

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

DANIELLE PRISCILLA ALVES

**ARQUITETURA HOSPITALAR: CONCEITO DE
AMBIÊNCIA NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO
EDIFÍCIO DE SAÚDE**

JOINVILLE, 2015

DANIELLE PRISCILLA ALVES

**ARQUITETURA HOSPITALAR: CONCEITO DE
AMBIÊNCIA NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO
EDIFÍCIO DE SAÚDE**

JOINVILLE, 2015

Alves, Danielle Priscilla.

Arquitetura Hospitalar: Conceito de ambiência no processo de humanização do edifício de saúde / Priscilla Alves, Danielle – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2015. 84 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Educação de Santa Catarina. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Carla Simone Leite de Almeida, Prof.^a. Ma.

1. Arquitetura Hospitalar 2. Humanização 3. Ambiência
4. Hospital 5. Hospitalidade I. Título

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

DANIELLE PRISCILLA ALVES

**ARQUITETURA HOSPITALAR: CONCEITO DE
AMBIÊNCIA NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO
EDIFÍCIO DE SAÚDE**

**Submetido ao Instituto Federal
de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina
como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo
em Gestão Hospitalar.**

**Orientadora: Carla Simone Leite
de Almeida, Ma.**

JOINVILLE, 2015

ARQUITETURA HOSPITALAR: CONCEITO DE AMBIÊNCIA NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO EDIFÍCIO DE SAÚDE

DANIELLE PRISCILLA ALVES

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 24 de junho de 2015.

Banca Examinadora:

Prof.^a. Ma. Carla Simone Leite de Almeida
Orientadora

Prof.^a. Ma. Marcia Bet Kohls
Avaliadora

Prof.^a. Ma. Marciele Misiak
Avaliadora

Ao meu esposo, Raniere, pessoa com quem amo partilhar a vida e que me apoiou nessa trajetória sempre com carinho, paciência e amor. Me fortalecendo, encorajando e amparando nos momentos de dificuldades. Você é o meu melhor amigo, confidente e companheiro que quero ao meu lado todos os dias, pois entendeu que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente!

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por ser essencial em minha existência e autor do meu destino, sempre benevolente e longânime, iluminando meu caminho e me dando discernimento.

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim. Mãe, seu amor e dedicação foram responsáveis por tudo que sou. Pai, sua presença na minha vida se traduz sempre em segurança, o senhor é o meu porto seguro. Aos meus irmãos que são vitais para minha existência.

Meus singelos agradecimentos aos meus amigos, os que estão distantes, os que estão próximos e todos aqueles que fizeram parte da minha formação. Todos vão continuar presentes em minha vida, guardados sempre no meu coração e eternizados em minhas memórias.

A minha orientadora, Prof.^a. Me. Carla Simone Leite de Almeida, por me guiar, me apoiar e confiar no meu trabalho.

Contribuindo para transformar um sonho em realidade!

E por fim a todos que participaram diretamente e indiretamente na minha trajetória, reitero toda a minha gratidão.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”. – Charles Chaplin.

RESUMO

O trabalho tem por finalidade compreender o processo de desenvolvimento e implantação arquitetônico da ambiência em um hospital de especialidade oftalmológica no município de Joinville - SC. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, realizado com três profissionais envolvidos no desenvolvimento do projeto arquitetônico hospitalar da instituição; a coleta de dados aconteceu no transcorrer dos meses de abril a maio de 2014, por meio da observação passiva e de entrevista semiestruturada com respostas abertas; e os dados foram estudados utilizando o método da análise de conteúdo. Com a avaliação dos dados originou-se duas temáticas: buscando o conforto e bem-estar do utente e acessibilidade ao serviço, onde foi possível compreender os aspectos ambientais, funcionais, estéticos, de conforto e qualidade aplicados ao projeto. Conclui-se que a organização atende os critérios de humanização dos espaços, utilizando elementos da ambiência para promover o bem-estar, a cura e a promoção da saúde, elementos esses, característicos do hospital moderno.

Palavras-chave: Arquitetura Hospitalar. Humanização. Ambiência. Hospital. Hospitalidade.

ABSTRACT

The study aims to understand the development and implementation process architectural of ambience in a hospital ophthalmic specialty in the city of Joinville - SC. It is a qualitative, descriptive and exploratory approach research, conducted with three professionals involved in the development of hospital architectural design of the institution; data collection happened in the course of the months from April to May 2014, through passive observation and semi-structured interviews with open questions; and the data has been studying using the method of content analysis. With the evaluation of the data originated from two themes: seeking the comfort and well-being of the user and service accessibility, where it was possible to understand the environmental, functional, aesthetic, comfort and quality applied to the project. It concludes that the organization meets the spaces humanization using criteria ambience of elements to promote well-being, healing and health promotion, these elements, characteristic of the modern hospital.

Keywords: Hospital Design and Construction. Humanization. Ambience. Hospital. Hospitality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Os três eixos da ambiência.....	28
FIGURA 2 - Estrutura do ginásio	34
FIGURA 3 - Ginásio infantil	34
FIGURA 4 - Divisória, madeira pintada, ginásio. Foto: Tuca Reines.....	34
FIGURA 5 - Incidência de iluminação natural no interior do hospital.....	35
FIGURA 6 - Circulação interna do hospital	35
FIGURA 7 - Porta-painel de acesso as enfermeiras	36
FIGURA 8 - O uso das cores, texturas e revestimentos	37
FIGURA 9 - Painel decorativo no átrio dos elevadores	37
FIGURA 10 - Relevô, madeira pintada, sala da espera de internação. Foto: Ricardo Padue.....	38
FIGURA 11 - Espera para o atendimento e a integração entre o ambiente interno e externo	38
FIGURA 12 - <i>Sheds</i> no ginásio de reabilitação do hospital.	39
FIGURA 13 - Circulação da administração e serviços gerais do hospital	40
FIGURA 14 - Vista externa da espera do ambulatório e detalhes da abertura de janelas.....	40
FIGURA 15 - Integração de paciente e profissional na prática de hidroterapia ao ar livre	41
FIGURA 16 - Atividades coletivas ao ar livre	41

FIGURA 17 - Painel em madeira pintada, creche, 1999. Foto: Tuca Reines.	42
FIGURA 18 - Esperas com a integração do branco e o colorido	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CAU/BR - Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil.

CIS Amunesc - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Nordeste de Santa Catarina.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

CREA - Conselho Regional de Engenharia e Agronomia.

EAS - Estabelecimento Assistencial de saúde.

HDAL - Hospital de Doenças do Aparelho Locomotor Sarah Kubitschek.

MS - Ministério da Saúde.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PNH - Política Nacional de Humanização.

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada.

SVS - Secretaria de Vigilância em saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	20
1.3 OBJETIVOS	21
1.3.1 OBJETIVO GERAL	21
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
2. REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 EVOLUÇÃO DO EDIFÍCIO HOSPITALAR	23
2.2 A RELAÇÃO HOTELARIA HOSPITALAR, HOSPITALIDADE, HUMANIZAÇÃO E DA ARQUITETURA HOSPITALAR EM PROL DA AMBIÊNCIA XX	26
2.2.1 A REDE SARAH KUBITSCHK: DOENÇAS DO APARELHO LOCOMOTOR	31
2.3 A NORMATIZAÇÃO DA ARQUITETURA HOSPITALAR BRASILEIRA.	43
3. METODOLOGIA	47
3.1 TIPO DE ESTUDO	47
3.2 LOCAL DO ESTUDO	47
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
3.4 COLETA DE DADOS	49
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
3.6 QUESTÕES ÉTICAS	51
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 BUSCANDO O CONFORTO E BEM-ESTAR DO UTENTE	54
4.2. ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO	60

REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	82
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	84

1. INTRODUÇÃO

No novo modelo hospitalar, que surgiu no século XX, o papel da arquitetura hospitalar é adotado como parte integrante dos processos de humanização, proporcionando uma atmosfera de conforto por meio da dedicação total da atenção ao indivíduo, destacando sua missão de curar e cuidar, próprio do hospital moderno (COUTO, 2004; ESTEVES, 2005; TOLEDO, 2008b).

O conhecimento dos aspectos ambientais dentro de uma unidade hospitalar faz com que, nasça o conceito de hospital contemporâneo, onde a garantia de segurança e do cuidado com os sujeitos em questão contribui para o processo de cura e bem-estar. Logo, extingue-se, o paradigma do clássico hospital com cheiro de medicamentos, brancos e frios, dando espaço para ambientes agradáveis e confortáveis dispendo de jardins, iluminação natural, música ambiente, entretenimento, lojas e restaurantes remetendo a estruturas hoteleiras (BROSS, 2013; TOLEDO, 2002a; VASCONCELOS, 2004).

O hospital é a organização humana mais complexa já idealizada, e nos últimos tempos o setor evidenciou um crescimento significativo das suas atividades e tecnologias. Contudo, o usuário desses serviços tem demonstrado uma grande exigência em relação ao conforto, higiene e segurança. Como essas organizações têm se tornado cada vez mais especializadas e setORIZADAS, surge então, a necessidade do estudo e conseqüentemente do planejamento funcional das áreas de diagnóstico, tratamento, cirurgia, administração, nutrição e outros fragmentos organizacionais que cooperam para a qualidade do atendimento ao utente (BROSS, 2013; MARTINS, 2004).

Calil, (2008), elucida que o ambiente hospitalar encontrado tanto na literatura como em pesquisa com os usuários (pacientes e familiares), está vinculado à angústia, dor e morte. Essas características nocivas causam ao indivíduo desconforto e imprimem a sensação de que esse lugar deve ser evitado, influenciando sua percepção para qualquer experiência futura.

Hoje as edificações projetadas para atividades em saúde devem favorecer a satisfação de seus usuários, constituindo-se nelas uma ferramenta terapêutica. Pois o processo de recuperação e satisfação dos utentes pode ser acelerado quando o ambiente de saúde suaviza o estresse, e atende às suas necessidades biopsicossociais¹. Todavia, a arquitetura hospitalar, ao mesmo tempo em que influencia no conforto dos diferentes sujeitos inseridos na prestação dos serviços em saúde, também contribui para a qualidade da dedicação aos pacientes e seus familiares (BOEGER, 2008a; BROSS, 2013; COUTO, 2004).

E para reiterar a ideia, Teixeira e Tamanini, (2005), argumenta que em qualquer elemento arquitetônico há a presença de um conteúdo social, acatando compulsoriamente um desempenho funcional, e sendo muitas vezes a primazia da indigência diária, revelando-se parte fundamental para a qualidade de vida e influenciando a percepção do indivíduo.

Desse modo, a presente pesquisa está dividida em alguns capítulos para abordar o tema apresentado, e desvelar o seu objetivo que foi compreender o processo de desenvolvimento e implantação arquitetônico da ambiência² em um hospital de especialidade oftalmológica no município de Joinville – SC.

Inicialmente, neste capítulo de sua introdução, serão apresentados os objetivos desse estudo, sua problemática e justificativa.

Posteriormente no capítulo 2 que aborda o desenvolvimento do estudo será exposta uma revisão bibliográfica sobre o tema, a qual foi subdividida em: evolução do edifício hospitalar; a relação hotelaria hospitalar, hospitalidade, humanização e da arquitetura hospitalar em prol da ambiência, e a normatização da arquitetura hospitalar brasileira com os aspectos: hotelaria hospitalar, hospitalidade, humanização, arquitetura hospitalar e ambiência,

¹ Biopsicossociais: relativos a fatores biológicos, psicológicos e sociais.

² O espaço, arquitetonicamente organizado e animado, que constitui um meio físico, e ao mesmo tempo, meio estético, ou psicológico, especialmente preparado para o exercício de atividades humanas; ambiente.

exemplificados com a Rede Sarah Kubitschek: doenças do aparelho locomotor.

