (2008) apresentam um desmembramento do Espaço Construído, termo usado em arquitetura, em três espaços distintos: Espaço Edificado, Espaço Instalado e Espaço Ocupado.

3.1 – ESPAÇO EDIFICADO

O espaço edificado se relaciona com a forma arquitetônica. Encontramos na defesa de Azevedo Neto (2004) a definição do espaço edificado que se refere às plantas do projeto executivo onde devem ser identificados todos os aspectos necessários para a existência do edifício de saúde, inclusive o partido arquitetônico. A partir disto Freitas e Lopes (2008) entendem que o espaço edificado pode se ramificar em arquitetura de concepção e em arquitetura de intervenção.

3.1.1 – Arquitetura de Concepção

Góes (2004) define que a arquitetura de concepção está associada à axonometria das tipologias mais usadas no projeto do edifício hospitalar, ao descrever tipologia do edifício ou, partido arquitetônico, apresentando duas formas de edificação: verticais e horizontais subdividindo-se verticalmente em: torre simples, torre dupla, torre radial e bloco, lâminas verticais e monólito vertical e horizontalmente em: pente e pavilhão, lâminas isoladas articuladas, pátio expandido, pátio compacto, monobloco horizontal.

Entende-se então que para se caracterizar dentro do conceito de ambiência como arquitetura de concepção, as plantas do projeto executivo deverão ser compostas pelas subjetividades dos usuários

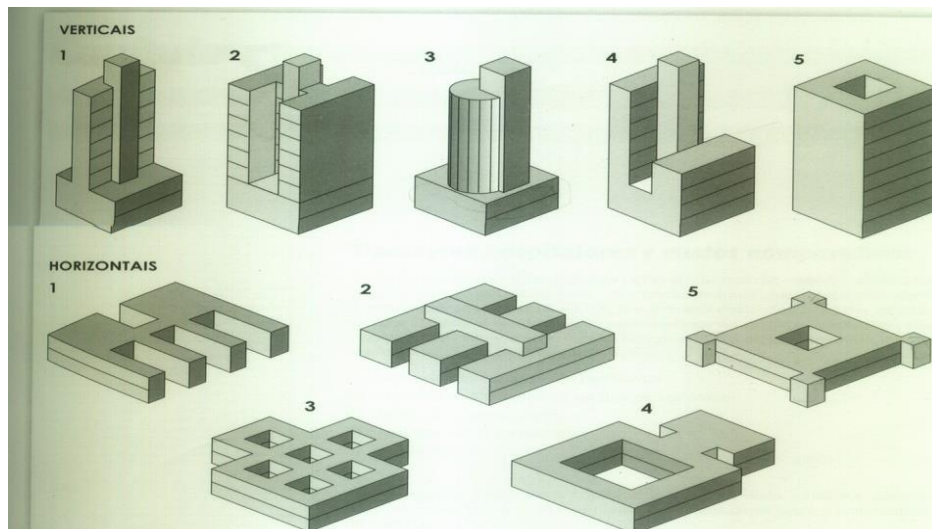


Fig. 3 – Tipologias mais usadas no projeto do edifício hospitalar

Fonte: Góes, 2004, p. 47

3.1.2 – Arquitetura de Intervenção

Visto que os estabelecimentos de saúde visam proporcionar saúde integral aos usuários e aos seus profissionais, é necessário que os mesmos estejam devidamente preparados em sua estrutura física para a prestação de serviços. É preciso então que haja intervenções em sua estrutura ao longo de sua vida útil, para que assim seja garantida a sua constante melhoria, modernizando suas instalações, conservando ou restaurando, porém sempre objetivando torná-lo confortável, seguro e acessível a toda população.

Portanto, sabe-se que ao longo dos anos o edifício acaba se deteriorando naturalmente, devido aos agentes naturais dos quais estão sujeitos, como por exemplo, chuva, vento, frio, calor, etc ou tecnologicamente, pois novas construções surgem sendo amparadas muitas vezes por inovações tecnológicas, desvalorizando as antigas. Contudo, nem sempre o edifício é construído de forma que venha a favorecer futuros projetos que visem intervenções flexíveis, sustentáveis e eficazes, para que não gerarem futuros desperdícios mensuráveis e imensuráveis.

