

ARQUITETURA E HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: APROXIMANDO SABERES E PERSPECTIVAS

ARCHITECTURE AND HEALTH HUMANIZATION: APPROACHING KNOWLEDGE AND PERSPECTIVES

ARQUITECTURA Y HUMANIZACIÓN EN SALUD: APROXIMANDO CONOCIMIENTOS Y PERSPECTIVAS

Luciana de Medeiros¹

RESUMO:

O tema humanização em saúde e o papel do ambiente físico hospitalar no processo de recuperação de pacientes tem assumido importante destaque nas reflexões de diferentes campos do saber. No Brasil, o uso do termo humanização consolidou-se através da implantação de uma política dentro do Sistema Único de Saúde que promoveu uma série de mudanças no cenário de gestão de serviços, projeto e construção de estabelecimentos com diferentes níveis de complexidade. Assim, o artigo proposto apresenta uma discussão a respeito desse movimento e sua relação com a arquitetura, enfatizando teorias e conceitos relevantes para seu estudo, possibilidades de aplicação no projeto arquitetônico e desenvolvimento de pesquisas na área. A partir de revisão narrativa de literatura interdisciplinar, nacional e internacional acerca do assunto, foi possível verificar a influência direta dos estudos pessoa-ambiente e do uso de abordagens qualitativas, baseadas em multimétodos, no conjunto de aspectos recorrentes nos trabalhos produzidos nos últimos anos.

PALAVRAS-CHAVE: Edifícios de atenção à saúde; Humanização; Pesquisa; Projeto arquitetônico

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Fonte de Financiamento:
Não houve

Conflito de Interesse:
Declara não haver.

Ética em Pesquisa:
Declara não haver necessidade.

Submetido em: 30/03/2023
Aceito em: 12/12/2023

How to cite this article:

NOME

SOBRENOME, Inicial do Nome dos autores. Título do Artigo. **Gestão & Tecnologia de Projetos**. São Carlos, v19, n1, 2024. <https://doi.org/10.11606/gtp.v19i1.210108>



ABSTRACT:

The theme of humanization in health and the role of the physical hospital environment in the recovery process of patients has assumed an important emphasis in the reflections of different fields of knowledge. In Brazil, the use of the term humanization was consolidated through the implementation of a policy within the Unified Health System that promoted a series of changes in the scenario of service management, design and construction of establishments with different levels of complexity. Thus, the article presents a discussion about this movement and its relationship with architecture, pointing theories and concepts relevant to its study, possibilities of application in architectural design and development of research in the area. Based on a narrative review of interdisciplinary, national and international literature on the subject, it was possible to verify the direct influence of person-environment studies and the use of qualitative approaches, based on multimethods, in the set of recurrent aspects in the works produced in recent years.

KEYWORDS: Healthcare buildings; Humanization; Research; Architectural design

RESUMEN:

El tema de la humanización en salud y el papel del ambiente físico hospitalario en el proceso de recuperación de los pacientes ha asumido un papel importante en las reflexiones de diferentes campos del saber. En Brasil, el uso del término humanización se consolidó a través de la implementación de una política dentro del Sistema Único de Salud que promovió una serie de cambios en el escenario de gestión de servicios, diseño y construcción de establecimientos con diferentes niveles de complejidad. Así, el artículo presenta una discusión sobre este movimiento y su relación con la arquitectura, enfatizando teorías y conceptos relevantes para su estudio, posibilidades de aplicación en el diseño arquitectónico y desarrollo de investigaciones en el área. A partir de una revisión narrativa de la literatura interdisciplinaria, nacional e internacional sobre el tema, fue posible verificar la influencia directa de los estudios persona-ambiente y el uso de enfoques cualitativos, basados en multimétodos, en el conjunto de aspectos recurrentes en los trabajos producidos en años recientes

PALABRAS CLAVE: Edificios de salud; Humanización; Investigación; Proyecto arquitectónico

INTRODUÇÃO

O movimento de humanização em saúde tem sido amplamente discutido em âmbito nacional, internacional e em diferentes áreas do conhecimento. No Brasil, a oficialização do termo ocorreu no início dos anos 2000, a partir da criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001), visando modificar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos e melhorar a qualidade dos serviços prestados. Em seguida, no ano de 2003, assumiu um caráter mais abrangente e tornou-se Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), com a finalidade de fortalecer os princípios do SUS e a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Também chamada de HumanizaSUS, passou a atuar no incentivo à comunicação entre os todos os envolvidos no sistema, propondo o enfrentamento coletivo às relações de poder, atitudes e práticas desumanizadoras que muitas vezes inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

No que diz respeito aos eixos norteadores das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização está determinada pelas seguintes diretrizes (BRASIL, 2004):

- Acolhimento: construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva;
- Gestão Participativa e cogestão: inclusão de novos sujeitos nos processos de análise/decisão e ampliação das tarefas da gestão;
- Ambiência: criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas;
- Clínica ampliada e compartilhada: uso de ferramentas teóricas e práticas para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença;
- Valorização do Trabalhador: visibilidade à experiência dos trabalhadores e sua inclusão na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho;
- Defesa dos Direitos dos Usuários: reconhecimento desses direitos, assegurando seu cumprimento em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Ressalte-se, assim, que a humanização deve abarcar os aspectos presentes na assistência e gestão dos serviços – relacionados às atitudes dos profissionais de saúde – e englobar características do espaço físico capazes de amenizar o estresse e permitir o desempenho apropriado das atividades previstas. Logo, o entendimento do que seria, de fato, um local humanizado, exigiria a presença de atributos relacionados a múltiplos elementos – organizacionais, humanos, arquitetônicos – que deveriam funcionar sempre em conjunto.

Dentro das ciências humanas e da saúde, as discussões sobre humanização têm apresentado expressivo avanço desde a criação do HumanizaSUS, com destaque aos trabalhos centrados no discurso oficial e definição do termo (DESLANDES, 2004) e aqueles referentes aos conceitos, teorias e perspectivas a ele associados (DESLANDES, 2006; ALMEIDA, 2014; MOREIRA, et. al, 2015). Trata-se de uma área que já vem sendo impulsionada pelas reflexões a respeito do surgimento e implementação do SUS e, conseqüentemente, por um campo teórico-conceitual bastante consolidado. Paralelamente à elaboração de pesquisas acerca da humanização, existe um amplo leque de produções conectando esse objeto à trajetória em curso do SUS (PAIM, et. al., 2011; SOUZA, et. al, 2019; CARNUT; FERRAZ, 2021).