A metodologia da pesquisa foi exposta no capítulo 3, sendo apresentado ao leitor o tipo de estudo, local a ser realizado, período de coleta de dados, critérios de seleção dos sujeitos do estudo e o instrumento da coleta de dados utilizado.

No capítulo 4 serão apresentados os resultados e discussão, onde se discorre sobre o panorama do hospital estudado, realizando uma breve contextualização da instituição para, a seguir, descrever e analisar as características físicas e espaciais dos ambientes. Posteriormente são evidenciados os resultados e a análise dos questionários aplicados.

E, por fim no capítulo 5, são apresentadas as conclusões do trabalho, obtidas através da miscigenação feita entre o embasamento teórico e o estudo de caso realizados.

1.1 Justificativa

Desde o princípio dos hospitais, a imagem descrita pela sociedade era de um lugar mórbido, gélido e inóspito com ruídos e odores característicos, decorrente não somente do acolhimento dito pela época, mas também por conceitos equivocados de ambiência (BEBER, 2013; BROSS, 2013; LIMA, LUCIMARA, 2010; MEDEIROS, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) em 2000 implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH); e em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi constituída. Uma de suas ferramentas é a ambiência, que visa criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, onde são respeitadas a privacidade e individualidade, propiciando mudanças no processo de trabalho e promovendo o encontro entre pessoas (BRASIL, 2013d).

É importante ressaltar que a humanização vinculada a arquitetura não cura o paciente de sua doença, mas o conforto ambiental, a programação visual, o paisagismo, as cores, as obras de arte, o entretenimento e as ambientações são

coadjuvantes nesse processo. Entretanto, a humanização não está ligada apenas aos pacientes e acompanhantes, mas também aos profissionais de saúde, sendo necessário proporcionar condições satisfatórias de trabalho que refletem diretamente no seu rendimento e na qualidade do atendimento oferecido (FERRER, 2012).

A crescente difusão de novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação leva as pessoas e as organizações a uma percepção de mudança em grande velocidade. Na área da saúde a influência desse cenário é marcante, impactando de forma significativa no aumento da competitividade entre as organizações (BOEGER, 2008a; BROSS, 2013; GODOI, 2008; TARABOULSI, 2009).

Essa tendência de mercado faz surgir um novo perfil de utente, visto como um sujeito ativo e co-construtor do seu processo de cura; bem informado, exigente, consciente dos seus direitos e questionador, destituindo assim, o estigma de agente passivo e resignado. Esse indivíduo busca não somente os benefícios dos serviços de saúde, mas também a terapêutica associada ao conforto e segurança, fazendo com que os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) busquem criar mecanismos que ofereçam a promoção e a prevenção da saúde conexos ao respeito, a individualidade com solicitude ao estado biopsicossocial do sujeito (BOEGER, 2008a; BROSS, 2013; GODOI, 2008; TARABOULSI, 2009).

Entretanto, as legislações brasileiras não asseguram o emprego da ambiência no projeto arquitetônico, pois tudo o que tange esse assunto aborda exclusivamente a adequação do projeto em garantir um ambiente apropriado ao cuidado do paciente e a prestação de serviços pelos profissionais de saúde, como é o caso da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 50 de 21 de fevereiro de 2002a.

Mesmo não havendo legislações que exijam e inspecionem a implantação da ambiência nos EAS, atualmente surgiu uma inclinação das organizações em saúde em implantem bases de hotelaria em seu processo de gestão, por causa do mercado cada vez mais competitivo. Assim a ambiência torna-se um diferencial de serviço, ofertando ambientes agradáveis,

confortáveis e funcionais, com um alto padrão de qualidade satisfazendo as necessidades inerentes ao público em questão (BEBER, 2013).

Somado a tudo que já foi exposto, temos a literatura científica que apresenta lacunas sobre a utilização da ambiência como terapêutica em instituições hospitalares. Destarte a realização de estudos que contextualizem a ambiência em instituições hospitalares torna-se relevante e importante no cenário atual.

1.2 Definição do Problema

A definição de saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Como direito humano fundamental é a mais importante meta social mundial (OMS, 1978).

Para Dias (2006), os EAS apresentam aspectos tangíveis e intangíveis, onde a tangibilidade trata da estrutura e ambiência, e a intangibilidade aborda a assistência.

Hipócrates, (460-370 a.C.), argumentava que, para conhecer a saúde e a doença é necessário estudar o Homem em seu estado normal e em relação ao meio em que vive, pesquisando, ao mesmo tempo, as causas do distúrbio no equilíbrio entre ele, o meio exterior e social (BOEGER, 2008a).

O homem é refém do meio em que habita e isso interfere de forma direta em sua saúde. Dessa forma, afeta o meio ambiente assim como o meio ambiente o afeta. Ou seja, quanto menor for o impacto da retirada desse paciente da sua rotina, quanto mais próximo de um ambiente parecido com seu habitat se conseguir chegar, mais próximo estaremos da satisfação (BOEGER, 2012b, p. 39).

Os hospitais estão gradativamente convertendo-se em estabelecimentos mais eficientes e compassivos, adotando

modelos hoteleiros e transferindo para a assistência ao paciente, sensíveis melhorias em comparação às instituições de saúde tradicionais que ainda não adotaram esse padrão de gestão (BOEGER, 2012b; GODOI, 2008; TARABOULSI, 2009).

O usuário que até então era visto como um objeto do cuidado e fontes lucrativas, desponta agora como um ser singular que traz consigo particularidades e valores culturais devendo ser compreendidos como características indissociáveis. Logo, a qualidade do serviço prestado não está somente atrelada na relação médico-paciente, e sim, inserida de forma holística no processo de humanização que agora inclui estrutura, tecnologias e pessoas (LEITE; STRONG, 2006; MARQUES; PINHEIRO, 2009).

Diante desse íterim que a literatura apresenta sobre os benefícios da ambiência e da hotelaria na terapêutica do doente hospitalizado, somado as observações que vivenciei, enquanto acadêmica do curso superior de tecnologia em gestão hospitalar, ao realizar o meu estágio curricular supervisionado em uma instituição de saúde, busco com este estudo resposta a minha inquietude: Será que os hospitais projetam soluções arquitetônicas visando o bem-estar de todos os sujeitos envolvidos?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Compreender o processo de desenvolvimento e implantação arquitetônica da ambiência em um hospital de especialidade oftalmológica no município de Joinville - SC.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever os ambientes da instituição dos quais foram inseridos os atributos arquitetônicos;
- Compreender a utilização da iluminação, controle higrotérmico³, cor, acústica e a comunicação visual como soluções arquitetônicas utilizadas ao conspecto do bem-estar do paciente e colaboradores.

³ Higrotérmico: relativo à umidade e ao calor.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Evolução do edifício hospitalar

A palavra hospital vem do latim *hospitalis*, palavra derivada de *hopes*, com a conotação de hóspede, estrangeiro ou aquele que hospeda (LIMEIRA, 2006). Para o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 1977b), toda organização hospitalar é parte integrante de uma junta médica e social, cuja função principal é oferecer a sociedade, assistência integral a saúde nas esferas preventivas e curativas em qualquer modalidade de atendimento incorporando em sua natureza polo de ensino, pesquisa e recursos humanos em saúde.

Pesquisadores afirmam que os primeiros hospitais surgiram no Ceilão em 431 a.C., local onde hoje é o Sri Lanka. Porém, o cristianismo impulsionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas. As organizações em saúde vêm passando por processo de transformação desde então, tanto no que tange as tecnologias empregadas, como modificações funcionais e estruturais (GOÉS, 2011; RIMMÔN, 2014).

Dois séculos depois, em 226 a.C., o imperador Asoka criou, na Índia, instituições especiais para tratar doenças e que são semelhantes aos hospitais de hoje. Essas organizações eram influenciadas pelo budismo com o intuito de se atingir o nirvana (GOÉS, 2011; RIMMÔN, 2014).

Na antiguidade, esses estabelecimentos de saúde abrigavam não somente enfermos, mas também viajantes; peregrinos e estrangeiros, tendo como característica a caridade. O atendimento estava a cargo das ordens religiosas ou de leigos, praticantes da “medicina popular”. Esse atendimento visava a segregação desse público para minimizar os riscos da sociedade da época, não havendo local específico para o atendimento que poderia ser em templos, portos ou mercados públicos (FONSECA, 2006; LIMEIRA, 2006; MEDEIROS, 2004).

Na Grécia antiga, haviam três tipos de edifícios de saúde: os públicos, os privados e os religiosos. As construções públicas eram destinadas aos estrangeiros; os estabelecimentos privados, para os médicos alojarem seus pacientes; e os templos religiosos, destinados a “cura divina”. Esses locais eram edificadas em bosques, e próximo a água corrente para os banhos de purificação (LIMA, LUCIMARA. 2010; LIMEIRA, 2006; OLIVEIRA, 2012).

Em 360 a.C., no império romano, foram criadas as valetudinárias⁴. O intuito era dar assistência aos legionários e aos escravos. Através dessa tipologia, tinham-se adequadas condições de iluminação e ventilação naturais dos espaços internos, pois as valetudinárias eram constituídas em torno de um pátio central onde assegurava a todos os quartos o contato com o exterior (BOEGER, 2008a; LIMA, LUCIMARA. 2010; LIMEIRA, 2006; LUKIANTCHUKI; CARAM, 2008a; MIQUELIN, 1992).

Arquitetonicamente, as valetudinárias eram compostas por blocos quadrangulares, corredores e pátios com enfermarias, centros cirúrgicos, farmácias, alojamentos, refeitórios, banheiros, cozinhas, dispensários e administração, sendo considerados uns dos precursores dos hospitais ocidentais (CAMPOS, 1944; ANTUNES, 1991; NEUFELD, 2013).

A partir do século IV, surge aquele que seria o principal modelo para os hospitais modernos, o nosocômio⁵ fundado por São Basílio (269 a 372 d.C.), em Cesárea, Capadócia. Porém outros pesquisadores mencionam outro hospital construído em Roma, no mesmo século. As instituições eram comandadas pelos sacerdotes e religiosos da época como, por exemplo, os mosteiros que serviam de abrigo para viajantes, pessoas pobres e doentes. (GOÉS, 2011; RIMMÔN, 2014).

Na idade média (século V a XV), essa atividade estava ligada diretamente à Igreja Católica e o intuito não era a cura, e sim prestar caridade aos pobres que iriam morrer em busca da sua salvação eterna. A preocupação na época era a “redenção da alma”, a fim de garantir um “lugar no céu”. Nessa época os

⁴ Valetudinárias: enfermarias militares que ficavam dentro das fortificações romanas.

⁵ Nosocômio: casa de saúde ou hospitais.

profissionais médicos eram convocados em casos extremos e as consultas médicas eram uma regalia apenas dos abastados. A doença era tratada como uma providência divina (FONSECA, 2006; MEDEIROS, 2004).

E a partir do final do século XVIII, surge o conceito de hospital como instrumento terapêutico, onde as enfermidades são legitimadas com um fator patológico, e não mais consideradas ao acaso. E as questões funcionais e espaciais são valorizadas aperfeiçoando as edificações em saúde. A gênese está ligada aos estudos realizados na Europa, indicando a precariedade das unidades hospitalares pesquisadas, e a relação do espaço físico com as elevadas taxas de mortalidade dos pacientes e as práticas assistenciais da época (LIMA, LUCIMARA. 2010; LIMEIRA, 2006; TOLEDO, 2002a).

Em 1859, Florence Nightingale, uma das precursoras da enfermagem moderna, traz métodos revolucionários de assistências, envolvendo conceitos arquitetônicos, demonstrando que o cuidado tem proporções holísticas. Compreendendo a influência da iluminação natural, ventilação, espaços e medidas sanitárias, traduzindo a verdadeira semântica dos hospitais da época que era não originar malefícios ao paciente (BOEGER, 2012b; LIMEIRA, 2006; MEDEIROS, 2004; TOLEDO, 2002a).