Então o espaço edificado se ramificará também em arquitetura de intervenção que é entendida como “qualquer tipo de atuação que se pode fazer em um edifício ou em uma arquitetura” (FLEMMING & QUALHARINI, 2007), interferindo na estrutura para a sua

manutenção ou melhoria, por não ter havido cuidado com a mesma ou por causa de seu tempo de existência. Para os ergonomistas Freitas e Lopes (2008) tais intervenções podem ser feitas de algumas formas: por meio da *conservação*, da *restauração* e do *retrofit*, que serão descritas abaixo:

A *conservação* busca medidas e métodos para assegurar a preservação e a proteção de características históricas e culturais de um patrimônio e, por conseguinte o espaço que o envolve, remetendo à importância que os mesmos tem para o povo, a historicidade da sua construção e a influência na cultura local, como por exemplo, através do tombamento, que consiste numa forma regulamentada por lei e sob a proteção do governo de preservar essas construções. (FLEMMING & QUALHARINI, 2007)

A *restauração* faz intervenções referentes a patrimônios históricos buscando restabelecer e resgatar a imagem de alguma fase anterior, para retomar a concepção original ou para retomar um momento importante da história da edificação. Entretanto, pode-se associar tal medida como uma forma de implementação de novas técnicas, novos materiais ou novos estilos contemporâneos que não deixam de manter vivas as características originais, para que assim a história e a cultura trabalhem em parceria com avanços tecnológicos, sem com que um invada o espaço da outro, diferentemente da reforma, que não tem a preocupação em manter as características originais do patrimônio. (FLEMMING & QUALHARINI, 2007)

O *retrofit* é uma forma de intervenção empregada na engenharia civil que visa modernizar e atualizar tecnologicamente as edificações antigas, sem modificar o seu uso, para assim valorizá-las e prolongar a sua vida útil, conforto e funcionalidade. (FLEMMING & QUALHARINI, 2007)

3.2 – ESPAÇO INSTALADO

Os serviços na área da saúde têm alcançado um enorme avanço científico e tecnológico, porém tal evolução não tem sido correspondente quando diz respeito ao atendimento de subjetividades humanas por meio de instalações arquitetônicas dos estabelecimentos de saúde, ou seja, o espaço instalado, como retrata o engenheiro Azevedo Neto:

O espaço instalado irá agregar os sistemas funcionais prediais tais como o sistema de instalações hidráulicas e sanitárias; sistemas de instalações elétricas; sistemas de instalações eletrônicas, sistemas de instalações eletrônicas; sistemas de instalações mecânicas e de utilidades; sistemas de instalações de prevenção e combate a incêndios e sistemas de instalações

de ventilação mecânica sendo os elementos de análise o inventário dos pontos de instalações que possuem importância vital para todo o hospital. (AZEVEDO NETO, 2004, p.20)

E foi buscando atender as necessidades de subjetividades com relação ao espaço arquitetônico que o Ministério da Saúde preconizou a Cartilha de Ambiência do HumanizaSUS, que trouxe ferramentas facilitadoras da arquitetura responsáveis por construir e traduzir o espaço aspirado pelos profissionais de saúde e pelos usuários, humanizando o mesmo e indo muito além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia, ressaltando os produtos das instalações como sendo “elementos que interagem com o homem” – a dizer cor, cheiro, som, iluminação, morfologia... - e garantindo o conforto de trabalhadores, de pacientes e sua rede social. (BRASIL, 2004a)

Freitas e Lopes (2008) ressaltam que os elementos que compõem o espaço instalado citado por Azevedo Neto (2004), fazem parte do conteúdo da Cartilha de Ambiência (BRASIL, 2004a).

3.2.1 – ELEMENTOS HUMANIZADORES DA CARTILHA DE AMBIÊNCIA DO HUMANIZASUS.

Para melhor entendimento apresentamos abaixo cada elemento citado acima, necessários à constituição da ambiência hospitalar.

A *Morfologia* se refere “as formas, dimensões e volumes que configuram e criam espaços”. (BRASIL, 2004a, p. 8), cuja configuração e criação devem propiciar por meio destes, beleza ao ambiente e funcionalidade ao que o mesmo se destina, harmonizando a estética e a função, para que através desse conjunto se desperte satisfação e bem-estar nos sujeitos que o ocupar, sendo usuários, profissionais, visitantes, etc., sempre relevando as subjetividades dos mesmos e garantidos a confortabilidade deles.



Fig. 4 – UTI pediátrica do Hospital de Santa Catarina
Fonte: Hospital Arquitetura, 2010

A *Luz*, a iluminação, seja natural ou artificial, é caracterizada pela incidência, quantidade e qualidade. Além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais aconchegante quando exploramos os desenhos e sombras que proporcionam. A iluminação artificial pode ser trabalhada em sua disposição garantindo privacidade aos pacientes com focos individuais nas enfermarias, facilitando as atividades dos trabalhadores e também a dos pacientes. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes que permitirem, lembrando sempre que todo paciente tem direito a noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol. (BRASIL, 2004a, p. 8)



Fig. 5 – Reabilitação e Fisioterapia do Hospital de Santa Catarina
Fonte: Hospital Arquitetura, 2010



Fig. 6 – Iluminação em corredor
Fonte: Hospital Arquitetura, 2010

O *Cheiro* não é um fator visualmente perceptível, porém está presente a todo instante no ambiente hospitalar, compondo-o e exercendo forte influência sobre a saúde e o bem-estar das pessoas que ali estão. Por esta razão a Cartilha de Ambiência “considera os odores que podem compor o ambiente” (BRASIL, 2004a, p. 9) e que provém de diversas fontes, como por exemplo, do metabolismo humano (respiração, suor, etc), suas roupas, as substâncias químicas usadas nos hospitais, fumaça de cigarro, fumaça de veículos (que entra nos primeiros ambientes do hospital), cozinhas, banheiros, lavabos, maquinários, entre outros (TOLEDO, 1999).