Para o campo da arquitetura, integrante essencial desse movimento, a gradativa expansão dos trabalhos nessa direção no Brasil parece ter correspondido ao tempo de amadurecimento das ações de humanização nos estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) e das pesquisas sobre o assunto. No início do processo, o uso das expressões “espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis”, apontados no conjunto de diretrizes referentes à ambiência, deixava uma grande lacuna acerca de como deveria ser a atuação do arquiteto para humanizar essas edificações. A ausência de uma plataforma teórica própria da arquitetura capaz de fornecer subsídios para uma aplicação mais adequada do termo, provocou algumas inquietações sobre a matéria (LOPES; MEDEIROS, 2004) e reforçou a existência de um tema em aberto, mas relacionado aos elementos capazes de produzir uma boa arquitetura (TOLEDO, 2005).

Progressivamente, a noção de que o espaço físico pode auxiliar o processo de recuperação de pacientes e permitir uma experiência ambiental positiva para os usuários de instituições públicas e privadas, gerou o desenvolvimento de investigações com diferentes enfoques e níveis de aprofundamento. Dentro desse contexto, emergem algumas indagações: que abordagens teórico-metodológicas servem de alicerce para os estudos sobre humanização dos espaços de atenção à saúde? Em que medida são utilizadas nas pesquisas realizadas no Brasil e como avançamos ao longo desses 20 anos?

A partir dessas considerações, objetiva-se discutir a relação entre o movimento de humanização e a arquitetura de EAS, pontuando fatos determinantes para a compreensão desse processo, inserção de saberes e perspectivas de futuro diante de cenários como o da covid-19. O material desenvolvido tem como base uma revisão narrativa de literatura, interáreas, com seleção bibliográfica teórica e empírica representativa para o debate proposto. Assim, o texto aqui apresentado divide-se em duas partes principais, que correspondem às indagações supracitadas. A primeira parte situa o movimento de humanização no contexto de mudanças das políticas de saúde e assinala as contribuições interdisciplinares para a área. A segunda parte apresenta diversos estudos com foco no espaço sócio-físico de EAS, com o intuito de refletir acerca da humanização em arquitetura, formas de condução de pesquisas e sua relação com o projeto.

UM OLHAR INTERDISCIPLINAR SOBRE O MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

O debate em torno das práticas mais humanas em saúde se fundamenta em iniciativas que visam aprimorar a qualidade dos serviços frente ao excesso de impessoalidade e objetividade gerados pela complexidade e tecnologia dos procedimentos médicos. Ademais, manifesta-se em função das críticas ao modelo biomédico vigente - baseado no paradigma cartesiano - e na necessidade de repensar saúde, doença e a relação entre a sociedade e a prestação desses serviços (CAPRA, 1982; REMEN, 1993; NUNES, 2000).

Numa breve contextualização acerca das transformações ocorridas no cenário da saúde em vários países do mundo a partir do período pós-guerras, Verderber e Fine (2000) fazem referência à expansão das construções hospitalares e ao rápido desenvolvimento tecnológico, mas também aos elevados custos destinados ao setor e às críticas ao excesso de padronização e impessoalidade dessas edificações. Todos esses fatores demandaram uma reestruturação das políticas de saúde e da rede física de atendimento, com foco nas necessidades regionais, na descentralização e hierarquização dos serviços e na promoção da saúde - e não só na prevenção de doenças. Com o tempo, a necessidade de conhecer as implicações do espaço hospitalar no comportamento de pacientes e funcionários e em considerar a opinião dos usuários no processo projetual, proporcionaram a difusão das avaliações pós-ocupação e dos estudos acerca da interação entre o homem e seu entorno.

RELAÇÕES PESSOA-AMBIENTE NOS ESPAÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O campo de estudos pessoa-ambiente, também denominado por psicologia ambiental, se ocupa em observar e compreender as interrelações que se estabelecem entre as pessoas e seus entornos. Caracteriza-se pela forma multidimensional ou interdisciplinar com que analisa essa interação, porque aproxima os aspectos relevantes de uma variedade de disciplinas cujos interesses se referem à compreensão do comportamento humano em sua relação com ambientes específicos. Nessa direção, a escolha pelos métodos e técnicas a empregar está baseada no problema e nas circunstâncias nas quais o estudo se desenvolve, podendo ser centrado na pessoa, no lugar ou em ambos, favorecendo a utilização de multimétodos (SOMMER; SOMMER, 1997; ARAGONES; AMERIGO, 1998; GUNTHER; PINHEIRO; ELALI, 2004).

No cenário de atenção à saúde, esses pressupostos forneceram sólidas contribuições para a realização de novos estudos e formas de enxergar o espaço construído. Nesse sentido, as primeiras investigações sobre a relação entre o ambiente físico do hospital e o comportamento dos pacientes foram iniciadas no final dos anos de 1950, através da observação da rotina do local, *layout*, odores, ruídos e padrões de organização espacial (ITTELSON, et. al., 1970; SOMMER, 1973). Favoreceram o nascimento de conceitos como espaço pessoal e territorialidade (SOMMER, 1973), proxêmica (HALL, 1977), privacidade (ALTMAN, 1975), além da criação de uma base teórico-conceitual para a área, acarretando a elaboração de artigos e livros sobre o assunto com a participação psicólogos, arquitetos, antropólogos e geógrafos (PROSHANSKY, 1990; RIVLIN, 1992).

Isto posto, vale destacar o aparecimento de diversos trabalhos, em arquitetura hospitalar, motivados pelos desdobramentos de todas essas questões. A publicação de Carpman e Grant (1993), por exemplo, revela que a estrutura física e organizacional das instituições de saúde pode afetar pacientes – pelo medo relacionado à doença, procedimentos e tratamento – e profissionais de saúde – devido aos aspectos ligados ao cansaço e à satisfação com o trabalho. Para promover o cuidado com os ocupantes do edifício, um projeto humanístico deve se basear na introdução das necessidades e preferências desses usuários para a concepção de novos espaços ou adaptações dos existentes. Assim, no livro “*Design that cares*”, os autores destacam a importância de aspectos como orientabilidade, conforto físico, regulação do contato social e significados simbólicos atribuídos ao local para a qualidade da arquitetura dos ambientes de saúde.

Autores como Malkin (1992) e Linton (1995) introduziram o termo *healing environments* para caracterizar espaços cujo modelo assistencial estaria centrado no cuidado com o paciente e na escolha e controle sobre vários aspectos ligados ao seu tratamento. Linton (1995) explica que o conceito de *healing environment* pode ser determinado por 4 eixos essenciais: os que pertencem à dimensão física externa (ambiente); dimensão física interna (relacionada à saúde física do paciente); dimensão psicoespiritual externa (associada à interação e apoio social); e os que se relacionam à dimensão psicoespiritual interna (atitudes dos próprios pacientes). A noção de *healing*, portanto, reflete um complexo sistema de cuidado com a saúde que depende de um número expressivo de variáveis.