A enfermagem Nightingale, no final do século XIX, tornou-se o componente mais importante e característico da anatomia hospitalar, e nos primórdios do século XX esse modelo era conservado como referência de arquitetura na saúde (LUKIANCHUKI; CARAM, 2008a; MIQUELIN, 1992).

Mello (2008) explana que a primeira organização hospitalar no Brasil foi criada por Brás Cubas em 1543, na cidade de Santos em São Paulo, com o título de Hospital da Santa Cruz da Misericórdia de Santos, modelo esse trazido de Portugal. A finalidade da instituição era prestar caridade e abrigar pobres, desabrigados, enfermos ou moribundos.

Com o nascimento no ocidente do hospital terapêutico, pela primeira vez os nosocômios assumiram a missão de curar. E para que esse objetivo fosse atingido, as práticas médicas e o próprio edifício hospitalar passaram por grandes alterações (TOLEDO, 2008b).

O século XX foi marcado por grandes transformações no campo das ciências médicas e nos sistemas nacionais de atenção à saúde e, conseqüentemente, nas redes de assistência e nos procedimentos de diagnóstico e tratamento (TOLEDO, 2008b, p.42).

Brasil, (2001f), complementa que o hospital contemporâneo está diretamente ligado as relações humanas, onde a eficiência técnica, científica e a ética, formam uma tríade, que considera a singularidade dos atores, abrigando o desconhecido e o aleatório aceitando as fronteiras situacionais.

Esses parâmetros são baseados na forte corrente da humanização que permeia os estudos e as pesquisas sobre a nova arquitetura de instituições de saúde. Acima de todas as outras determinantes, o desenho do novo hospital apoia-se na figura do paciente e na tradução de todos os seus direitos e suas aspirações como usuário do sistema de saúde (SANTOS; BURSZTYN, *apud.* COSTEIRA, 2004, p.87).

2.2 A relação hotelaria hospitalar, hospitalidade, humanização e da arquitetura hospitalar em prol da ambiência

A hotelaria hospitalar oferece atendimento baseando em hospitalidade, humanização e ambiência para a concepção dos ambientes de saúde. Os projetos arquitetônicos hospitalares devem se fundamentar na capacidade de eliminar, reduzir ou controlar os fatores de estresse produzidos por esses ambientes. As propostas ambientais devem remeter ao paciente a percepção de valores e bem-estar em seu contexto diário (ALMEIDA, 2009; SOUZA, 2006).

Para Taraboulsi (2009), não há menor possibilidade da existência da hotelaria hospitalar sem a coexistência da

hospitalidade, já que a primeira tem por premissa a busca contínua da excelência, conciliando os objetivos do hospital com o ato de hospedar; e a segunda, o propósito de abreviar o sofrimento dos utentes e seus familiares por meio do acolhimento, articulando ações de humanização ao conceito da ambiência.

A humanização resultante da implantação da hoteleira hospitalar tem por finalidade estabelecer uma relação intrínseca aos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento. Adotando uma postura ética, respeitando o próximo e o acolhendo, compreendendo seus limites, concatenando o cuidado técnico-científico, com o inconsolável, o diferente e singular refletindo sobre as práticas das instituições de saúde, buscando alternativas diversas para as formas de acolhimento e de trabalho no contato com os diferentes sujeitos inseridos nesse meio (BOEGER, 2008a; Id. 2012b; GODOI, 2008; MELLO, 2008; MEZZOMO, 2001; TARABOULSI, 2009; VASCONCELOS, 2004).

A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutive e humana (BRASIL, 2010a, p. 05).

Do mesmo modo, Brasil (2010a), expõe que a definição de ambiência, no projeto de arquitetura dos espaços de saúde, atinge um avanço qualitativo no que tange a humanização. Transcende a convencional produção técnica, simples e formal dos ambientes, passando a ponderar a intangibilidade das circunstâncias e contemplar o ser humano de forma integral em busca do seu bem-estar biopsicossocial. A figura1 a seguir exemplifica a composição do conceito de ambiência:

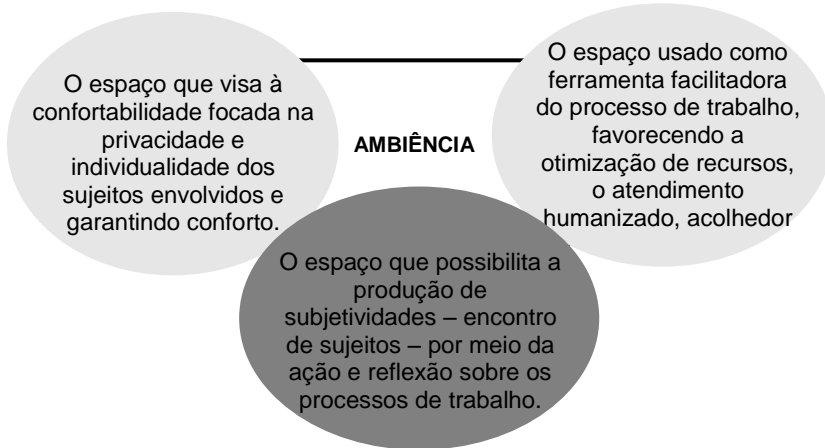


FIGURA 1 - Os três eixos da ambiência

Fonte: Adaptado da Cartilha da Ambiência, BRASIL, 2010a., p. 6.

Os elementos do ambiente que atuam como modificadores e qualificadores do espaço no ambiente hospitalar estão referidos no QUADRO 1:

QUADRO 1 - Parâmetros da ambiência

Morfologia	Espaços são criados pelas formas, dimensões e volumes. A configuração e criação desses espaços podem se voltar para um lado estético, propiciando beleza ao ambiente, não se esquecendo da funcionalidade do lugar.
Luz	A iluminação, seja natural ou artificial, além de necessária para a realização de atividades, contribui para a composição de uma ambiência mais acolhedora. A iluminação natural deve ser garantida a todos os ambientes.
Cheiro	Considera os odores que podem compor o ambiente, pois alguns fatores visualmente imperceptíveis exercem forte influência sobre o estado de bem-estar do sujeito que ingressa na instituição de saúde.

Som	A utilização de música ambiente em alguns espaços como enfermarias e esperas. É importante considerar a proteção acústica que garanta a privacidade e controle de alguns ruídos.
Sinestesia	Diz respeito à percepção do espaço por meio dos movimentos. Para isso, contamos com nossos sentidos: Visão – primeiro contato; Olfato – os odores estão soltos pelo ar a todo o momento; Tato – percepção da formação do espaço através das texturas; Audição – nos permite ouvir os sons e nos comunicar oralmente; Sentido térmico – sensação da temperatura.
Arte	Atua como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas, sendo um instrumento de interação do espaço com os sujeitos, uma vez que transmite sensações e influência no estado dos mesmos.
Cor	As cores podem ser um recurso útil, pois 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.
Áreas Externas	A parte externa se constitui muitas vezes em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores, ambiente de “estar” de pacientes e de seus acompanhantes. Jardins e áreas com bancos podem se tornar lugar de bem-estar e relaxamento.
Privacidade e Individualidade	A privacidade diz respeito à proteção da intimidade do paciente que muitas vezes pode ser garantida com uso de divisórias, cortinas e elementos móveis que permitam ao mesmo tempo integração e privacidade. Individualidade refere-se ao entendimento de que cada paciente é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico.
Confortabilidade	Também pressupõe possibilitar aos usuários itens básicos que promovem a conforto e acessibilidade aos espaços.

Fonte: Adaptado da Cartilha da Ambiência, BRASIL, 2010a., p. 8-11.

Bross, (2013) afirma que para humanizar os espaços é preciso torná-los amigáveis para os indivíduos nas esferas psicológicas, sociais, e no que tange à sua funcionalidade, estimulando-os a constituir identidade e satisfação, centrando no comportamento das pessoas para que assim, sejam criados ambientes que influenciem positivamente concomitante ao modelo de atenção.

Distinguir os diversos elementos que integram a edificação hospitalar, em todos os seus aspectos (operacionais, dimensionais, infra estruturais, ambientais e relacionais), é crucial para produzir uma arquitetura hospitalar de qualidade TOLEDO, 2008b).

Essas características são indissociáveis ao bem-estar dos sujeitos, e para elucidar essa afirmativa, serão relatadas a seguir algumas instituições brasileiras que buscaram a ambiência e a arquitetura como recurso terapêutico no seu cuidado.

O Hospital Copa D'Or, no Rio de Janeiro, localizado no conhecido bairro de Copacabana, passou por modificações nas suas instalações a fim de oferecer suítes decoradas com mobiliário especial, combinando não só por cama, armário e mesa de cabeceira, mas também estofados confortáveis e mesas de centro situados em um segundo recinto (NEMETZ, 2015).

A intenção do projeto foi criar uma atmosfera mais aconchegante; no chão, piso vinílico que imita madeira, para aquecer o ambiente e trazer uma sensação acolhedora. As recepções receberam materiais nobres como o mármore e obras de arte amplas para remeter a um hotel. Nos consultórios médicos, para evitar o distanciamento que se impõe pela mesa que fica entre médicos e pacientes, a proposta foi colocar três poltronas em semicírculo, com uma mesa colocada lateralmente, a fim de gerar mais interação, e para que a proximidade desperte confiança atingindo o objetivo de fazer os pacientes se sentirem em casa (NEMETZ, 2015).

Já o hospital Alemão Oswaldo Cruz, em São Paulo, oferece espaços verdes com plantas, flores, um carpete de grama minuciosamente cuidado, e 355 árvores que têm morada para beija-flor. Os quartos de luxo impressionam, pois além do cômodo principal, são três TVs, duas antessalas com sofá-cama,

dois frigobares, dois cofres, viva-voz e dois banheiros, revistas e assinatura de jornal diário. As persianas podem ser manejadas via controle remoto da cama do paciente. O destaque do Oswaldo Cruz fica por conta da cozinha, comparada a alta gastronomia que de longe pode ser comparada a "comida de hospital" (DIMENSTEIN, 2005).

Os hospitais da Rede Sarah Kubitschek foram escolhidos nesse estudo, para compor um tópico exclusivo de discussão nessa sessão, por serem referência na arquitetura devido às soluções espaciais criadas por João Filgueiras Lima, o Lelé; pela qualificação da equipe médica, e principalmente pelo compromisso prioritário com o atendimento gratuito e qualificado ao doente (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

2.2.1 A Rede Sarah Kubitschek: Doenças do aparelho locomotor

O Hospital de Doenças do Aparelho Locomotor Sarah Kubitschek de Brasília (HDAL) é a instituição que deu origem à Rede Sarah que atualmente dispõe de nove unidades. Além de Brasília, existem as unidades Salvador, São Luís, Belo Horizonte, Fortaleza, Rio de Janeiro, Macapá e Belém. A obra de João da Gama Filgueiras Lima, o Lelé, modifica o cenário das edificações hospitalares do final do século XVIII, onde o enfermo ficava aguardando pacientemente a cura ou a morte em ambientes insalubres. A arquitetura hospitalar de Lelé surge como grande contribuição para o hospital contemporâneo, restituindo a capacidade de cooperar para o processo de cura do edifício hospitalar, priorizando o conforto ambiental e visual, e o bem-estar de todos os usufrutuários de seus espaços (ALVES, 2011; TOLEDO, 2002a; Id. 2008b).