Portanto percebe-se que o ar absorve os odores que circulam no ambiente, tornando indispensável que algumas providências sejam tomadas através de devidos tratamentos por meio de alguns mecanismos, que dependerão da estrutura e das funções que cada ambiente desempenha, para então procederem de forma adequada e resolutive, como através da ventilação mecânica, que conta com equipamentos (ventiladores) que se encarregam de fazer a exaustão do ar pelos dutos e de expeli-lo, ou a ventilação natural, onde não há utilização de ventiladores mecânicos, garantindo a saída de ar pelos dutos através do efeito chaminé, contando também com a ação dos ventos. Os dois procedimentos buscam garantir uma boa ventilação no ambiente, que deverá proporcionar a purificação e a renovação de ar.

E através da limpeza do ambiente e de toda a rouparia, a disposição de certos objetos, o controle de dispersão dos odores das cozinhas e banheiros, a correta manipulação de produtos químicos, a manutenção e limpeza de ventiladores, a projeção estrutural adequada do edifício levando em consideração fatores climáticos que abrangem a região, para torná-lo sustentável e menos oneroso, entre outros.

Objetivando que a adesão a estes diversos processos possa alcançar um sistema eficiente e um ambiente harmônico e saudável, possibilitando a prestação de serviços de saúde a toda população.

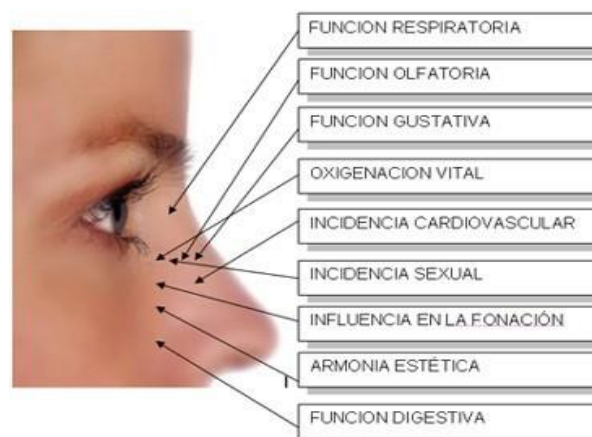


Fig. 8 – Órgão Olfativo
Fonte: Centro Médico Teknon, 2010

O **Som** é definido como “qualquer perturbação vibratória em um meio elástico, que produza sensação auditiva” (MERLUZE *apud* BRASIL, 2006, p. 10). E de acordo com o MS (BRASIL, 2006, p. 10) o mesmo “é utilizado para descrever sensações prazerosas”, já que a música consegue abranger diversas dimensões humanas, como a biológica, a mental, a emocional e a espiritual e ao longo da história da humanidade e da própria Medicina tem sido utilizada para fins terapêuticos, tendo sua utilização se iniciado com Florence Nightingale, enfermeira que se destacou na segunda metade do século XIX, por defender a idéia de que a deficiência dos hospitais provinha dos inadequados padrões de iluminação e ventilação naturais e também da falta de área mínima por leitos, sendo assim ela estabeleceu normas e dimensões que originaram a chamada “enfermaria Nighingale”. (MIQUELIN, 1992)

A Cartilha de Ambiência afirma que “podemos propor a utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas” (BRASIL, 2004a, p. 9), tendo em vista, principalmente a redução do estresse e ansiedade, passou a ser utilizada em diversas situações clínicas e no controle da dor sua utilização também tem sido apontada.

Contudo, o som deve ser proporcionado “de acordo com seus parâmetros de altura (medida Hertz – Hz), intensidade (medida em decibéis – dB)” (SILVA, 2008, p. 11), com o tempo de exposição e efeitos combinados com outros fatores de risco, como fatores químicos ou vibração (SILVA *apud* BRASIL, 2006, p. 10), porque se extrapolado os limites suportados pela audição humana, se transformara em ruído, que diferentemente do som “é usado para descrever sons indesejáveis ou desagradáveis, o que traz um aspecto de subjetividade à sua definição”. (BRASIL, 2006, p.10) e poderá ocasionar “trauma acústico, lesando, temporária ou definitivamente, diversas estruturas do ouvido”. (BRASIL, 2006, p. 11)



Fig. 9 – Forros acústicos
Fonte: Hospital Arquitetura, 2010



Fig. 10 - Efeito do ruído no organismo humano
Fonte: VIERIA, 1997, p. 1

A *Sinestesia* diz respeito “à percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas” (BRASIL, 2004a, p. 9), podendo tais movimentos ser voluntários, ou seja, que dependam da vontade humana para acontecerem como o andar, o correr, o comer, o dançar, etc e os involuntários que não dependem da vontade e sim da necessidade que o organismo tem para que se mantenha vivo, como os batimentos cardíacos e a respiração.