Buscando complementar esse grupo de informações, é importante frisar a Teoria da Restauração da Atenção (*Attention Restoration Theory*), proposta por Kaplan (1995), que trata do conceito da atenção direcionada e sua relação com a recuperação da fadiga mental e redução do estresse. Através da teoria, determinados tipos de ambientes, são denominados de restauradores porque agem positivamente no indivíduo através de 4 características: i) escape – permitem o distanciamento físico ou cognitivo, envolvendo lugares ou sua visualização através de uma janela ou imagem; ii) extensão – permitem a sensação de conexão, de pertencimento; iii) fascinação – despertam atenção de modo involuntário, com muitos

elementos cativantes; iv) compatibilidade – se relacionam com o nível de correspondência entre as metas do indivíduo e o que é encontrado no ambiente. Segundo o autor, os ambientes naturais teriam, portanto, maior probabilidade de atender a cada um dos quatro requisitos de um ambiente restaurador.

Uma das teorias amplamente disseminadas nos estudos pessoa-ambiente no cenário hospitalar é a chamada Teoria do Design de Suporte (*Theory of Supportive Design*), voltada para a capacidade de atuação do ambiente físico sobre o processo terapêutico através da redução dos níveis de estresse (ULRICH, 1991; 2001). Para tanto, 3 aspectos essenciais devem ser levados em consideração na concepção de projeto, construção ou reformas de estabelecimentos assistenciais de saúde, quais sejam: senso de controle; promoção do suporte social; distrações positivas. Cada requisito vincula-se a determinados atributos físicos/arquitetônicos que variam conforme contexto de aplicação, especificidades de público ou restrições técnicas, mas de um modo geral podem ser resumidos conforme a Figura 01. Percebe-se, pois, que essas características estariam diretamente relacionadas às dimensões externas – ambiente e apoio – dos *healing environments* expostos anteriormente e também aos ambientes restauradores.

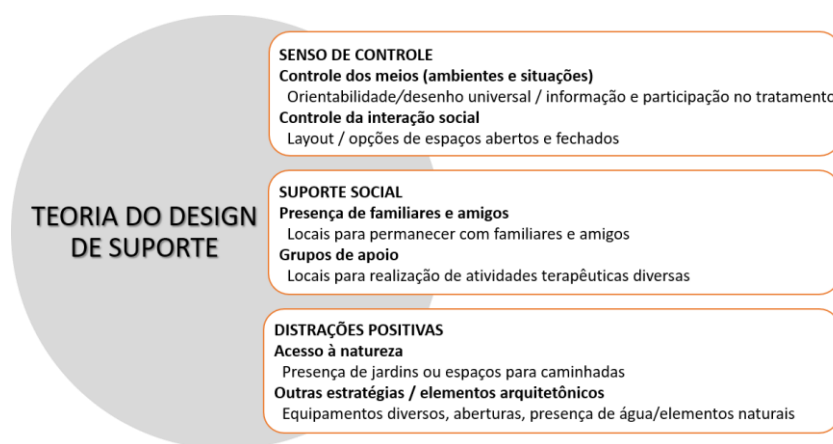


Figura 1. Esquema gráfico – Teoria do Design de Suporte (*Theory of Supportive Design*)

Fonte:
Autor

AMPLIANDO INTERFACES DO CUIDADO COM O PACIENTE

A presença dos termos “cuidado” e “conforto” dentro do conjunto de ideias que conduzem o movimento de humanização em saúde indica diferentes possibilidades de estudo da temática. A riqueza de abordagens presentes na interface arquitetura e enfermagem ou arquitetura e psicologia e até mesmo entre arquitetura e neurociências, expõe a variedade de opções trabalhadas em pesquisas que seguem essa linha de pensamento.

O trabalho da enfermeira Florence Nightingale, realizado ainda no século XIX, trouxe contribuições significativas para as áreas da saúde e da arquitetura, tanto pelo estudo das questões referentes à salubridade dos espaços hospitalares e controle de infecções, como pelos rebatimentos desses requisitos no desenho de alguns espaços do hospital. A partir das suas observações, Nightingale criou um modelo de enfermaria denominado de pavilhão, composto por blocos dispostos no terreno com um distanciamento uniforme, conectados por uma circulação de acesso aos outros pavilhões e serviços de apoio. A atenção aos itens de ventilação e insolação naturais, número de leitos, localização do posto de enfermagem, dimensionamento dos ambientes e disposição do mobiliário marcou os aspectos pontuados na época e passou a fazer parte das preocupações dos arquitetos (THOMPSON; GOLDIN, 1975; VERDERBER; FINE, 2000). Atualmente, os estudos de Nightingale continuam sendo citados pela relação estabelecida com o ambiente – natural e construído – e com as medidas de controle de infecção (COUTO, et. al, 2020; DANCER, 2020).

Ainda com respeito à área de enfermagem, os estudos de Kokalba (2002) e sua Teoria do conforto (*Comfort Theory*) propõem uma estrutura baseada em 4 contextos de experiência do paciente: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. No quesito conforto ambiental, os principais itens listados abrangem organização do espaço físico, mobília silenciosa, poucos odores e segurança. Também inclui atenção dos enfermeiros em relação à produção de ruído, luzes e interrupções do sono do paciente. Investigações mais recentes mostram que a aplicação da teoria auxilia o cuidado diário do paciente e da família, o planejamento de alta e as medidas para melhorar os serviços prestados pela instituição (KOKALBA, 2015).

Quando o assunto é a neuroarquitetura, tópico que tem sido bastante difundido nas publicações em arquitetura nos últimos anos, observa-se forte associação com apreensão dos espaços através dos sentidos. Com o apoio das neurociências, visa compreender de que maneira o cérebro processa as informações dos ambientes ao nosso redor, possibilitando uma gama de investigações em arquitetura, ergonomia e engenharia (PAIVA, 2018; PAIVA, 2019; KARAKAS; YILDIZ, 2020; HIGUERA-TRUJILLO, et. al, 2021). As pesquisas da neuroarquitetura se caracterizam pelo uso de uma combinação de métodos, geralmente entrevistas, realidade virtual, eletroencefalograma e até ressonância magnética, mas só agora é possível verificar relação mais incisiva com estresse (AZZAZY, 2021). No entanto, esse desenvolvimento recente justifica aplicação ainda incipiente nos estudos acerca dos espaços de atenção à saúde.

Ainda que os estudos supracitados apontem diferentes recortes no tempo e no espaço e não façam uso específico da expressão “humanização” nos aspectos ressaltados, abrem caminhos para o olhar sensível sobre os cuidados com o ambiente e conforto do paciente, sugerindo que os atributos físicos da edificação hospitalar interferem nas condições de saúde do paciente e no seu tratamento. Portanto, funcionam como meio de humanização do espaço construído e da assistência oferecida.