As unidades da Rede Sarah possuem uma interação entre os processos terapêuticos e as soluções arquitetônicas, abrangendo a importância que tem os recursos espaciais criados por Lelé para as práticas médicas, juntamente com o mobiliário e equipamentos hospitalares que são desenvolvidos nas unidades

da rede, e com isso, além de buscar soluções funcionalmente corretas, tem o cuidado de humanizar os hospitais, produzindo ambientes que estimulem o processo de cura (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

Nos hospitais da Rede Sarah, os ambientes flexíveis estão sempre adjacentes a jardins e a espelhos d'água, pois estes suavizam a radiação solar e, por conseguinte, impedem o rápido aquecimento do ar. Ao mesmo tempo, os jardins internos favorecem a integração do paciente as áreas externas de reabilitação. Esses espaços servem de transição entre áreas com ventilação artificial e natural (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

A ventilação natural dos hospitais da Rede Sarah Kubitschek tem dois sistemas de ventilação que podem operar concomitantemente: o de convecção, em que o ar frio é infiltrado por meio das galerias de ventilação do subsolo, com o acesso favorecendo o efeito de sucção a favor dos ventos dominantes; e o de arejamento cruzado, por ambiente, com aberturas voltadas em sentido antagônico. O sistema de condicionamento de ar artificial atende aos ambientes especiais: centro cirúrgico, internação, central de materiais esterilizados, informática, curativos do ambulatório, diagnóstico por imagem, circulação de pacientes, etc. Lelé inovou e retirou um vilão em termos de gasto de energia: o ar-condicionado dos hospitais (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

O clima tropical de Brasília no verão é úmido e chuvoso; e no inverno seco e relativamente frio. A colocação de ar-condicionado, além de oneroso, apresentaria ambientes internos herméticos demais, impedindo a integração com os jardins. Dessa forma, o arquiteto escolheu para os ambientes a ventilação cruzada, que ocorre por meio de aberturas de *sheds* em direção à nascente. Os *sheds* possuem basculantes que ajudam a controlar a ventilação e a incidência do sol nos ambientes (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

Ao projetar os hospitais da Rede Sarah Kubitschek, o arquiteto Lelé, sempre se importou em criar locais amenos, generosos, lúdicos, ricos em volumes e cores: a própria expressão e sentido da palavra reabilitação, favorecendo o

processo de humanização dos ambientes e a flexibilidade para atender à constante necessidade de reformulação e expansão. Com isso o arquiteto conseguia harmonizar o conforto ambiental dessas estruturas para beneficiar e estimular a produtividade e o conforto biopsicossociais para todos os usuários (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

O projeto contempla a penetração abrangente de luz solar no ambiente hospitalar, particularmente nas enfermarias, o que influi diretamente na recuperação dos pacientes. A criação da cama-maca que tem como proposta oferecer mobilidade ao paciente e independência para circular por todo hospital, podendo até mesmo passear pela enfermaria e seus jardins. Outro aspecto inovador é a internação em enfermarias coletivas que tem como proposta não isolar os pacientes e oferecer ambientes mais acolhedores (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

O projeto de arquitetura da Rede Sarah atinge um grau de consolidação do conceito de hospital terapêutico e tecnológico com foco na cura e no cuidado. Suas soluções convergem para propiciar que os pacientes possam locomover-se com autonomia permitindo-lhes a reconquista do movimento (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

O ginásio de reabilitação infantil possui no anel, uma cúpula de fibra de vidro (figura 2), permitindo um maior aproveitamento da luz natural para o *playground*⁶ e a piscina. Os painéis usados no fechamento apresentam desenhos geométricos de autoria do arquiteto e artista plástico Athos Bulcão (figura 3 e 4) (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

⁶ Playground: área ao ar livre usada para a recreação infantil.



FIGURA 2 - Estrutura do ginásio

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.117.



FIGURA 3 - Ginásio infantil

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.116.



FIGURA 4 - Divisória, madeira pintada, ginásio. Foto: Tuca Reines

Fonte: <http://www.fundathos.org.br/galeriavirtual>

O corredor de acesso à radiologia é marcado pelo acesso aos jardins, com abertura para a luz natural e painéis de azulejos com cores tocantes, e presentes da obra do arquiteto e artista plástico Athos Bulcão, quebrando a monotonia dos largos e longos corredores. Diferente sensação pode ser observada nas figuras 5 e 6. É possível observar a busca pela qualidade do lugar com a paisagem, com o conforto ambiental e visual (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 5 - Incidência de iluminação natural no interior do hospital

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.128.



FIGURA 6 - Circulação interna do hospital

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.128.

Outra diferenciação dos hospitais projetados por Lelé é o desígnio de privilegiar os recursos dirigidos à coletividade, como

a tendência em abrir as enfermarias, para garantir um atendimento adequado e igualitário a todos os pacientes. Os hospitais da Rede Sarah possuem como característica à complementação terapêutica com acesso fácil dos doentes a espaços verdes adjacentes às áreas de tratamento e internação, que permitem a realização de exercícios ao ar livre (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

O paisagismo acessível na Rede Sarah tem por finalidade a redução de custos com medicamentos e tempo de internação. Dessa forma, o EAS gera benefícios para os pacientes, como diminuição no nível de ansiedade e estresse; e aumento de sua independência, trazendo maiores benefícios. O hospital é ameno, rico em volumes e cores, conforme podemos observar na porta-painel de acesso às enfermarias (figura 7) (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 7 - Porta-painel de acesso as enfermarias

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.130.

Em relação à comunicação visual dos espaços da Rede Sarah, a figura 8 mostra o uso da cor nos pisos, nos revestimentos e no mobiliário, quebrando a monotonia com o intuito de impressionar, expressar e construir. Com a predominância das tonalidades quentes e estimulantes o suficiente para manter os pacientes despertos, e os colaboradores com uma boa produção. Dessa forma, o local fica com aspecto vivo e animado (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 8 - O uso das cores, texturas e revestimentos

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.130.

Nos hospitais da Rede Sarah o uso de cores alternadas imprime vivacidade ao espaço. As cores como o vermelho, amarelo e laranja atenuam os volumes, mas empregadas pontualmente harmonizam o uso do branco em quase toda extensão do hospital. As figuras 9 e 10 mostram o efeito das cores em uma parede colorida e um painel decorativo no átrio dos elevadores, da enfermaria e sala de espera de internação do hospital Sarah (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 9 - Painel decorativo no átrio dos elevadores

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.133.



**FIGURA 10 - Relevo, madeira pintada, sala da espera de internação.
Foto: Ricardo Padue.**

Fonte: <http://www.fundathos.org.br/galeriavirtual>.

A figura 11 exibe a sala de espera para o atendimento, revelando a coerência entre o ambiente externo e o interno. A transparência da edificação e a paisagem bem cuidada tornam esse momento de busca pela recuperação da saúde do paciente mais ameno, e nesse espaço, a iluminação e a ventilação natural foram projetadas para que durante o dia não seja necessário o uso de luz artificial (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 11 - Espera para o atendimento e a integração entre o ambiente interno e externo

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.136.

Os fomentos visuais no interior da edificação foram trabalhados como unidades; as cores e as texturas delineadas por Athos Bulcão foram minuciosamente pensadas para enobrecer a arquitetura do hospital, despertando o lúdico e encantando as crianças devido ao uso das cores, e pela existência de um aquário no jardim de inverno localizado na espera do atendimento ambulatorial. Esse paisagismo influencia diretamente no conforto térmico, visual, acústico e olfativo; na sensação de aconchego, de contato com a natureza, que interfere positivamente no bem-estar dos ocupantes do ambiente hospitalar (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

A arquitetura da Rede Sarah, independente da época, sempre priorizou os princípios de economia, funcionalidade e racionalidade, pois sua dimensão artística nunca foi deixada à parte. O arquiteto buscou em todos os seus projetos a congruência da relação homem/natureza em prol da humanização dos espaços (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

Os *sheds* (figura12) das coberturas permitem a incidência controlada da iluminação natural nos ambientes, o que institui como um fator irrefutável no controle da infecção hospitalar, além de favorecer a ventilação vertical, e componentes arquitetônicos marcantes em todos os hospitais da Rede Sarah (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

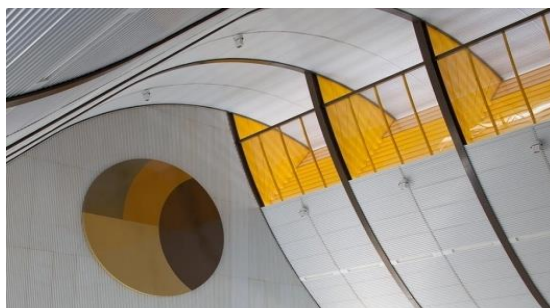


FIGURA 12 - Sheds no ginásio de reabilitação do hospital.

Fonte: http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arc064/arc064_03.asp

A arquitetura contemporânea proposta, destaca o cuidado no conforto ambiental. A figura 13 estampa um corredor de circulação da administração e serviços gerais do hospital, onde teto e paredes são alvos; e o piso claro, deixando espaço franco e tênue (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 13 - Circulação da administração e serviços gerais do hospital

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.148.

A figura 14 demonstra a conexão do ambiente interno/externo do hospital, na sala de espera do ambulatório. A cor amarela indica calor e jovialidade, sendo avaliada como uma cor instigante, exuberante, e concebendo naturalidade ao espaço (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 14 - Vista externa da espera do ambulatório e detalhes da abertura de janelas

Fonte: A percepção visual como elemento de conforto na Arquitetura hospitalar, Alves, 2011, p.151.

A humanização dos ambientes da Rede Sarah, convergiu para a integração do processo terapêutico do paciente e a qualidade dos serviços de saúde prestados. Um exemplo disso é o espaço externo onde são oferecidas terapias de equilíbrio, hidroterapia e exercícios náuticos onde essa aproximação do paciente e profissionais ao exterior, nutre a satisfação e bem-estar dos sujeitos. As figuras abaixo mostram as atividades realizadas ao ar livre (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 15 - Integração de paciente e profissional na prática de hidroterapia ao ar livre

Fonte: <http://www.sarah.br/a-rede-sarah/nossas-unidades/>.



FIGURA 16 - Atividades coletivas ao ar livre

Fonte: CAU/BR - <http://www.caubr.gov.br/>.

No bloco da fisioterapia infantil (figura17), a beleza plástica peculiar do espaço proporciona integração com o espaço

exterior, trabalhados com formas ingênuas, desenhos geométricos de Athos Bulcão, propiciando o lúdico, o movimento e a continuidade da figura (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 17 - Painel em madeira pintada, creche, 1999. Foto: Tuca Reines.

Fonte: <http://www.fundathos.org.br/galeriavirtual>.

Nos centros de reabilitação da Rede Sarah Kubitschek a cor é um item essencial no arranjo do projeto, articulando a arte e arquitetura, complementando o espaço. Os painéis decorativos em madeira e concreto; os azulejos sugeridos pelo artista Athos Bulcão evidenciam a delicadeza de mesclar a luz natural e os elementos multicoloridos sem violar o equilíbrio ambiental e sensorial (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).



FIGURA 18 - Esperas com a integração do branco e o colorido

Fonte: <http://www.sarah.br/a-rede-SARAH/nossas-unidades/unidade-belem/>.

As salas de espera têm a cor branca como a principal são tratadas com elementos pontuais (cadeiras de espera) repetitivos em cores diferentes: branco, amarelo, verde, azul e alaranjado, sendo coadjuvantes dos lugares. Sem excessos, mas harmônicos; delimitando espaços e atendimentos diferenciados, e organizando os espaços remanescentes, permeados por jardins, integrando os espaços e eliminando a ansiedade dos usuários. As cores aplicadas refletem a luz e intensificam a iluminação; nos quartos dos pacientes somente há elementos pontualmente coloridos, sendo o restante branco amenizando as sensações (ALVES, 2011; LIMA, J. 2012; TOLEDO, 2008b).