Concluí-se então que os movimentos são essenciais à vida humana e que são eles que nos deixam interagir com o ambiente.

Entretanto, no auxílio à percepção das superfícies e texturas, ou seja, do ambiente, precisará contar com os sentidos, que são: visão, olfato, paladar, tato e audição.

Portanto, Papanek (1995), remete-se aos sentidos da seguinte maneira:

“Somos dotados de cinco sentidos e possuímos nervos sensoriais que nos indicam a posição e o movimento do corpo em relação a um espaço (sinestesia); possuímos receptores termomusculares que registram calor e frio, temos reacções micromusculares visíveis e involuntárias que os psicólogos registram quando vemos desportos ou quadros (sensibilidade muscular táctil); o “terceiro olho” (intuição) e muito mais. É na interação de todos os

nossos sentidos que podemos realmente começar a ver – a experimentar”. (PAPANЕК, 1995, p. 85)

Entendemos assim que os sentidos têm a ver com a subjetividade e que existe uma importância singular que existe na forma que cada pessoa sente e percebe o espaço, e por isso é necessário contribuir para que haja satisfação sensorial em cada indivíduo.



Fig. 12 – Piso Tátil
Fonte: Catálogo Hospitalar, 2010

A *Arte* funciona “como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas” (BRASIL, 2004a, p. 9), ou seja, a arte tem o poder de exteriorizar os sentimentos do artista, construídos com as inúmeras experiências vividas, além de ser considerada uma forma de comunicação e de expressão muito antiga, onde demonstram hábitos, pensamentos, culturas, momentos históricos que ficam registrados nas mais variadas formas de artes, eternizando as emoções de quem as produziu e os acontecimentos históricos. Possibilitando que outras gerações compartilhem e compreendam o desenvolvimento dos métodos e dos povos, seja socialmente, culturalmente, politicamente ou economicamente.

Portanto, segundo Freitas e Lopes (2008) considerar as aspirações dos usuários para produzir a arte nos espaços de saúde se torna necessário. Os mesmos autores compreendem que quando a arte é executada por usuários do espaço, expressa a cultura que é característica desse espaço, além de ser melhor apreciada.

Por isso a arte é entendida como um instrumento dotado de subjetividade, que interage os espaços com os sujeitos, transmitindo sensações e influência no estado dos mesmos.

O gosto das pessoas é diferente uma das outras, pois é o resultado da soma da história de vida de cada um, assim, o que se recomenda é a utilização de obras dos artistas locais, nos edifícios de saúde, como uma das ferramentas de transformação do ambiente hospitalar em um espaço humanizado e acolhedor, respeitando a cultura local. (FREITAS e LOPES, 2008)



Fig. 13 – Laminado decorativo
Fonte: Hospitalar Arquitetura, 2010



Fig. 14 – Sala de quimioterapia
Fonte: O Globo, 2010

A **Cor** de acordo com Lacy (1996) pode “transformar, animar e modificar totalmente um ambiente, alterando a comunicação, as atitudes e a aparência das pessoas presentes; a cor pode acalmar, reduzir o stress, atualmente um dos principais fatores causadores de doenças e a violência ou aumentar a vitalidade e a energia”.

Segundo Carlton Wagner, diretor do Wagner Institute for Color Research, de Santa Barbara, Califórnia, a cor exerce forte influência sob as pessoas, demonstrando que a ação de olhar para certas cores realmente provoca mudanças físicas no ser humano, mesmo que a maioria ignore tal fato. Visto que:

“As pesquisas demonstraram que, quando uma pessoa vê uma cor da qual gosta, todo o seu sistema orgânico fica relaxado. Ela muda o seu modo de ver as coisas e torna-se mais otimista – vendo a vida de modo diferente. Alguns cientistas estão achando que é possível alterar a estrutura molecular de todas as substâncias bioquímicas das plantas, animais e seres humanos pela exposição deles às cores”. (LACY, 1996, p.14)

Como uma forma de confirmar estas descobertas, David Rainey, Ph.D. da Universidade John Carrol de Ohio relatou o efeito que o ato de olhar a cor vermelha causa, estimulando o sistema glandular e aumentando a frequência cardíaca, a pressão arterial e o ritmo respiratório, porém quando se usa uma tonalidade clara de vermelho, cria-se uma atmosfera aconchegante, exercendo um efeito relaxante sob as pessoas. Assim como ocorre com o uso excessivo de tons de azul que pode evocar os piores medos de uma pessoa, fato que pode parecer estranho, já que o azul é considerado uma cor terapêutica por seu poder de acalmar, tranquilizar e

até anestesiá-lo. O que se quer dizer com esses exemplos comparativos é que todas as cores têm atributos contrários. (LACY, 1996)

Contudo “uma quantidade exagerada de cores, padrões e desenhos podem, por exemplo, criar desarmonia no ambiente”. Por isso a combinação de cores deve ser harmoniosa e equilibrada a fim de não criar um ar confuso ao ambiente (COSTI, 2002, p. 82).