O EDIFÍCIO DE ATENÇÃO À SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO: CONSIDERAÇÕES SOBRE PESQUISA E PROJETO ARQUITETÔNICO

A complexidade característica dos EAS, determinada pela quantidade e diversidade de usuários, equipamentos e rotinas presentes no local, permite tantos olhares quantos são as diferentes variáveis implicadas no projeto, construção, manutenção e reforma dessas edificações. Para Bross (2013) e Carvalho (2014), os projetos de EAS abarcam condicionantes e normas de naturezas distintas, desde as questões de planejamento em saúde e necessidades regionais, especificidades de arranjo físico, requerimentos ambientais, interfaces com os projetos complementares, atuação interdisciplinar, mas também atenção aos fatores relacionados à humanização e às condições emocionais dos seus usuários. Por conseguinte, novos critérios relacionados às certificações ambientais, à acreditação hospitalar e à humanização em saúde podem fazer parte do processo de projeto agregando qualidade à edificação.

Tratando-se das investigações que evidenciam a importância do espaço físico no processo de humanização, verifica-se o emprego de grande parte das teorias e conceitos já comentados. Para ilustrar essa discussão, torna-se indispensável lançar mão das pesquisas internacionais fundamentadas em alguns desses pressupostos para compreender a incorporação desses conhecimentos no cenário brasileiro, especialmente nas pesquisas em arquitetura.

CAMPO EMPÍRICO E CONEXÕES POSSÍVEIS

A percepção do paciente sobre a qualidade do atendimento recebido em edifícios de atenção à saúde tem sido uma das formas de avaliar diferentes categorias de serviços. Arneill e Devlin (2002) tratam do efeito das salas de esperas sobre a percepção do paciente com o cuidado recebido no local, desenvolvendo seu estudo por meio de abordagem quanti-qualitativa e uso de multimétodos, demonstrando que iluminação e *layout* influenciam a experiência ambiental. Num outro estudo acerca da relação entre satisfação, qualidade do atendimento e resultados médicos alcançados, Devlin e Arneill (2003) chamam a atenção para os principais aspectos que afetam negativamente a satisfação do paciente – luz em excesso, movimento constante de pessoas, ruído e odores – e para a importância das avaliações pós-ocupação no processo de uso, percepção dos espaços e possibilidades de adequações arquitetônicas.

A pesquisa de Fornara et. al. (2006) compreende espaços de atendimento em ortopedia, com diferentes níveis de humanização e diferentes períodos de construção, visando analisar a satisfação dos usuários com os atributos físicos do local por meio de uma ferramenta denominada indicadores da qualidade percebida. Numa outra investigação dentro dessa perspectiva, Andrade et. al (2012) adaptam e validam os indicadores da qualidade ambiental percebida, envolvendo abordagem quanti-qualitativa – questionário e observação – e um universo de quatro hospitais com diferentes condições espaciais e físicas. Os resultados mostram discussões semelhantes e indicaram que a ferramenta deve ser aplicada em outros contextos culturais, visando fornecer a oportunidade de avaliar e melhorar ambientes de saúde.

A respeito da teoria de design de suporte proposta por Roger Ulrich (1991; 2001) e dos fatores responsáveis pela redução do estresse relacionados ao setor de internação, vale ressaltar a pesquisa de Andrade e Devlin (2015), acerca dos elementos correspondentes ao suporte social, distrações positivas e possibilidades de controle. Através de um estudo experimental em que participantes avaliam esses quesitos e as características arquitetônicas a eles associados, as categorias apoio social e distração positiva aparecem com maior potencial de redução de estresse para pacientes e permitem menores investimentos financeiros nas reformas de EAS. Mais tarde, numa outra pesquisa com temática similar, Devlin e Andrade (2017) analisam as características dos ambientes hospitalares capazes de atuarem sobre necessidades psicológicas fundamentais dos pacientes durante a experiência de hospitalização. Num amplo estudo de caso com estabelecimentos hospitalares de diferentes países, diversos tipos de quartos de internação são avaliados a partir da opinião de pacientes e acompanhantes, atestando a importância dos aspectos propostos pela teoria do design de suporte.

Os estudos de Huisman (2012) e de Dovjak et. al (2018) abordam os *healing environments* e os efeitos positivos do espaço arquitetônico sobre pacientes, familiares e equipe de saúde. Enquanto o primeiro discute a temática por meio de uma revisão de literatura, o segundo trabalho expõe um estudo de caso nos setores de internação, a partir da análise de diferentes quesitos socioambientais capazes de atuar na recuperação de usuários que permanecem no local por longos períodos.

As investigações que relacionam neuroarquitetura e humanização em EAS ainda são escassas, por tratar-se de um tópico com disseminação relativamente recente. Nesses termos, Higuera-Trujillo et. al. (2020) apresentam um estudo acerca do efeito do ambiente físico sobre a redução do estresse de pacientes e acompanhantes em um serviço de pediatria. A partir das simulações multissensoriais com uso de elementos visuais, auditivos e olfativos e mensuração dos níveis de estresse em níveis psicológico e neurofisiológico, os resultados sugerem que uma combinação de fontes de satisfação ambiental cria um importante e positivo efeito sobre os usuários.

No Brasil, o aumento gradativo do número de pesquisas sobre a relação entre humanização e arquitetura em EAS assimilou estudos desenvolvidos em contexto internacional, mas também acompanhou a implementação da Política Nacional de Humanização, como pode ser visto através de dissertações, teses e lançamento de livros acerca da temática. Vale destacar alguns dos trabalhos sobre o processo de humanização e elementos arquitetônicos capazes de influenciar positivamente o processo de recuperação do paciente (VASCONCELOS, 2004; TEIXEIRA, 2005; GUIMARAES, 2007; FONTES, 2007; TOLEDO, 2008; CIACO, 2010; CAVALCANTI, 2011; ROCHA, 2011; LOPES, 2016; GARCIA, 2016; CAMPELO, 2019; SEBEN, 2020). Praticamente todo esse material conta com embasamento teórico fruto dos conceitos e teorias anteriormente comentados; enfatiza algum setor do EAS ou componente específico da humanização; utiliza estudos de caso e procedimentos qualitativos para coleta e análise dos dados.

A publicação de Santos e Bursztyn (2004), marcada pelo início das discussões sobre o movimento de humanização em território nacional, expõe um conjunto de pesquisas – teóricas e empíricas – sobre diferentes cenários e possibilidades de aplicação dos elementos que auxiliam o restabelecimento do paciente e a saúde do usuário. Mais recentemente, Silveira e Felipe (2019) trouxeram à tona o conceito de ambiente restaurador para os espaços de atenção à saúde, articulando os princípios da Teoria da Atenção Dirigida com os estudos pessoa-ambiente e aqueles correspondentes à Teoria do Design de Suporte. O desenvolvimento do assunto é conduzido, assim, pela apresentação de diferentes pesquisas fundamentadas em estudos de caso e utilização de multimétodos para coleta e interpretação dos dados.