Os hospitais da Rede são de referência para arquitetura hospitalar brasileira, seus espaços sempre projetados para visar o conforto ambiental e a humanização, exemplifica com honra a aplicação do conceito de ambiência integrando a funcionalidade, com a modernidade e o aproveitamento elevado dos recursos naturais a favor do bem-estar dos sujeitos que utilizam os espaços.

2.3 A normatização da arquitetura hospitalar brasileira

Na década de 1970, o Ministério da Saúde (MS) atento ao acelerado processo de urbanização brasileira derivando demanda de serviços essenciais, como os da saúde, reorganizou as normas relacionadas à edificação hospitalar. E em 17 de julho de 1975 promulgou a lei nº 6.229, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde e confere ao MS competência para a fixação de normas e padrões para os prédios e instalações do serviço de Saúde (GÓES, 2011).

Em 31 de dezembro de 1975 anunciou o decreto nº 76.973 que determina sobre as normas e padrões para prédios destinados a serviço de saúde, credenciação e contratos com os mesmos, e dá outras providências. Em 11 de fevereiro de 1977 o MS aprovou a portaria nº 400/BSB que traz os conceitos, definições e determinações do decreto nº 76.973 recomendando

providências para a sua publicação em território nacional (GÓES, 2011; SAMPAIO, 2006a).

Foi em 06 de dezembro de 1979 que o MS lançou a portaria nº 61/BSB que discorre sobre as normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde (GÓES, 2011; SAMPAIO, 2006a).

Em 11 de novembro de 1994, o mesmo publicou a portaria nº 1.884/GM que estabelece as normas de aprovação dos projetos físicos das EAS de construções novas, ampliação e reformas. Essa portaria revogou a portaria nº 400/BSB de 1977 (GÓES, 2011; SAMPAIO, 2006a).

Para revisar a portaria nº 1.884, em 31 de dezembro de 1997, a Secretária da Vigilância Sanitária submeteu a consulta pública através da portaria nº 674 que permaneceu quatro anos em discussão em congressos, seminários e reuniões técnicas, com a finalidade de angariar o maior número de participações na implementação de uma nova norma (GÓES, 2011; SAMPAIO, 2006a).

Com a implantação, em 1999, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a finalidade de regular e fiscalizar todas as atividades ligadas à área da saúde, normatizando todos os projetos arquitetônicos dos EAS (DAL LAGO et. al., 2013; GÓES, 2011).

Finalmente em 19 de março de 2002 foi publicada a Portaria GM/MS nº 554, com a Resolução da Diretoria Colegiada RDC-50, de 21 de fevereiro de 2002a, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Os projetos arquitetônicos de estabelecimentos de saúde devem se adaptar à norma, até os que foram edificados antes da sua criação (DAL LAGO et. al., 2013; GÓES, 2011; SAMPAIO, 2006a).

A RDC nº 50 descreve os passos para desenvolver os projetos físicos do edifício de saúde. A norma é considerada um avanço no que diz respeito à legislação que rege a arquitetura hospitalar (DAL LAGO et. al., 2013; GÓES, 2011).

Em 14 de novembro de 2002 a ANVISA divulgou a RDC n.º 307, retificando a RDC n.º 50. Nela foram realizadas alterações

no que tange os projetos de EAS, e obriga a serem elaborados conforme o que preconiza as resoluções (GÓES, 2011; SAMPAIO, 2006a).

E, em 18 de julho de 2003, a ANVISA publicou a RDC n.º 189, que altera os procedimentos de análise, avaliação e aprovação das plantas físicas dos ambientes de saúde, onde a vigilância sanitária estadual e municipal assume a responsabilidade de homologar a liberação do projeto e institui a obrigatoriedade de um profissional do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (CREA) para fazer parte da equipe de inspeção final da obra (GÓES, 2011; SAMPAIO, 2006a).

Moura (2008) complementa que a programação de construção de qualquer EAS deverá seguir necessariamente uma lista de exigências e normativas. As resoluções, leis, portarias, normas, decretos e consultas públicas desses órgãos mencionados dispõem basicamente da programação arquitetônica⁷, o zoneamento⁸, detalhes arquitetônicos⁹⁻¹⁰ e por fim o anteprojeto¹¹ visando o conforto das edificações hospitalares e de assistência de saúde, mas principalmente o controle da infecção hospitalar.

Aspectos quantitativos são acentuados na legislação e os ambientes precisam ter as dimensões mínimas determinadas na norma, de acordo com a atividade exercida no espaço, perdendo a flexibilidade projetual. Entretanto, a arquitetura hospitalar contemporânea precisa ponderar o bem-estar psicológico dos sujeitos inseridos no espaço e para isso, elementos qualitativos precisam ser adotados para estabelecer o conforto ambiental e o estímulo sensorial do usuário (ALVES, 2011; DAL LAGO et. al., 2013).

⁷ Compreende a fase de pré-dimensionamento; frequência de espaços; modulação; espaços e áreas; e a adequação e análise de acordo com a RDC n.º 50, ANVISA, MS e ABNT.

⁸ Área por unidade; grafo geral; fluxograma geral; zoneamento com fluxos; e partido arquitetônico.

⁹ Referente as instalações: elétrica; telefonia; proteção de descargas atmosféricas; hidro sanitária; ar condicionado; segurança; gases; sons e outras; sendo que todos esses aspectos devem obedecer à RDC n.º 50, ANVISA, MS e ABNT.

¹⁰ Os ambientes devem ser analisados quanto às condições higrotérmicas; condições acústicas; luminosas e o controle de infecção hospitalar

¹¹ A localização; situação; planta baixa geral e por unidade e cortes esquemáticos; fachadas; perspectivas; memorial descritivo; especificações sumárias de materiais.

O ser humano possui facilidade para se adaptar às mais diversas situações ambientais, por isso, em muitos hospitais, o que acontece é uma aceitação dos funcionários e pacientes às instalações, mesmo não contando com o auxílio destas para o desempenho de suas atividades, o que provoca uma queda na produtividade. Portanto, nos hospitais, as equipes trabalham sob tensão, e os fatores ambientais não podem ser mais um motivo de estresse (ALVES, 2011, p.149).

Brasil, (2014h), afirma que as diversas legislações determinam que as construções do espaço para serviços de saúde foram constituídas sob modelos históricos de conforto, que privilegiaram os profissionais de saúde em relação ao controle de infecção hospitalar e os fatores científicos e aspectos que visam a humanização e o bem-estar do utente são abordados de forma sucinta.

Embora a ANVISA tenha desenvolvido estudos a respeito do emprego da ambiência em busca do equilíbrio entre as determinações formais dos regulamentos existentes, e as normatizações técnicas aliadas à diversidade ambiental, social e cultural, pode-se afirmar que a gênese desse assunto é muito breve. Exemplo disso é o lançamento em 2014 do Manual Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (BRASIL, 2014h).

Porém, o conceito arquitetônico e de ambiência vai além do que a jurisprudência desse âmbito preconiza, havendo a necessidade de se englobar os estímulos sensitivos com vista ao bem-estar do paciente, familiares, colaboradores, do corpo clínico e de todos àqueles que desempenham o seu papel direta ou indiretamente na prevenção e promoção à saúde.

A compreensão da solução arquitetônica das edificações em saúde precisa atender às demandas tecnológicas, às características geográficas, a cultura e à flexibilidade dos espaços fixada pelas determinantes epidemiológicas. Deve contemplar a satisfação do utente por meio do conforto ambiental em seu múltimodo: visuais, higratérmicos, acústicos, lumínicos, olfativos e ergonômicos (BRASIL, 2014h).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes (MINAYO, 2010, s/p).

As pesquisas descritivas visam a descrição dos atributos de determinados elementos ou compor analogias entre variáveis. E a pesquisa exploratória tem como finalidade o refinamento dos conceitos (GIL, 2010; Id., 2010, *apud*. SELLTIZ et al., 1967).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital-dia¹², privado, com fins lucrativos, e de especialidade oftalmológica e assistência ambulatorial, localizado no município de Joinville na região metropolitana norte/nordeste do Estado de Santa Catarina.

Inaugurado em 1942 como um Centro Oftalmológico, implantou na década de 1990 o Centro de Diagnóstico e o Centro Cirúrgico dando origem ao Hospital de Olhos. Atualmente

¹² Unidade hospitalar onde os pacientes recebem cuidados de saúde de forma programada, permanecendo durante o dia sob cuidados médicos e não requerendo estadia durante a noite (BRASIL, 2002g).

oferece um espaço de 10 mil m², centros cirúrgicos com quatro salas de cirurgias, três salas de pequenos procedimentos, dois setores de diagnósticos com nove salas, setor exclusivo de cirurgias refrativas, um setor exclusivo de lentes de contatos e próteses, 43 consultórios (divididos em áreas por especialidades), um consultório de atendimento exclusivo para conjuntivite, esperas exclusivas, restaurante e estacionamento (PREMIER, 2013).

Posiciona-se como centro de referência na oftalmologia brasileira. Oferece em seu portfólio um seguimento completo de serviços, como consultas, exames e cirurgias. Dispõe de um corpo clínico com 28 médicos em diversas especialidades oftalmológicas e inclui outros profissionais como: 3 ortoptistas¹³, 2 residentes, 3 *fellowships*¹⁴ e um quadro de 235 colaboradores próprios e 30 colaboradores terceirizados (HEALTHCARE Management, 2013, p.32).

O QUADRO 2 vem ilustrar o cenário da instituição pesquisada em números de acordo com os serviços oferecidos:

QUADRO 2 - Panorama dos atendimentos no ano de 2014

Modalidades	Total
Consultas	89.901
Retorno de Consultas	33.039
Exames	58.071
Cirurgias Convencionais	8.746
Cirurgias a Laser	4.722
Total Geral	194.479

Fonte: Acervo EAS pesquisado.

¹³ O ortoptista é o profissional da ortóptica, que é um ramo auxiliar da oftalmologia que trata de distúrbios e defeitos da visão sensorial e motora. O ortoptista procura corrigir as anomalias da visão sem recorrer à cirurgia, utilizando-se de métodos de fisioterapia ocular, de exercícios, de equipamentos e ferramentas de estimulação sensorial, como lentes prismáticas e filtros.

¹⁴ A palavra que, em inglês, significa associação, quando usada para identificar um integrante quer dizer colega (*fellow*) e prevê exatamente o aperfeiçoamento por meio do acompanhamento das atividades de um profissional reconhecido.

3.3 Participantes do estudo

Os sujeitos do estudo foram três (3) profissionais envolvidos no desenvolvimento do projeto arquitetônico hospitalar da instituição. Foram incluídos no estudo todos os profissionais, independente da sua formação acadêmica, que participaram do processo de desenvolvimento da arquitetura e ambiência na instituição. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que não estavam atuando na instituição, no transcorrer da coleta de dados, por motivo de férias, licença, falta ou aquele que não tenha capacidade de comunicação verbal ou algum distúrbio neurológico que dificulte sua compreensão.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no transcorrer dos meses de abril a maio de 2014, por meio da observação passiva e de entrevista semiestruturada.

Define-se como observação passiva aquela onde o pesquisador tem o papel de espectador não interferindo ou interagindo com o meio pesquisado (BUY, 2012).

Enquanto, na entrevista semiestruturada, o investigador tem uma lista de questões ou tópicos para serem respondidos, como se fosse um guia. Nesse modelo, a ordem das perguntas não necessita ser rigorosamente seguida podendo até ser formuladas novas questões no decorrer da entrevista (MATTOS; LINCOLN, 2005).

Observou as áreas comuns como recepções, saguão, área externa e outros ambientes por meio de entrevistas semiestruturada, com questões abertas, realizadas com os sujeitos do estudo.