Deve-se atentar para o fato de que “a cor só existe porque há luz” (COSTI, 2002, p. 82), porque “muitos cientistas já concordam que toda matéria é constituída de partículas de luz; luz é energia e energia é cor”. (LACY, 1996, p.14) Ou seja, é preciso considerar sempre a incidência de luz, para que assim as cores juntamente com a iluminação proporcionem impressões adequadas aos indivíduos, de acordo com a função adquirida pelo espaço.

De acordo com a Cartilha de Ambiência (BRASIL, 2004a, p. 9), “as cores estimulam nossos sentidos e podem nos encorajar ao relaxamento, ao trabalho, ao divertimento ou ao movimento. Podem nos fazer sentir mais calor ou frio, alegria ou tristeza. Utilizando cores que ajudam a refletir ou absorver luz, podemos compensar sua falta ou minimizar seu excesso”.

Buscar tornar o espaço hospitalar um lugar agradável para todos que dele desfrutem, é o que a escolha e a harmonia das cores adequadas possivelmente proporcionarão.



Fig. 15: Disco cromático
Fonte: Alcolore, 2008



Fig. 16: Cores claras e suaves
Fonte: Hospital Arquitetura

O *Tratamento das Áreas Externas* é preconizado porque “este se faz necessário já que além de porta de entrada, se constitui muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de “estar” de pacientes ou de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de estar e relaxamento”. (BRASIL, 2004 a, p. 10), proporcionando lugares que levam a uma primeira impressão positiva ou não quanto à instituição e também favoráveis à comunicação entre os sujeitos, com a instituição, locais de socialização de informações, de experiências e de desejos.

Por isso a porta de entrada de um hospital deve ser estruturada de forma agradável, pois muitas vezes são locais de espera, que devem oferecer conforto e bem-estar a todos que ali se encontram, seja por meio de programas recreativos os e que ao mesmo tempo favoreçam a saúde, como atividades de ginásticas relaxantes, oficinas de artes, momentos de cidadania, entre outros que visem à integração social ou através do paisagismo, usado como ferramenta de fundamental importância para a re-qualificação e valorização do ambiente construído, aproximando o ambiente natural dos valores humanos, oferecendo conforto físico e psicológico aos indivíduos através da implantação de vegetação natural nos locais, através de jardins, canteiros.

Mostrando que a unidade de saúde trabalha tanto na assistência como no bem-estar das pessoas, podendo se tornar parte da comunidade local e um lugar agradável para se visitar (LACY, 1996), desmistificando para a população que o hospital não é sinônimo de doença e morte, mas sim de saúde e vida.



Fig. 17 – Sala de espera
Fonte: Hospital Arquitetura, 2010



Fig. 18 - Paisagismo
Fonte: Hospital Arquitetura, 2010

Privacidade e Individualidade respectivamente dizem respeito à proteção da intimidade do paciente que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias ou até mesmo com cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e ao mesmo tempo possibilitando atendimento personalizado. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico. A arquitetura tem também seu papel no respeito à individualidade quando se propõe, por exemplo, a criar ambientes que ofereçam ao paciente espaço para seus pertences, para acolher sua rede social, dentre outros cuidados que permitam ao usuário preservar sua identidade (BRASIL, 2004a, p.10).



Fig. 19 - Cortina divisória de leitos
Fonte: Grande anúncio, 2010



Fig.20 – Portas deslizantes
Fonte: Hospitalar Arquitetura, 2010

3.3 – ESPAÇO OCUPADO

Távora (2007) admitiu a idéia de Espaço Ocupado, pressupondo que este esteja atrelado à apropriação do ser humano. Freitas e Lopes (2008) apresentam três eixos fundamentais no espaço ocupado: a Promoção da Saúde, a Recuperação do Paciente e a Saúde do Trabalhador.

O que quer dizer que o espaço ocupado é a fase que consiste na inserção das pessoas no hospital, para que estas usufruam da edificação e das instalações, dependendo dos outros dois tipos de espaços para assim promover a saúde e confortabilidade e por conseqüência a promoção da saúde, a recuperação do paciente e a saúde do trabalhador, que são os principais protagonistas do ambiente hospitalar, alcançando então a funcionalidade deste.