Nesse contexto, uma parcela significativa dos trabalhos produzidos em arquitetura tem apresentado as avaliações pós-ocupação como forma de abordagem, seja para discutir aspectos técnicos e funcionais dos EAS, seja para relacionar humanização ao conforto ambiental ou a determinadas tipologias hospitalares (SAMPAIO; CHAGAS, 2010; CARVALHO, 2016; CAVALCANTI, 2019).

Em pesquisa quali-quantitativa sobre humanização de espaços para quimioterapia pediátrica, Leitner e Pina (2020) identificam e validam estratégias projetuais que visam subsidiar rearranjos das configurações existentes e fundamentar novos projetos, por meio de uma avaliação pós-ocupação. Os autores realçam a importância de aliar as novas tecnologias de informação e comunicação em saúde ao desenvolvimento de ambientes flexíveis, centrados na família, que possibilitem apoio social, orientabilidade e distrações positivas.

Dentre as investigações que ressaltam a humanização em espaços de maior permanência do paciente, como o setor de internação, por exemplo, merecem destaque a de Tissot, et. al. (2020) e a de Cavalcanti et. al. (2021). Apesar das peculiaridades de cada estudo, ambos fazem uso de multimétodos, avaliação do espaço físico de determinados setores de edificações públicas e indicam elementos arquitetônicos necessários à humanização: *layout*, presença de janelas, jardins, elementos que contribuam para privacidade acústica e visual, espaços destinados a outras atividades e distrações positivas.

A partir do estudo da ambiência, Goulart e Ono (2021) desenvolvem uma revisão de literatura com o intuito de buscar evidências científicas acerca da influência do ambiente físico na percepção e no comportamento de pessoas em sofrimento psíquico e seus cuidadores. Discutem bem-estar de pessoas em tratamento e de trabalhadores da saúde, assim como os conflitos de interesse entre esses dois tipos de usuários. Essas situações conflitantes, geralmente difíceis de tratar no projeto arquitetônico, incluem: estratégias de segurança para aumentar o controle do *staff* x redução da privacidade dos pacientes; flexibilização dos espaços para favorecer o tratamento do paciente x dificuldade de controle por parte do *staff*; redução

do número de pacientes por dormitório, aumento nível de privacidade x dificuldade de observação por parte do *staff*.

Para os autores da área de psicologia ambiental, as necessidades e expectativas dos diferentes usuários em edificações hospitalares ocasionam dificuldades na forma de cada subgrupo - pacientes, funcionários e visitantes - lidar com o espaço físico (SAN JUAN, 1998; FIGUEIREDO, 2005). Nesse sentido, as condições de conforto térmico, acústico e visual, assim como as condições de controle da privacidade ou do funcionamento do local, nunca serão as mesmas para os todos usuários, fato que requer conhecimento e equilíbrio das questões envolvidas para inserção em projetos e reformas.

O termo ambiência, oficialmente introduzido pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização para fazer referência ao espaço sócio-físico dos EAS, também tem sido utilizado nos trabalhos realizados pelos profissionais da área da saúde (FERNANDES; GOTTEMS, 2013; RIBEIRO, et. al., 2014). Claro está que os indicadores da ambiência, quando observados nos estudos desenvolvidos nas ciências humanas e da saúde, dirigem-se muito mais aos aspectos presentes na assistência e gestão dos serviços do que à arquitetura, dadas as diferenças entre as competências profissionais dos que trabalham com relações humanas e dos que trabalham relações espaciais ou humano-espaciais (SILVA, 2018). De todo modo, torna-se relevante frisar que a ambiência é um termo abrangente, composto por dimensões subjetivas – originadas da relação entre as pessoas e os objetos funcionais – e objetivas – que possui caráter fisiológico e reside nas condições de conforto que as pessoas experimentam no ambiente construído (MALLARD, 1993). Em outras palavras, ambiência seria o resultado das variáveis visíveis e invisíveis dos espaços, fortemente mediada pela nossa percepção. Sua estreita relação com diferentes áreas do conhecimento requer contribuições teóricas e conceituais baseadas na influência recíproca homem-ambiente, como é o caso da psicologia ambiental (ELALI, 2009).

Assim sendo, buscando sintetizar os principais conceitos – ou teorias – utilizadas pelos autores dos estudos citados, bem como as características da humanização mais enfatizadas nessas referências, vale destacar o conteúdo exposto pela Figura 02.

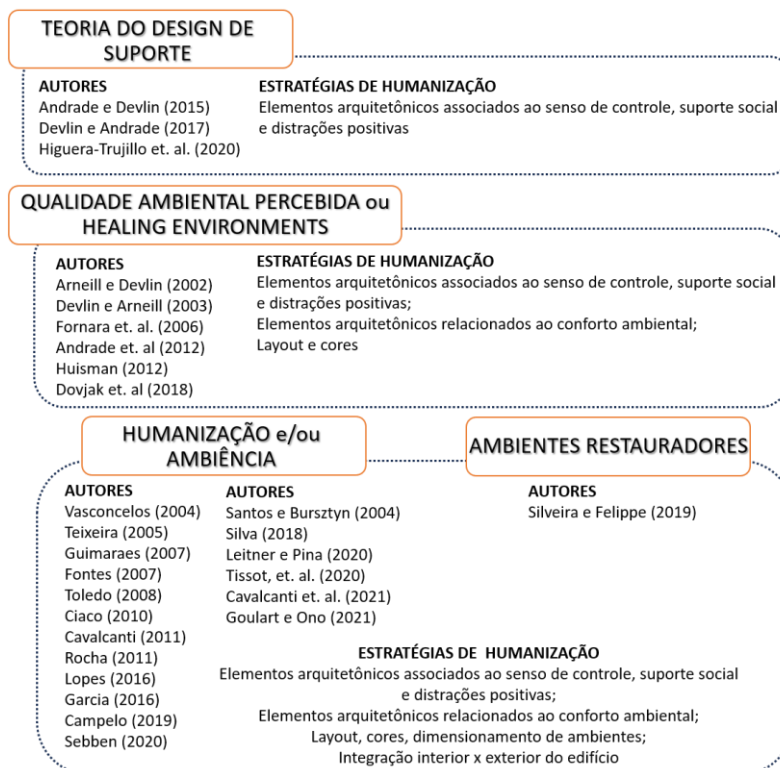


Figura 2. Síntese dos estudos contemplados na pesquisa

Fonte:
Autor

A HUMANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E FRENTE AOS DESAFIOS DA PANDEMIA DA COVID-19

Considerando a ampla concepção de humanização em saúde e a interdisciplinaridade característica do tema, cabe mencionar as circunstâncias geradas pela pandemia da Covid-19 e sua relação com o ambiente sócio-físico dos EAS. Se, por um lado, o caráter emergencial e sem precedentes da situação exigiu, no mundo inteiro, uma série de medidas para enfrentar o adoecimento da população e a altíssima demanda por leitos críticos, assim como novas construções e adaptações das existentes, por outro lado ofereceu um cenário desconectado das discussões sobre humanização. Ainda assim, esse panorama de crise favoreceu a criação de ações voltadas para o cuidado com a saúde mental de pacientes, familiares e profissionais de saúde (CAMELO JUNIOR, 2020) e a realização de pesquisas acerca do isolamento do paciente internado (SHABAN, et. al., 2020).