Para a realização da etapa de observação da coleta de dados utilizou-se como roteiro a cartilha de ambiência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), e o estudo de alguns autores como João Carlos Bross (2013); Mario Ferrer (2012);

Marieli Azoia Lukiantchuki e Rosana Maria Caram (2008a); Jaqueline Gaspar Teixeira e Carlos Augusto de Melo Tamanini (2005), bem como a adaptação de um instrumento validado e utilizado em estudo anterior por Fernandes e Göttems (2013), entre outros pesquisadores do assunto.

As entrevistas ocorreram com base em um roteiro semiestruturado (apêndice 2) e foram realizadas dentro das dependências da própria instituição, após esclarecimentos sobre a pesquisa aos sujeitos, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As mesmas foram gravadas com auxílio de um gravador, e posteriormente transcritas na íntegra e realizadas correções ortográficas em suas falas; porém sem perder a essência do seu conteúdo.

3.5 Análise dos dados

Os dados serão analisados a luz da análise de conteúdo (BARDIN,2011).

A análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, e essa metodologia é subdividido na organização da análise, na codificação, categorização, inferência e a interpretação. A organização da análise é a fase que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias. Já a codificação é o processo de transição dos dados bruto em unidades de significado. A categorização consiste em agrupar as unidades de significado em razão das características comuns desses elementos, estabelecendo as temáticas. Por fim, o pesquisador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o quadro teórico, e os objetivos propostos; ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material (BARDIN, 2011).

3.6 Questões éticas

Os dados obtidos serão armazenados de forma eletrônica por um período de cinco anos e posteriormente eliminados.

Para proteger a identidade do hospital estudado seu nome será preservado e, em relação aos entrevistados, os profissionais estão referidos com números e letras sempre que se utilizar de fragmentos das falas dos mesmos. Os profissionais são codificados como P1, P2 e P3.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As edificações projetadas para atividades em saúde devem favorecer a satisfação aos diferentes sujeitos inseridos no ambiente hospitalar, constituindo-se nelas uma ferramenta terapêutica (BROSS, 2013).

A seguir, no QUADRO 3, expõe-se a compreensão do ambiente, da instituição estudada pela pesquisadora, em relação aos pontos chave referidos na cartilha de ambiência do Ministério da Saúde, com base na sua observação passiva:

QUADRO 3 - Distribuição dos aspectos de ambiência hospitalar observados no hospital

Quesito	Destaque
Morfologia	Os espaços são funcionais e acessíveis, a estrutura foi bem adequada para as necessidades dos usuários.
Luz	Em todos os ambientes há a presença da luz artificial, porém ela é apenas um complemento da iluminação natural. Os espaços têm um grande aproveitamento da luz natural.
Cheiro	Os ambientes não têm qualquer odor característico que possa interferir no bem-estar dos usuários.
Som	As áreas comuns possuem som ambiente através de uma rádio própria que tocam <i>playlists</i> variadas, além de ser um canal de comunicação com o paciente.
Sinestesia	O espaço é amplo e proporciona boa circulação, a temperatura é agradável, e é possível ter a sensação de limpeza e tranquilidade.
Arte	São propostos painéis esculpidos em bronze, quadros coloridos e obras de arte abstratas nas áreas de circulação do paciente e nas recepções, a fim de haver um estímulo sensorial.

Cor		Tem como cor predominante várias nuances de bege. O colorido é usado em detalhes para trazer uma atmosfera de alegria. A cor foi adotada também na comunicação visual dos ambientes de forma lúdica, facilitando o deslocamento dos pacientes e familiares.
Tratamento áreas externas	das	A entrada ao hospital é convidativa possui uma fonte d'água ao abrigo do sol com bancos para que os pacientes possam se sentar, além disso há um jardim que torna o ambiente atrativo e aconchegante.
Privacidade individualidade	e	As esperas são divididas por especialidades médicas para que os pacientes possam ser atendidos com exclusividade, os consultórios possuem isolamento acústico garantindo a privacidade e o sigilo das informações.
Confortabilidade		As recepções são amplas, e confortáveis; nesses espaços são oferecidas a opção de ouvir a música ambiente, ler, ver televisão ou acessar a internet. Além disso, são oferecidos água e café; e em todos os andares há sanitários adaptados para deficientes e fraldário.

Fonte: Autora, 2015.

Observou-se que o processo de humanização dos espaços, no hospital estudado, iniciou-se com a escolha dos materiais empregados, utilizados de maneira a realçar formas e volumes projetados para garantir um design diferenciado, ousado, com eficiência, qualidade, ergonomia e muito conforto, permitindo a criação de um ambiente hospitalar único.

Fazendo uma correlação entre o hospital estudado e a Cartilha da Ambiência do MS, foi possível afirmar que a organização projetou a construção dos espaços com arquitetura além da normativa, tendo a preocupação quanto ao conforto ambiental e tudo que possa facilitar as atividades desenvolvidas no ambiente como: a organização espacial adequada, funcionalidade, conforto flexibilidade, expansibilidade e racionalidade dos espaços, acessibilidade, adequado os espaços ao bom desempenho da sua atividade. Articulando esses

elementos a sofisticação, o requinte e a tecnologia, buscando conceber um ambiente humanizado.

O estudo em torno da humanização da ambiência é um instrumento para a construção de um espaço de qualidade tanto para usuários quanto para profissionais, sabendo que essa busca pela qualidade é incessante é uma preocupação eminente do hospital contemporâneo (PINHEIRO, 2005).

4.1 Buscando o conforto e bem-estar do utente

De acordo com Góes (2011), a arquitetura hospitalar deve estar atenta a um aspecto essencial do edifício em saúde que são as suas condições ambientais. Os projetos arquitetônicos têm como desafio: incorporar ao hospital contemporâneo a dimensão humana e tecnológica, ao exercício da medicina, de acordo com a visão e as exigências do usuário; esses atributos humanísticos tende a fortalecer e solidificar a imagem desse estabelecimento criando um vínculo de credibilidade com o consumidor de seus serviços, (BROSS, 2013; SANTOS; BURSZTYN, *apud*. COSTEIRA (2004).

Os sujeitos do estudo pensaram no conforto biopsicossocial dos usuários do serviço de forma individual, colocando-os em primeiro plano no projeto arquitetônico. Utilizaram de estímulos sensoriais, que pudesse atingir todas as classes sociais, independente da nobreza ou modernidade dos espaços, pois a essência é a funcionalidade dos espaços.

“A recepção do hospital foi pensada para a pessoa chegar e se deparar com algo tão bonito que ela até esquece que está em um hospital. A ideia foi assim, estar num hospital, mas não pensar em ser um hospital [...] isso vai fazer com que o paciente não pense só no problema dele [...]” (P1).

“Nós procuramos sempre respeitar a individualidade do paciente, prestar um atendimento personalizado porque vemos em outros

hospitais um atendimento frio e aqui não, queremos resolver tudo caso a caso [...]” (P2).

“Tinha uma preocupação muito grande do corpo clínico que isso também não afastasse os clientes para não virar uma coisa ostensiva demais [...]. Eles não queriam que as pessoas se sentissem constrangidas [...] as pessoas tinham que se sentir superconfortáveis, fidelizadas com o atendimento, com a confiança dos profissionais do hospital [...]” (P3).

Ponderando a individualidade e bem-estar do utente como premissa da humanização dos espaços optou-se, também, por desenvolver um projeto de isolamento acústico a fim de garantir o sigilo das informações e a privacidade.

“No hospital também foram utilizadas placas de drywall¹⁵ em montagem dupla, e entre as placas foram colocadas manta de lã de vidro que auxiliam no isolamento acústico [...] as paredes de drywall não param na altura do forro de gesso e continua até em cima para se encontrar com a laje” (P1).

“Todo forro modular que foi usado nos ambientes que permite facilidade de manutenção é acústico, e eles são os melhores. Então usamos um produto realmente de qualidade e mais caro, que tem um aspecto moderno e que proporcione isolamento acústico [...]” (P3).

A tolerância ao ruído é geralmente menor durante o período de adoecimento, e “a exigência do silêncio em hospitais é uma das tradições mais antigas no cuidado com o doente” (BRASIL, 2014h *apud*. HOSKING, 1999, p. 163). Dessa forma, o controle acústico deve ser uma importante estratégia de qualidade do conforto para todos os usuários, pois os ruídos são um fator relevante para a origem do estresse (BRASIL, 2014h).

A aplicação dos princípios da acústica arquitetônica ao projeto de ambientes de saúde deve evitar que os ruídos ou a

¹⁵ Drywall: é um tipo de sistema de construção de forros e paredes com perfis de aço galvanizado, coberto por chapas de gesso acartonado de alta resistência mecânica e acústica.

reverberação do som nos ambientes comprometam a realização das atividades, pois podem afetar a concentração dos profissionais da assistência nos processos de diagnose e terapêutica. Destarte, a aplicação dos materiais de revestimento deve considerar recursos que minimize o impacto dos ruídos e suprimam o desconforto acústico (BRASIL, 2014h; Id., 2014h *apud*. SANTOS, 2009).

O conforto ambiental inerente ao ambiente de saúde sugere que tão importante quanto a acústica é o aproveitamento da iluminação natural; pois a luz natural funciona como um estímulo aos usuários, evitando o estresse causado pela permanência continuada em um ambiente fechado. Além disso, a presença da luz natural em um ambiente proporciona modificações dinâmicas no espaço, pois ao longo do dia existe uma alteração de sua cor, contraste e intensidade (SAMPAIO; CHAGAS, 2010b, p. 159). Convergindo com o autor o projeto arquitetônico do hospital estudado buscou utilizar de forma plena esse recurso natural, como mostra as falas abaixo:

“O primeiro pensamento do dono do hospital foi que ele gostaria de utilizar o máximo da luz natural, em função disso que foi feita toda a fachada de vidro [...]”. (P1)

“A iluminação natural veio do [...] desenvolvido de toda essa fachada envidraçada para ter tanto a luz natural quanto o verde [...] e que isso tinha que ser voltado para os pacientes. E foi escolhido um vidro que tem uma tonalização um pouco verde com dourado que lembram muito lentes de óculos de sol polarizadas, e é uma cor que dá muito conforto visual [...] um tom agradável [...]” (P3).

O clima tropical do Brasil é ideal para um maior aproveitamento da luz natural no interior das edificações. Além disso, a iluminação natural traz benefícios a saúde, porque propicia aos sujeitos envolvidos a percepção do tempo cronológico e climático. Uma boa iluminação possibilita ao usuário, melhor visualização do espaço, com deslocamento seguro, desempenhando tarefas visuais de maneira eficiente e

precisa, sem causar desconforto. (ABNT, 2013a; MARTINS, 2004, *apud*. CORBELLA, 2003).

Estudos comprovam que a luz, tanto natural como artificial, influencia diretamente na cor do ambiente, afetando sua característica. E assim, como o olfato e o paladar são sentidos sensoriais; a coloração também é consequência de uma sensação individual.

As cores exercem grande influência no ambiente, modificando-o, animando-o ou transformando-o, e assim, podem alterar a comunicação, as atitudes e a aparência das pessoas presentes, pois todos nós temos reações às cores (BOCCANERA, N.; BOCCANERA, S.; BARBOSA, 2006, p. 344).

Observa-se que na projeção arquitetônica da instituição houve a preocupação de escolha de tons claros na paleta de cores, buscando proporcionar conforto para o ambiente se tornar agradável e aconchegante, conforme relatos a seguir:

“Na área da saúde a gente sabe que as cores quanto mais claras elas transmitem mais conforto, você se sente melhor, traz tranquilidade. [...] então nós optamos por essas cores realmente para transmitir mais conforto para o paciente se sentir bem. Porque paredes mais escuras acabam cansando e o paciente passa muito tempo dentro do hospital, então a gente tentou trazer tudo mais claro desde o mármore até as paredes enfim, fazer tudo muito clean para a pessoa se sentir bem tranquila aqui dentro” (P1).