3.3.1 – Promoção da saúde

É o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (CARTA DE OTAWWA, 1986, p. 1)

Entende-se então que para o processo de saúde ocorrer de forma adequada, não é suficiente apenas garantir a prestação de assistência, objetivando a cura e nem se limitar a melhorias estruturais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. (OMS *apud*

PORTAL MEC, 2010, p. 65)

Então para que este processo se dê “os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”. (CARTA DE OTAWWA, 1986, p. 1), nesse sentido nota-se que para se promover a saúde é necessário que diversos recursos e condições existam, como paz, habitação, alimentação, educação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, ou seja, “exige uma colaboração estreita entre o setor sanitário e outros setores, já que os determinantes do estado de saúde são múltiplos e diversos”. (CARTA DO CARIBE, 1993, p. 1)

A promoção da saúde também se baseia na democratização de informações e de conhecimento, formando cidadãos conscientes. “Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor”. (CARTA DE OTAWWA, 1986, p.3).

Sendo assim o ato de promover a saúde, é uma ação humanizadora, onde os sujeitos têm a liberdade de conhecer, escolher e controlar os fatores determinantes de sua saúde, contribuindo com o processo de gestão de saúde e de prestação de serviço, sempre objetivando garantir a qualidade de vida e saúde da população.

3.3.2 – Recuperação do Paciente

A recuperação do paciente remete a necessidade de criar espaços onde o sujeito possa se identificar e não se isolar, para que ocorra uma recuperação sadia, cabendo então aos estabelecimentos de saúde promovê-lo, pois este fator se relacionado com procedimentos medicinais adequados poderá colaborar para que tal recuperação aconteça de forma mais rápida e sem transtornos.

“Otimizar espaços de saúde, valorizar a cultura local, proporcionar ambientes de trabalho que humanizam e fortalecem as relações, não apenas beneficia os profissionais de saúde, mas também pode colaborar na recuperação dos pacientes, pois todos esses fatores colaboram para redução dos sentimentos ruins por se estar em um hospital e aumenta o bem estar, a auto estima e a vontade de se viver mais. Essa lógica contribui no processo de cura reduzindo os custos do atendimento, tratamento, utilização de equipamentos de exames”. (DAMAS et al *apud* FREITAS e LOPES, 2008, p. 4)

3.3.3 – Saúde do trabalhador

A Saúde do Trabalhador, campo da Saúde Pública é uma área cheia de conflitos, pois contradiz o interesse do capital para a transformação social. Segundo Lacaz (2007, p. 6) esta “busca resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora e agravos à saúde dos trabalhadores, tais como mal-estares, incômodos, desgastes, para além dos acidentes e doenças”. (FREITAS e LOPES, 2008).

Por isso garantir a saúde do cuidador é indispensável, uma vez que consideramos ser fundamental que ele esteja bem consigo mesmo para que trabalhe satisfeito e saudável, assistindo de forma adequada aos usuários.

O trabalho em saúde impõe aos profissionais da área uma rotina carregada de alto grau de tensão que envolve toda a equipe. Os profissionais de saúde devem estar preparados psicologicamente e fisicamente para proporcionar ao usuário um atendimento resolutivo e humanizado. Porém, este caminho pode ser difícil e exaustivo, e é nesse momento que se aponta a preocupação com a saúde dos profissionais de saúde.

Pode-se afirmar que este processo de humanização da atenção coopera para a formação de um profissional que respeita valores e concepções de diferentes culturas. Além de que ajuda e estimula os profissionais a lutar pela valorização e reconhecimento da importância do cuidado de sua saúde, visto que em toda a história da humanidade o foco da atenção sempre foi mais voltado para o cuidado do outro, o ser doente, mas pouco o cuidado ao cuidador.

Chegando a esta discussão faz-se necessário à definição do que venho considerando como cuidado.

O verbo cuidar em português denota atenção, cautela, desvelo, zelo. Assume ainda características de sinônimo de palavras como imaginar, meditar, empregar atenção ou prevenir-se. Porém, representa mais que um momento de atenção. É na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (BOFF, 1999).

Por isso os profissionais da saúde devem ter um cuidado redobrado sobre o seu desenvolvimento emocional e humano, já que este cuidar e ser cuidado envolve relação de gente com gente. E devemos nos debruçar realmente em cima deste propósito, pois se não o ato de cuidar se torna impossível ou uma atividade frustrante que não causará a sensação de prazer do ato de cuidar. Pois, como afirma Martins (apud. DAMAS et al, 2004, p. 275)

“ninguém pode dar ao outro o que não tem, diz um antigo provérbio, é fato, por conseguinte, que seremos mais eficazes na nobre tarefa de cuidar se nos dispusermos a promover o bem estar do outro sem esquecermos do nosso próprio”. O retorno do esforço para a máxima concretização desse propósito de reconhecimento e preparação pode ter um retorno magnífico como o seu próprio desenvolvimento como pessoa que resulta no seu desenvolvimento como profissional. Além de que a tarefa de cuidar é um dever humano.

Um dos grandes desafios que as instituições de saúde enfrentam para aprender a cuidar de quem cuida é difundir e desenvolver nos profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde uma visão diferenciada em direção ao cuidador, permitindo entendê-lo como um profissional que requer cuidados para cuidar com qualidade. Somente a partir de um comprometimento geral de toda a equipe de trabalho humanizada é que teremos sucesso no processo de aprender a cuidar de quem cuida.