Além disso, a pandemia promoveu um debate sobre as características do hospital dito “resiliente” e preparado para o futuro, devendo englobar os seguintes aspectos: versatilidade, capacidade de expansão rápida, capacidade de gerar suporte ao bem-estar; limpeza eficiente do ar e superfícies; capacidades de promover isolamento, contenção e separação; cuidados com os fluxos; preparo para fazer transições do ambiente físico para o digital quando preciso (GREEN, 2021). Com respeito ao suporte e bem-estar, é sugerida uma variedade de espaços onde a equipe possa relaxar com segurança, bem como onde os pacientes e familiares possam ficar conectados e encontrar esperança e paz. Esses espaços também devem apoiar a recuperação do paciente e a produtividade e o estado de alerta da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme reflexões aqui apresentadas, o movimento de humanização busca atuar na melhoria dos serviços de atenção à saúde e valorização dos usuários, constituindo-se por um conjunto de ações que envolvem componentes humanos e arquitetônicos. Assim, o papel do ambiente físico na redução dos níveis de estresse e percepção positiva do local tem sido fator unânime na literatura consultada. Além disso, vê-se que o conceito de humanização é multifacetado e sua aplicação pode revelar diferentes nuances conforme contexto e objetivo a ser alcançado, muito embora esteja sempre acompanhado por abordagens interdisciplinares, em especial dos estudos pessoa-ambiente. Nesses termos, os pressupostos teóricos das áreas de psicologia e enfermagem tem contribuído expressivamente para o cenário de pesquisa e projeto em arquitetura. As pesquisas possuem natureza qualitativa – ou quanti-qualitativa – conectando levantamento e avaliação de determinadas características dos ambientes com a percepção dos usuários sobre aqueles espaços.

Nesse panorama, verifica-se o emprego do termo humanização de forma isolada ou acompanhado por outros correlatos, como os ambientes restauradores. Quando a palavra humanização não possui destaque, seus princípios e aspectos constituintes são expressos por termos como qualidade – associada aos atributos físicos capazes de contribuir para a redução do estresse – conforto, satisfação ou cuidado, subsidiados pelos estudos pessoa-ambiente. Para fazer referência à humanização, a ambiência tem sido significativamente utilizada no contexto brasileiro, em virtude da presença dessa terminologia na política do SUS. Por outro lado, os *healing environments* tem sido visualizados apenas na literatura internacional, talvez em função das múltiplas variáveis envolvidas ou da dificuldade com uma tradução mais adequada para outras nacionalidades. A Teoria do Design de Suporte, proposta por Ulrich (1991;2001) e adotada como subsídio teórico de praticamente todos os trabalhos, tem recebido maior evidência nas investigações internacionais.

De acordo com o exposto, as reflexões sobre humanização ao longo das duas últimas décadas favoreceram a produção de pesquisas com ênfase em diferentes categorias de usuários e setores de EAS. No Brasil, os trabalhos referentes aos espaços mais abertos, como salas de espera ou ambulatório, ampliaram-se aos setores com maior restrição e aos contextos mais específicos, como internação ou aqueles destinados a determinados tipos de tratamento.

Essa ênfase não equivale somente ao tempo de amadurecimento das ações de humanização ou do conhecimento adquirido através das investigações realizadas no campo internacional, mas traduz-se pela forma de compreender o problema de pesquisa e os aspectos intrincados ao tema. A realização de estudos dessa natureza em ambientes hospitalares, principalmente quando estende-se aos espaços mais restritos dos EAS e situações mais delicadas, não é uma tarefa fácil para o arquiteto. Além dos cuidados com os protocolos de pesquisa e trâmites com os comitês de ética, as dificuldades incluem a própria dinâmica do espaço hospitalar – com suas atividades e usuários, que demandam controle das emoções e planejamento adequado do período de coleta dados – e a atitude ética do pesquisador, que deve ter discernimento para saber o momento de abordar os participantes ou interromper o que está sendo desenvolvido. Há situações nas quais os aspectos supracitados – e outros correlatos – são verdadeiros impedimentos para a execução dessas investigações. Apesar deste não ser um tópico mencionado nas discussões sobre o tema, poderia receber maior realce para auxiliar demais pesquisadores.

Observa-se, deste modo, diferentes possibilidades de estudos na área e um amplo espectro de atuação interdisciplinar, especialmente quando considerados os diferentes contextos sócio-culturais brasileiros, os novos tipos de tratamento e demandas da nossa população, as especificidades dos serviços públicos e/ou privados, os novos cenários de crise e as tendências para os projetos, construção e manutenção dos edifícios de atenção à saúde neste novo milênio.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, D. V. Humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n. 3, p. 767-75, jul-set 2014.

ALTMAN, I. **The Environment and social Behavior**. Monterrey, California: Books/Cole, 1975.

ANDRADE, C.; LIMA, M. L.; FORNARA, F.; BONAIUTO, M. Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs). **Journal of Environmental Psychology**, v.32, n.2, p. 97-111, 2012.

ANDRADE, C.; DEVLIN, S. Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. **Journal of Environmental Psychology**, v. 41, p. 125-134, 2015.

ARAGONÉS, J. I., AMÉRIGO, M. Psicología Ambiental; aspectos conceptuales y metodológicos. In: ARAGONÉS, J. I.; AMERIGO, M. Amérigo (Org.), **Psicología Ambiental**. Madri: Pirámide, 1998, p. 21-41.

ARNEILL, A. B.; DEVLIN, A. S. Perceived quality of care: the influence of the waiting room environment. **Journal of Environmental Psychology**, v. 22, p. 345-360, 2002.

AZZAZY, S.; GHAFARIANHOSEINI, A.; GHAFARIANHOSEINI, A.; NAISMITH, N.; DOBORJEH, Z. A critical review on the impact of built environment on users' measured brain activity. **Architectural Science Review**, v. 64, n. 4, p. 319-335, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BROSS, J. C. **Compreendendo o edifício da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

CAMELO JUNIOR, J. S. Pandemia de COVID-19 e a saúde mental de pacientes, famílias e trabalhadores da saúde: oportunidade de transformação. **Revista Eletrônica Qualidade HC Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, edição especial covid-19, v.2. p.156-165, 2020.