“Eu queria um ambiente hospitalar, mas gostoso e aconchegante e eu acho que a gente com essas mil nuances de bege, de off-white, de cremes desde o piso até o uniforme tudo tem várias nuances, porém um ambiente gostoso” (P3).

Além da escolha de tons claros, houve também a preocupação de as sintonizar com os componentes do espaço, criando uma esfera de bem-estar e estímulo. A determinação da gama de cores foi imprescindível para a escolha e aquisição do

mobiliário do ambiente, pois dessa forma foi possível harmonizar os elementos estabelecendo uma atmosfera agradável e atemporal.

“As paletas de cores foram harmonizadas com o mobiliário, até porque quando adquirimos o mobiliário já sabíamos que cor iríamos fazer as paredes [...]” (P1).

A utilização de referências cromáticas na ambientação dos edifícios de saúde tem sido uma prática recorrente. As cores e o mobiliário têm uma função de utilidade objetiva para os usuários de ambientes de saúde: a caracterização do espaço como função e a familiarização com o ambiente (BRASIL, 2014h, p. 84-88).

Para Boccanera, N., Boccanera, S. e Barbosa (2006), a cor é um fator importante no conforto do paciente e deve ser corretamente aplicada no ambiente hospitalar, com o propósito de deixá-lo mais aconchegante. No processo visual a cor é o elemento sensorial mais estimulante; com ela é possível criar ilusões, intervir no espaço e instigar múltiplas reações como: a monotonia ou movimento, diminuir ou aumentar a capacidade de percepção, de concentração e de atenção. Assim, o corpo humano reage à leveza do branco, a suavidade e alegria do amarelo, a profundidade do azul, e a estimulação do vermelho influenciando no bem-estar (LIMA, LÍDIA; MESQUITA, 2011; TEIXEIRA; TAMANINI, 2005).

As cores podem estimular diversas sensações positivas e negativas como alegria, relaxamento, cansaço, frio, estresse, etc.; assim como as condições térmicas e renovação de ar do ambiente. Pessoas sentem mais frio em ambientes que possuem tonalidades frias, e mais calor em ambientes de tonalidades quentes, embora a temperatura seja a mesma (VASCONCELOS, 2004).

Nas falas dos depoentes ficou clara a preocupação em desenvolver o conforto higrotérmico dos locais de espera, possibilitando uma renovação de ar constante e uma diminuição da incidência de calor a fim de propiciar ambientes agradáveis.

“Toda a fachada do hospital tem um isolamento térmico e não somente a fachada, mas toda a cobertura do edifício possui essa tecnologia. No local foi utilizado telhas sanduíche ou termo acústicas, o que reduz em 30% o calor dentro das instalações” (P1).

“[...] As esperas, as circulações e as escadas principais são muito francas e muito abertas, e a renovação é constante. Não é um espaço confinado, e os pés direitos são muito elevados. Em média, nós temos 2,97 metros livre. É muito alto, e não que seja altíssimo; mas hoje em dia é muito confortável você ter o pé direto de quase 3 metros. Isso já dá uma renovação; o ar quente sobe e a sensação térmica é outra do ambiente [...]” (P3).

Conforto térmico, de acordo com ABNT (2005), NBR 7.256, é a satisfação psicofisiológica de um indivíduo com as condições termais do ambiente. As edificações em saúde conforme Brasil, (1994i), necessitam de um projeto de controle das condições de conforto higrotérmico e de qualidade do ar diferentes, levando em consideração as particularidades do público que os frequentam, das atividades desenvolvidas e das características de seus equipamentos. Todavia, se esse recurso não for utilizado de maneira coerente os parâmetros de conforto térmico podem interferir na saúde dos diferentes sujeitos, pois indivíduos submetidos a temperaturas baixas podem ter tremores, déficit de atenção, tensão muscular e nas articulações. Da mesma forma, a qualidade do ar interfere no conforto, já que a baixa umidade do ar causa ressecamento nas vias respiratórias, olhos e pele (LUKIANCHUKI; CARAM, 2010b; SANTANA, 2013).

É importante considerar também as soluções paisagísticas para suavizar as condições térmicas dos ambientes de saúde. Pois a utilização de um projeto paisagístico nesse sentido interfere não somente no conforto higrotérmico, mas no controle cronológico de tempo e espaço, sendo uma característica marcante do hospital contemporâneo.

“Pensamos em explorar essa área verde sempre acompanhando o lado da fachada do hospital para que o paciente tenha a noção

de tempo: que está chovendo, que está sol. Trazer conforto, para ver a natureza e não parecer muito um negócio [...]” (P1).

“O paisagismo foi muito bem pensado, se investiu bastante e a arquitetura pedia um paisagismo muito bom. Não dava para ter uma construção como essa, um projeto tão arrojado [...] é uma estrutura diferenciada como todo o contexto. Não é só um prédio isolado. Ele tem um acesso de qualidade, e todo um modelo de sinalização de acesso externo; tudo num padrão muito alto, e merecia mesmo ter um paisagismo” (P3).

A vegetação intervê tanto no conforto térmico, visual, acústico e olfativo. Além da sensação psicológica de aconchego, de contato com a natureza interferindo de forma auspiciosa no bem-estar dos ocupantes do recinto hospitalar (ALVES, 2011). A utilização do paisagismo pode representar uma contribuição importante para a qualidade climática da edificação e da ambiência (BRASIL, 2014h, p.23).

Na atmosfera hospitalar, o paciente tem por objetivo o restabelecimento da sua saúde. Contudo, o meio interfere de alguma forma nos indicativos fisiológicos desse indivíduo, desvelando experiências positivas ou negativas; deste modo o conforto ambiental deve atender as necessidades dos diferentes sujeitos, incorporando aos projetos a dimensão do conforto ambiental e humano, somado a tecnologia, colaborando para a terapêutica, reabilitação e bem-estar (LIMEIRA, 2006; OLIVEIRA, 2012; VASCONCELOS, 2004).

4.2. Acessibilidade ao serviço

O edifício hospitalar está atrelado a alguns condicionantes físicos, como o terreno, dimensionamento, forma e entorno; o clima local, que pode ou não permitir a utilização de áreas ao ar livre; a disponibilidade de recursos financeiros; e, principalmente, o partido arquitetônico adotado, conseqüentemente, a anatomia do edifício hospitalar (VASCONCELOS, 2004, p.87).

É imprescindível para estudo da ambiência de um hospital compreender como se deu a escolha do terreno no qual o hospital foi construído, pois revela grande importância para o funcionamento e o bem-estar dos sujeitos.

“No projeto também foi pensado na acessibilidade do lugar e decidimos construir aqui o hospital, porque estrategicamente e geograficamente é melhor para o paciente chegar. E aqui ficou muito bom para quem vem de outras cidades, pois 49% dos pacientes do hospital são de fora. Então fica muito próximo para quem vem da BR-101, e para pacientes que tem carros obviamente é melhor também. [...]” (P1).

A escolha geográfica do terreno deve seguir alguns aspectos ambientais, conforme o quadro 4:

QUADRO 4 - Aspectos ambientais

Aspectos	Descrição
Localização	Transporte público acessível; possui qualidade do ar; livre de grandes ruídos e outros.
Orientação	O edifício tem adequada orientação solar.
Volumetria	Permite a penetração da brisa utilizando elementos permeáveis.
Entorno	Aproveitamento da vegetação local de fácil manutenção; o local é bem iluminado.
Topografia	A implantação resulta na menor alteração possível da topografia existente.

Fonte: Adaptado do texto de LIMA, LUCIMARA. (2010).

Os sujeitos acreditam que determinar a localização geográfica do edifício hospitalar estabelece uma consonância com a acessibilidade e segurança dos usuários. Também confiam que seguir as normativas preconizadas, no quesito acessibilidade, tornam os ambientes humanizados.

“Foi projetado portas largas e padrão para os cadeirantes. Todos os corredores têm no mínimo 1,20m de largura; tudo pensado na acessibilidade. Nas escadas com escritas em braile, nos corrimãos e fitas antiderrapantes para não haver quedas. Como

nossos pacientes são na maioria idosos, nós tivemos que pensar em tudo isso, e temos muitos cadeirantes, pacientes com dificuldades motoras e auditivas” (P1).

“O braille¹⁶ não está em tudo porque nós já temos a premissa do atendimento acompanhado desse paciente. Então o atendimento começa lá na frente sendo diferenciado. Temos a pessoa acompanhada até o elevador, e se for o caso dele circular internamente, sempre vai ter alguém para acompanhar esse paciente. Só que nos ambientes, como elevador e escada, ele tem condições de ter acessibilidade” (P2).

“Na questão da segurança do paciente, foi pensado na altura para não causar acidentes; vidros com identificação; guarda corpo reforçado. Tudo é acessível, [...] tem todas as condições para atender um cadeirante. Os elevadores e todos os consultórios e banheiros para cadeirantes é uma exigência; mas cumprir a legislação não foi um problema, foi natural porque o projeto foi muito bem pensado” (P3).

Para Brasil, (2014h), a acessibilidade está ligada a universalidade e à eliminação de barreiras arquitetônicas, urbanísticas ou ambientais. A definição de acessibilidade apresentada pela ABNT (2004c), NBR 9.050, é a oferta exata dos princípios dos direitos humanos apresentando-os como “indivisíveis, indissociáveis e interdependentes”, sendo ela a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia das edificações.

A acessibilidade está ligada a mobilidade do ambiente, portanto um espaço que possua uma sinalização gráfica adequada torna-se um facilitador do processo, orientando e indicando a localização do acesso, disponibilizando um clima acolhedor e humano. O projeto de comunicação visual do local foi estruturado para ser óbvio, claro e visível, atendendo de forma satisfatória o público em geral. A utilização de cores nos materiais fez com que as sinalizações ganhassem um ar mais;

¹⁶ É um alfabeto convencional cujos os caracteres se indicam por pontos em alto relevo. O deficiente visual distingue por meio do tato.

lúdico e funcional, suprimindo o desperdício de tempo às atividades inerentes ao ambiente.

“No projeto de comunicação visual foi desenvolvida uma nova marca e nela já teve o acréscimo das cores; então a gente aproveitou aquelas cores para comunicar, porque a cor ajuda muito a sinalizar e a indicar o ambiente mesmo que tenhamos a situação de pessoas daltônicas. Mas, a maioria não é. Então, a gente está comunicando inicialmente para a maioria, e já seguimos a questão das cores para facilitar. “Então partimos para a escolha do material; a fonte: ela tinha que seguir uma fonte que conseguisse ter uma boa leitura por conta dessa dilatação da pupila [...]. Fizemos teste de tamanho, e depois que o material foi escolhido, fizemos protótipos de todas as peças, e aplicamos aqui para identificar se teria a leitura [...]” (P2).

“E o que deu um pouco mais de harmonia foi a programação visual. Ela entrou como uma coisa que acrescentou porque ela tem cores agradáveis e alegres ao mesmo tempo; e foi toda muito bem padronizada; ela é bonita e se destaca. Todas as portas você tem uma fácil leitura e eu acho que isso foi uma preocupação para atender muito bem, e um facilitador para o paciente; mas ela não é só uma sinalização e contribuiu para a harmonia do ambiente” (P3).

Brasil, (2014h), sugere que a comunicação visual das edificações em saúde tem como papel principal a organização do ambiente, tanto externo quanto interno. Sendo fundamental a adequação dessa ferramenta ao público a que se destina.

Pode-se considerar a comunicação pela sinalização gráfica, como um dos principais fundamentos nas ações de divulgação de informações e da ambientação dos locais destinados à espera, ao atendimento e ao acolhimento, contribuindo decisivamente para a efetividade da humanização nas ações de assistência à saúde (BRASIL, 2014h, p.112).