CONCLUSÃO

Destaca-se a atuação da Arquitetura como uma ferramenta facilitadora à saúde e humanizadora do espaço hospitalar, que neste sentido poderá influenciar nos aspectos físico, biológico e psicológico dos usuários. Sendo assim, a produção de saúde ocorrerá adequadamente se os procedimentos medicinais caminharem em parceria com a arquitetura, conforme foi comprovado ao longo dos anos por estudiosos através de suas observações e pesquisas.

Por meio da constatação da relação existente entre o espaço físico e a produção de saúde, o Ministério da Saúde preconizou a modificação e a qualificação dos estabelecimentos de saúde, visando torná-los humanizados, acolhedores e resolutivos, buscando a confortabilidade dos trabalhadores e a recuperação dos usuários, por meio da Cartilha de Ambiência, publicada em 2004, que apresenta os principais elementos que constituem o espaço humanizado, que busca valorizar os trabalhadores e os usuários. No entanto, a Humanização dependerá da vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes de transformação da realidade hospitalar e da participação dos usuários e trabalhadores.

A organização do Espaço Construído em três espaços distintos: Espaço Edificado, Espaço Instalado e Espaço Ocupado, certamente favorece a compreensão dos diversos espaços existentes no ambiente hospitalar, já que é a partir dele que a produção de saúde se realiza.

Compreende-se a influência e a importância que os elementos da Cartilha de Ambiência exercem na saúde dos usuários e também na dos trabalhadores que compõe o espaço hospitalar, porque uma instituição de saúde não pode primar pela saúde apenas dos usuários de seus serviços, mas deve garantir também a saúde dos seus trabalhadores, pois saúde não é direito de alguns, e sim de todos.

Entende-se que a Cartilha de Ambiência busca não só cumprir as normas e legislações estabelecidas pelas esferas governamentais para os espaços de saúde, mas também para atender as necessidades e singularidades desses atores, de forma integral (bio-psico-social).

Portanto, ao final da leitura destaca-se aqui a necessidade da constituição da ambiência nos espaços hospitalares, pois segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) busca construir ambientes capazes de entender e atender as subjetividades dos sujeitos que se utilizam desses espaços, a fim de priorizar um atendimento de qualidade e a fundamental

sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita a lógica do ideário deste processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCOLORE. ITTEN.JPG. Disco Cromático, 2008. Altura: 350 pixels. Largura: 220 pixels. 20560 bytes. Formato JPEG. Disponível em:
<http://www.alcolore.it/i_colori/colori/il_colore2.htm> Acesso em: 13/12/08
- ALVES, Luiz Augusto dos Reis. O conceito de lugar. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2004.
- AZEVEDO NETO, Francisco de Paula Bueno de. Desenvolvimento de Tecnologia de Gestão para Ambientes Hospitalares, o caso do Instituto Fernandes Figueiras - FIOCRUZ. Dissertação de mestrado profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ, 2004.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra** – 14ª ed. – Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas . **Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair)**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_0444_M.pdf> Acesso em: 26/12/09.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Cartilha de Ambiência**. Brasília, 2004a. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_1163_FL.pdf>
Acesso em: 22/03/09.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Gestão Participativa – Co-Gestão**. Brasília, 2004b. Disponível em: < <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/Humaniza.pdf> > Acesso em: 20/12/09
- CARTA DE OTTAWA. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uplo-adArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 05/10/09

- CARTA DO CARIBE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1993. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_caribe.pdf> Acesso em 20/12/09
- CATÁLOGO HOSPITALAR, **Piso Tátil**, 2010. Disponível em: <<http://catalogohospitalar.com.br/img/produtos/2191/01.jpg>> Acesso em: 04/01/2010
- CENTRO MÉDICO TEKNON. **Orgão Olfativo**, 2010. Disponível em: <<http://www.teknon.es/consultorio/colome/imagenes/nariz.jpg>> Acesso em: 04/01/2010
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988. Disponível em: <<http://www.alep.pr.gov.br/system/files/corpo/Con1988br.pdf>> Acesso em: 05/10/09.
- COSTEIRA, E. M. A. **A Arquitetura e o Hospital do Futuro**. 2006. Disponível em: <http://www.flexeventos.com.br/detalhe_01.asp?url=palestra01_08.asp> Acesso em: 09/07/09.
- COSTI, Marilice. **A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 256p.
- DAMAS, K.C.A; MUNARI, D.B; SIQUEIRA, K.M. **Cuidando do Cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade**. Revista Eletrônica da Enfermagem, v.06, M. 02, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/811/928>> Acesso em 20/12/09.
- FLEMMING, Liane; QUALHARINI, Eduardo. **Intervenções em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI): a terminologia apropriada**. 2007. Disponível em: <www.cesec.ufpr.br/workshop2007/Artigo-56.pdf> Acesso em: 09/07/09.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1979. Disponível em <www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/microfisica.pdf> Acesso em: 29/06/09.
- FREITAS, I. B. e LOPES, S. O. F. **Perspectiva do Uso da Ambiência no Contexto do SUS**. Trabalho de Monografia do Curso de Pós Graduação em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – CESTEHE-ENSO-FIOCRUZ, 2008.