CAMPELO, T. L. M. **Ambiência no cuidado integral e humanizado ao recém-nascido hospitalizado: a importância do projeto arquitetônico com olhar além do espaço físico**. 2019, Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Ed. Cultrix, 1982.

CARNUT, L.; FERRAZ, C. B. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 45, n. 129, p. 451-466, abril-jun 2021.

CARPMAN, J. R.; GRANT, M. **Design that cares: planning health facilities for patients and visitors**. Chicago: American Hospital Association, 1993.

CARVALHO, A. P. A. de. **Introdução à arquitetura hospitalar**. Salvador, BA: UFBA, FA, GEA-hosp, 2014.

CARVALHO, A. P. A. de. Meio Ambiente e Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: da segregação à humanização. *In*: IV ENANPARQ, 2016, Porto Alegre. **Anais ...** Porto Alegre: UFRGS, 2016. Acesso em: 04 mar 2017

CAVALCANTI, P. B. **A humanização de unidades clínicas de hospital-dia: vivência e apropriação pelos usuários**. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CAVALCANTI, P. B.; BINS ELY, V. H. M.; JEREMIAS, D. M.; SCHNEIDER, J. P.; SILVA, M. V. da; BORTOLUZZI, T. V. C. Avaliação pós-ocupação de unidades de emergência hospitalares de Florianópolis: problemas recorrentes e possíveis soluções. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 171-186, abr./jun. 2019. Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído.

CAVALCANTI, P.; MAÇANEIRO, C.; POSTIGLIONE, I.; ELI, J. R.; PALMA, J. M. N. Reflexões sobre o planejamento de unidades de tratamento intensivo - UTIS - na perspectiva dos usuários. **Gestão & Tecnologia de Projetos**, v. 16, n. 4, p. 135-153, 2021.

CIACO, R. J. S. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**. 2010. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da EESC, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2010.

COUTO, J. F.; TYRREL, M. A. R.; ARAUJO, S. T. C. de; TONINI, T.; MACHADO, W. C. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. Trazendo Nightingale para o século XXI: Retrospectiva do cuidado de Enfermagem na perspectiva da Teoria Ambientalista. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, 2020

DANCER, S. J. Revising Nightingale's legacy. **Journal of Hospital Infection**, 105, p. 344-345, 2020

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, Coleção Criança, mulher e saúde.

DEVLIN, A. S.; ARNEILL, A. B. Health care environments and patient outcomes. A review of the literature. **Journal of Environment and Behavior**, v.35, p.665-694, 2003.

DEVLIN, A. S.; ANDRADE, C. C. Quality of the Hospital Experience: Impact of the Physical Environment. FLEURY-BAHI, Ghazlane; POL, Enric; NAVARRO, Oscar (eds.), **Handbook of Environmental Psychology and Quality of Life Research**, International Handbooks of Quality-of-Life, v.23, 2017.

DOVJAK, M.; SHUKUYA, M.; KRAINER, A. User-Centred Healing-Oriented Conditions in the Design of Hospital Environments. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 15, n. 10, p. 2018

ELALI, G.A. Relações entre comportamento humano e ambiência: Uma reflexão com base na Psicologia Ambiental. *In*: Colóquio Internacional Ambiências compartilhadas: cultura, corpo e linguagem, 2009, Rio de Janeiro. Anais do Colóquio Internacional Ambiências Compartilhadas. Rio de Janeiro: ProArq - UFRJ, 2009, v. 1. p. 1-17.

FERNANDES, L. D.; GOTTEMS, L. B. D. Humanização e ambiência na clínica médica do hospital de base do Distrito Federal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, p.1917-1931, 2013.

FIGUEIREDO, E. M. P. A. Ambientes de saúde: o hospital numa perspectiva terapêutica. *In*: SOCZKA, L. (Org.). **Cadernos Humanos e Psicologia Ambiental**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

FONTES, M. P. Z. **Humanização dos espaços de saúde: contribuições para a arquitetura na avaliação da qualidade do atendimento**. 2007. Tese (Doutorado em Arquitetura) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FORNARA, F.; BONAIUTO, M.; BONNES, M. Perceived hospital environment quality indicators: a study of orthopaedic units. **Journal of Environmental Psychology**, v. 26, p. 321-334, 2006.

GARCIA, M. F. M. **Diretrizes projetuais para humanização hospitalar: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**. 2016. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2016.

GOULART, F. de M.; ONO, R. Aspectos ambientais que influenciam o tratamento da saúde: uma revisão da literatura. **Gestão & Tecnologia de Projetos**, v. 16, n. 4, p. 117-133, 2021.

GREEN, J. W. Arup and HKS release “**The Pandemic-Resilient Hospital**”, 2021. Disponível em: <https://www.arup.com/news-and-events/pandemic-resilient-hospital>. Acesso em: 18 de out de 2021

GUIMARÃES, G. C. **Hospitais de reabilitação: a humanização de edifícios para a prática de atividades de reabilitação**. 2007. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Rio de Janeiro, 2007.

GUNTHER, H., PINHEIRO, J. Q.; ELALI, G.A. A abordagem multimétodos em estudos pessoa-ambiente. *In*: PINHEIRO, J.Q.; GUNTHER, H. **Métodos de pesquisa nos estudos pessoa-ambiente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p. 369-396.

HALL, E.T. **A dimensão oculta**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977

HIGUERA-TRUJILLO, J. L.; MILLAN, C. L. Millán; AVINO, A. M.; ROJAS, J.C. Multisensory stress reduction: a neuro-architecture study of paediatric waiting rooms. **Building Research & Information**, v. 48, n. 3, p. 269-285, 2020.

HIGUERA-TRUJILLO, J.L.; LLINARES, C.; MACAGNO, E. The Cognitive-Emotional Design and Study of Architectural Space: a scoping review of neuroarchitecture and its precursor approaches. **Sensors**, v. 21, 2021, p. 2193.

HUISMAN, E.R.C.M.; MORALES, E. VAN HOOFF, J. KORT, H.S.M. Healing environment: a review of the impact of physical environmental factors on users. **Building and Environment**, v. 58, p.70-80, 2012

ITTELSON, W. H.; PROSHANSKY, H. M.; RIVLIN, L. G. The environmental psychology of the psychiatric ward. In: _____. (Org.) **Environmental Psychology: man and his physical setting**. Nova York: Holt, Rinehart & Winston, 1970, p. 419-439.

KAPLAN, S. The restorative environment benefits of nature: toward an integrative framework. **Journal of Environmental Psychology**, 15, p. 169-182, 1995.

KARAKAS, T.; YILDIZ, D. Exploring the influence of the built environment on human experience through a neuroscience approach: A systematic review. **Frontiers of Architectural Research**, v. 9, p. 236-247, 2020.

KOKALBA, K.; WILSON, L. Comfort Care: A Framework for Perianesthesia Nursing **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, v. 17, n. 2, p 102-114, abril 2002.

KOKALBA, K.; BOUDIAB, L. D. Comfort Theory Unraveling the Complexities of Veterans' Health Care Needs. **Advances in Nursing Science**, v. 38, n. 4, p. 270-278, 2015

LEITNER, A. D.; PINA, S. M. Arquitetura sob a ótica da humanização em ambientes de quimioterapia pediátrica. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 179-198, jul./set. 2020. ISSN 1678-8621 Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído. <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-86212020000300424>

LINTON, P. E. Creating a total healing environment. In: MARBERRY, S. O. **Innovations in healthcare design**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1995, p. 121-132.

LOPES, M. A.; MEDEIROS, L. Humanização hospitalar: origem, uso e banalização do termo. **Revista Online Propec IAB/MG**. Minas Gerais, v. 1, p. 2, 2004.

LOPES, L. R. G. **A cor como ferramenta de humanização em ambientes hospitalares de atendimento infantil sob a percepção do usuário**. 2016. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016

MALARD, M.L. Os objetos do cotidiano e a ambiência. In: 2º Encontro Nacional de Conforto no Ambiente Construído, **Anais do 2º ENCAC**. Florianópolis: ANTAC, ABERGO, SOBRAC, 1993.

MALKIN, J. **Hospital Interior Design**. Nova York: Van Nostrand Reinhold, 1992

MOREIRA, M. A. D. M.; LUSTOSA, A. M.; DUTRA, F.; BARROS, E. de O.; BATISTA, J. B. V. B.; DUARTE, M. C. S. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p.3231-3242, 2015.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In CANESQUI, A. M. (Org.), **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, p. 127-229, 2000.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778 - 179, 2011, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PAIVA, A. Neuroscience for Architecture: How Building Design Can Influence Behaviors and Performance. **Journal of Civil Engineering and Architecture**, v.12, p.132-138, 2018.

PAIVA, A., JEDON, R., Short- and long-term effects of architecture on the brain: Toward theoretical formalization, **Frontiers of Architectural Research**, v.8, n.4, p. 564-571, Dez 2019.

PINHEIRO, J. Q.; ELALI, G. A. Wayfinding (Navegando o ambiente). In: CAVALCANTE, S.; ELALI, G. A. **Psicologia Ambiental: conceitos para leitura da relação pessoa-ambiente**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018, p.250-260.

PROSHANSKY, H. M. The pursuit of understanding: an intellectual history. In: ALTMAN, I.; CHRISTENSEN, K. (Orgs.), **Environment and behavior studies: emergence of intellectual traditions**. Nova York: Plenum, 1990, p. 9-30.

REMEN, R. N. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus, 1993.

RIBEIRO, J. P. R.; GOMES, G.C. G., THOFEHRN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 530-539, 2014

RIVLIN, L. A tribute to Harold M. Proshansky. **Journal of Environmental Psychology**, v.12, p.1-4, 1992.

ROCHA, M. E. **Humanização do edifício hospitalar: análise dos hospitais da Rede Sarah Kubitschek de João Figueiras Lima (Lelé)**. 2011. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.

SAMPAIO, A. V. C. F.; CHAGAS, S. S. Avaliação de conforto e qualidade de ambientes hospitalares. **Gestão & Tecnologia de Projetos**. São Carlos, v. 5, n. 2, nov 2010.

SAN JUAN, C. Ambientes Institucionales. In: ARAGONÉS, J. I.; AMERIGO, M. Américo (Org.), **Psicología Ambiental**. Madri: Pirámide, 1998, p. 239-257.

SANTOS, M.; BURSZTYN, I. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac, 2004.

SEBBEN, V. A. **Humanização da arquitetura hospitalar: diretrizes projetuais para espaços criativos de internação pediátrica**. 2020. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo-RS, 2020.

SHABAN, R. Z.; NAHIDI, S.; SOTOMAYOR-CASTILLO, C.; LI, C.; GILROY, N.; O'SULLIVAN, M. V.N.; SORRELL, T. C.; WHITE, E.; HACKETT, K.; BAG, S. SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting. **American Journal of Infection Control**, v.48, p.1445-1450, 2020.

SILVA, C. N. da. Aspectos subjetivos dos ambientes de atenção à saúde e sua relação com o ambiente construído. **Arquitextos**, São Paulo, ano 18, n. 212.05, Vitruvius, jan. 2018

SILVEIRA, B. B.; FELIPPE, M. L. **Ambientes restauradores: conceitos e pesquisas em contextos de saúde**. Florianópolis, UFSC, 2019.

SOMMER, R. **Espaço Pessoal: as bases comportamentais de projeto e planejamento**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1973.

SOMMER, R.; SOMMER, B. **A Practical Guide to Behavioral research**. Nova York: Oxford University Press, 1997

SOUZA, L. E. P. F. de; PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F.; BAHIA, L.; GUIMARÃES, R.; ALMEIDA-FILHO, N. de; MACHADO, C. V.; AZEVEDO-E-SILVA, G. W. C. G. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p.2783-2792, 2019.

THOMPSON, J.; GOLDIN, G. **The hospital: a social and architectural history**. New Haven and London: Yale University Press, 1975.

TEIXEIRA, R. F. **Avaliação pós-ocupação e humanização em ambiente de saúde: um estudo de caso na área de Reabilitação, em Niterói, RJ**. 2005. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo Universidade Federal Fluminense UFF, Rio de Janeiro, 2005.

TISSOT, J. T.; VERGARA, L. G. L.; BINS ELY, V. H. M. Definição de atributos ambientais essenciais para a humanização em quartos de internação. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 541-551, jul./set. 2020. ISSN 1678-8621 Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído. <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-86212020000300444>

TOLEDO, L. C. de M. Humanização do edifício hospitalar: um tema em aberto. In PROJETAR, II, 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015. CD-ROM

TOLEDO, L. C. M. **Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. 2008. Tese (Doutorado em Arquitetura), Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ULRICH R. S. Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. **Journal of Health Care Interior Design**, v. 3, n. 1, p. 97-109, 1991.

ULRICH, R. Effects os healthcare environmental design on medical outcomes. In DILANI, A. **Design and Health: the therapeutic benefits of design**. Svensk Byggtjanst, Stokolmo, 2001.

VASCONCELOS, R. T. B. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas**. 2004. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VERDERBER, S.; FINE, D. J. **Healthcare Architecture in an era of radical transformation**. New Haven: Yale University Press, 2000.

Luciana de Medeiros
luciana.medeiros.1@ufrn.br