- GOÉS, Ronald de. Manual prático de arquitetura hospitalar – 1º edição – São Paulo: Edgard Blücher, 2004.
- GRANDE ANÚNCIO. **Cortina divisória de leitos**, 2010. Disponível em: <[www.-grandeanuncio.com/.../1254884949-1.jpg](http://www.grandeanuncio.com/.../1254884949-1.jpg)> Acesso em: 04/01/2010
- HOSPITAL ARQUITETURA. **Espaços De Saúde Mais Humanos E Adequados Às Necessidades Dos Usuários**, 2010. Disponível em: <http://www.hospitalarquitetura.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=49> Acesso em: 04/01/2010
- _____. **Luminotécnica Cria Conforto Para Pacientes E Reduz Custos Hospitalares**, 2010. Disponível em: <http://www.hospitalarquitetura.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=45&Itemid=1> Acesso em: 04/01/2010
- _____. **Hospital De 150 Anos Rejuvenesce Com Projeto Arquitetônico Que Integra Áreas Pública E Particular**, 2010. Disponível em: <http://www.hospitalarquitetura.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=48> Acesso em: 04/01/2010
- _____. **Novo Laminado Decorativo Faz Sinalização Hospitalar Ganhar Beleza E Funcionalidade**, 2010. Disponível em: <http://www.hospitalarquitetura.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=40&Itemid=1> Acesso em: 04/01/2010
- _____. **Cuidados E Planejamento Evitam Armadilhas Em Áreas Verdes De Hospitais**, 2010. Disponível em: <http://www.hospitalarquitetura.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=46&Itemid=49> Acesso em: 04/01/2010
- _____. **Inovações Arquitetônicas Em UTI Cardiológica Auxiliam Na Recuperação De Pacientes**, 2010. Disponível em: <http://www.hospitalarquitetura.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=1> Acesso em: 04/01/2010
- _____. **Práticos E Flexíveis, Forros Modulares Ganham Espaço No Tratamento Acústico De Hospitais**, 2010. Disponível em: <http://www.hospitalarquitetura.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=1> Acesso em: 04/01/2010

- LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde**. Cad. Saúde Pública. Vol 23, Nº 4, p.757-766, 2007.
- LACY, Marie Louise. **O poder das cores no equilíbrio dos ambientes** – 12ª ed. - São Paulo: Pensamento, 1996.
- MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos Edifícios Hospitalares** – São Paulo: CEDAS, 1992.
- O GLOBO, **Sala De Quimioterapia**, 2010. Disponível em: http://oglobo.globo.com/fotos/2007/12/04/04_MHG_sala.jpg. Acesso em: 04/01/2010
- PAPANNEK, Victor. **Arquitectura e design** – Ecologia e Ética. Portugal: Edições 70,1995.
- PEIXOTO, José Carlos Gonçalves. **Abadias e Mosteiros Beneditinos**. Disponível em: <<http://historiaporumcanudo.blogspot.com/2009/12/abadias-e-mosteiros-beneditinos.html>> Acesso em: 04/01/2010
- PORTAL FLEX. **Retrofit**. 2000. Disponível em: <http://www.flexeventos.com.br/detalhe_01.asp?url=emquestao_retrofit.asp> Acesso em: 09/07/09.
- PORTAL FLEX. **Retrofit**. 2000. Disponível em: <http://www.flexeventos.com.br/detalhe_01.asp?url=emquestao_retrofit.asp> Acesso em: 09/07/09.
- PORTAL MEC. **Saúde**. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf> Acesso em: 04/01/2010.
- SILVA, A. C. **Constituição da Ambiência Hospitalar a partir da Gestão de Coletivos**. Trabalho de Conclusão de Curso de Gestão em Serviços de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. FIOCRUZ, 2008.
- TERAPIA DO RISO. **A Importância do Brincar no Hospital**. Santa Casa Bom Despacho. Disponível em: <<http://www.santacasabomdespacho.com.br>> Acesso em: 21/12/2009

- TÁVORA, Fernando. **Da Organização do Espaço**. 7 ed. Portugal:FAUP, 2007
- TOLEDO, L. C. Feitos para curar: arquitetura hospitalar e processo projectual no Brasil – Rio de Janeiro: ABDEH, 2006.
- VIERA, S. D. G. Estudo Caso: Análise Ergonômica do Trabalho em uma Empresa de Fabricação de Móveis Tubulares. Dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Produção. Florianópolis, 1997. Disponível em: <<http://www.eps.ufsc.br/disserta97/viera/figura/img00003.gif>> Acesso em: 04/01/2010