Brasil, (2014h), sugere que a comunicação visual das edificações em saúde tem como papel principal a organização do ambiente, tanto externo quanto interno. Sendo fundamental a adequação dessa ferramenta ao público a que se destina. Contribuindo decisivamente para a efetividade da humanização nas ações de assistência à saúde, pois esses dispositivos utilizados de forma imprópria podem afetar as orientações espaciais e as possibilidades de decisões dos usuários.

A sinalização dos edifícios de saúde deve estabelecer limites arquitetônicos de fluxos para acesso a ambientes onde não seja permitida a circulação de determinados usuários. Os usuários de qualquer EAS precisam se deslocar por caminhos adequadamente direcionados, com fluxos distintos para os pacientes e profissionais, a fim de minimizam o estresse e permitir deslocamentos mais acessíveis e flexíveis.

“Outra coisa que pensamos foi em bastidores para os consultórios, pois era a maior reclamação nas instalações antigas que os representantes comerciais ficavam na porta do médico, e porque os funcionários entravam pela porta da frente do consultório, [...] tivemos que pensar na praticidade e de não misturar os fluxos de funcionários e médicos com os de pacientes para que eles ficassem mais à vontade na circulação. Até porque o trânsito de funcionários atrapalha o paciente” (P1).

“E os funcionários lógico, que teria toda uma estrutura e eu adoro ver que funciona super bem em paralelo e que o paciente nem tem noção do que se trabalha por traz e que cruzam os bastidores, acho isso fenomenal e foi muito bem pensado [...]” (P3).

Na área da arquitetura, o termo circulação é utilizado frequentemente para denominar o conjunto de elementos de um edifício destinado ao movimento de pessoas. Destarte, os espaços devem ser hierarquizados, com fluxos segregados para público, equipes e serviços, garantindo um acesso digno, seguro, orientado e suficiente, a fim de reduzir os conflitos, maximizar o funcionamento dos serviços diminuir e evitar riscos de infecção

(BOING, 2003; LIMEIRA, 2006; SAMPAIO, 2006a; TOLEDO, 2008b).

Atualmente os ambientes hospitalares integram recursos arquitetônicos equilibrando os elementos: tecnológicos, funcionais, estéticos e sensoriais com a finalidade de restaurar o indivíduo nas esferas físicas e psicológicas, desmistificando a concepção de edifícios de saúde característicos de hostilidade e indiferença (MERENDA; SYLLA, 2013; TEIXEIRA; TAMANINI, 2005).

A conscientização de que o ambiente físico hospitalar pode ser um fator importante na cura e no bem-estar dos pacientes colabora para o desenvolvimento de projetos com componentes modificadores e qualificadores desses espaços, que aplicados de forma harmônica criam ambiências humanizada fomentando o processo de produção de saúde.

Logo, o projeto é consequência direta do tipo de atenção que se quer oferecer, ele deve estar diretamente ligado a cultura organizacional, pois só assim é possível distinguir os sujeitos na sua integralidade, como seres sociais, providos de história, de saberes, e motivações comportamentais e que esses sujeitos são construtores e modificadores do espaço. Com o objetivo de possibilitar a não fragmentação da atenção, o acolhimento e a facilidade de acesso, a fim permitir que os usuários tragam seus referenciais, preservando sua singularidade sem comprometer o processo de promoção e prevenção da saúde.

5. CONCLUSÕES

O presente trabalho teve por finalidade compreender o processo de desenvolvimento e implantação arquitetônico da ambiência em um hospital de especialidade oftalmológica no município de Joinville - SC. As visitas exploratórias, com leituras espaciais passivas do cenário, apresentaram resultados significativos, proporcionando uma visão abrangente do objeto de estudo. E o questionário semiestruturado (apêndice B) baseado na cartilha da ambiência proposta pelo Ministério da Saúde com respostas abertas as sentenças, permitiu a expressão mais livre e despreziosa de diferentes pontos.

Neste íterim, o cruzamento dos dados obtidos através dos diferentes instrumentos permitiu uma compreensão aprofundada do universo cotidiano dos ambientes de saúde do hospital em estudo. Ressalta-se, assim, que a variedade de métodos permitiu que as informações obtidas se completassem, gerando um maior domínio do tema e maior segurança na análise dos resultados.

Observou-se que a projeção do hospital estudado, além de atender os quesitos técnicos, atentou-se às necessidades do ser humano, entendendo a humanização como um processo que vai além do cumprimento das normatizações. Assim, elaboraram-se espaços alegres, dinâmicos e motivadores, que atuem em consonância com o bem-estar dos usuários e com as atividades terapêuticas desenvolvidas, a fim de contribuir para a qualidade de vida, promoção da saúde e bem-estar biopsicossocial de todos os envolvidos no processo.

O espaço físico foi reconhecido como um fator que influencia diretamente no processo de reabilitação e promoção à saúde; onde as condições físicas do hospital refletem na conduta social e também no estado psicológico dos usuários. Deste modo, conclui-se que a concepção do espaço de saúde atende às demandas de funcionalidade, modernidade e conforto, o que certamente minimiza o estresse no ambiente resultando na qualidade da assistência oferecida.

Utilizar a ambiência com um artifício cooperador da humanização do edifício de saúde demonstra a inquietude dos EAS pela busca incessante de ferramentas que proporcionem conforto e segurança associados ao tratamento, à cura, ao respeito da singularidade, das particularidades e valores culturais do sujeito como características indissociáveis.

Logo, a conjectura de que a qualidade do serviço prestado se resume apenas na relação médico-paciente, tornou-se uma visão conservadora em relação à complexidade da organização de saúde. Já que o hospital contemporâneo difunde um novo contexto para a humanização que agora inclui estrutura, tecnologias e pessoas.

Neste sentido, acredita-se que o material desenvolvido possa contribuir para a expansão do conhecimento científico. Porém sugere-se que a temática abordada abra espaço para o desenvolvimento de novos trabalhos, uma vez que o assunto não pode ser compreendido meramente com a visão dos profissionais envolvidos no processo. Acredita-se ser de importância a realização de novos estudos, que envolva os usuários do sistema, para entender como eles compreendem a ambiência e assim poder realizar uma avaliação aprofundada e efetiva desse tema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Nathalia de Brito Coelho. **Hotelaria hospitalar: cultura e hospitalidade no atendimento a idosos**. Brasília, 2009. 63f. Monografia (Especialização em hotelaria hospitalar). Universidade de Brasília, Centro de Excelência em Turismo, 2009.

ALVES, Samara Neta. **A percepção visual como elemento de conforto na arquitetura hospitalar**. 2011. 212 f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pesquisa e Pós-Graduação.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Iluminação de ambientes de trabalho**. Parte 1: interior. ABNT NBR ISSO/CIE 8.995-1. Rio de Janeiro, abr. 2013a, 46 p.

_____. **Tratamento de ar em unidades médico-assistenciais: procedimento**. NBR 7.256. Rio de Janeiro, 2005b, 17 p.

_____. **Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos**. NBR 9.050. Rio de Janeiro, 2004c, 56 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEBER, Ariana Oliveira. Hotelaria Hospitalar. **Revista Científica Semana Acadêmica.** Disponível em: <http://semanaacademica.org.br/hotelaria-hospitalar>. Acessado em: 17 mai. 2014.

BOEGER, Marcelo Assad. **Gestão em hotelaria hospitalar.** 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 2008a.

_____. **Hotelaria Hospitalar. Gestão em hospitalidade e humanização.** 2ª. Ed. São Paulo: Senac, 2012b.

BOCCANERA, Nélío Barbosa; BOCCANERA, Súlvia Fernandes Borges; BARBOSA. As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 343-349, 2006.

BOING, Cristine Vieira Ângelo. **Sistemas de Circulação Vertical e Horizontal no deslocamento dos funcionários em edifícios hospitalares.** 2003. 205f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas em Saúde – Coordenação de Assistência Médica

Hospitalar. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: 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 – 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política nacional de humanização**. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002e. Dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. 1ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2001f. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais**. 2ª Edição.

Brasília: Ministério da Saúde, 2002g. 32 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conforto Ambiental em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde / Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** – 1ª. Edição. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014h. 165 p. – (Série - Tecnologia em Serviços de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Normas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.** Brasília, 1994i 136 p (Série: Saúde & Tecnologia).

BROSS, João Carlos. **Compreendendo o edifício em saúde.** 1ª. edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2013. Volume 2. (Série gestão em saúde - FGV).

BUY, Anna. **Técnicas de pesquisa: observação, questionário e entrevista.** Disponível em: <http://www.slideshare.net/narf2916/tcnicas-de-pesquisa-observao-questionrio-e-entrevista>. Acessado em: 09 mai. 2015.

CAMPOS, Ernesto de Souza. **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1944.

CALIL, Paula et. al. **GRAACC – O hospital como instrumento terapêutico: a construção da atmosfera do GRAACC.** Disponível em: http://www2.espm.br/sites/default/files/10_05_27_graacc.pdf. Acessado em: 11 mai. 2014.

CAU/BR. **Morte do médico Aloysio Campos, fundador do Sarah, entristece a arquitetura.** Disponível em: <http://www.caubr.gov.br/?p=38348>. Acesso em: 24 mai. 2015.

COSTEIRA, Elza Maria Alves. Prefácio. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Orgs.). **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares.** 1ª. Edição. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004.

COUTO, Gisele. Prefácio. In: SANTOS, Mauro; BURSZTYN, Ivani (Orgs.). **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares.** 1ª. Edição. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004.

DAL LAGO, Joceliane *et. al.* **Análise crítica dos ambientes hospitalares: um estudo de caso em um hospital da região da serra gaúcha.** Porto Alegre, 2013.

DIAS, Maira Antonia de Andrade. Humanização do espaço hospitalar: uma responsabilidade compartilhada. **Revista O Mundo da Saúde.** São Paulo, n° 30, 2, p. 340-343, abr/jun, 2006.

DIMESTEIN, Gilberto. **Hospital cinco estrelas.** Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/cbn/comunidade_230605a.shtm!. Acessado em: 04 jun. 2015.

EKERMAN, Sergio Kopinski. **Um quebra-cabeça Chamado Lelé.** Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/06.064/423>. Acessado em: 09 mai. 2015.

ESTEVES, Mariluz Gomez. **Organizações hospitalares e o controle do trabalho profissional: estudo de múltiplos casos em hospitais da região norte do Estado do Paraná**. Londrina, 2005. 235 f. Dissertações (Mestrado) – Departamento de Administração, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

FERNANDES, Lorena Dias. GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato. Humanização e ambiência na clínica médica do hospital de base do Distrito Federal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.04, Nº. 02, p.38-52, 2013.

FERRER, Mário Vaz. **Manual: Arquitetura das Internações Hospitalares**. 1ª. Ed. Rio de Janeiro: Rio Book's, 2012.

FONSECA, Aristides Perobelli. **O modelo de processo de projeto arquitetônico de estabelecimentos assistenciais de saúde: um recorte na realidade de Juiz de Fora**. 2006. 74f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil). Universidade Federal Fluminense, Niterói.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª. Edição. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOI, Adalto Felix de. **Hotelaria Hospitalar e humanização no atendimento em hospitais**. 2ª. Edição. São Paulo: Ícone, 2008.

GOÉS, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. 2ª. Edição. São Paulo: Bluscher, 2011.

HEALTHCARE Management. Crescimento e inovação. **Revista HEALTHCARE Management**, Ribeirão Preto, nº 25, p. 30-32, jul/ago, 2013.

LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, Maria Isabel. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, nº 30, 2, p. 203-214, abr/jun, 2006.

LIMA, Lucimara Ferreira. **Arquitetura hospitalar: sustentabilidade e qualidade – proposta de um instrumento de pesquisa e avaliação**. 2010. 100f. Monografia (Pós-Graduação em Construção de Obras Públicas) - Universidade Federal do Paraná (UFPR), vinculado ao Programa de Residência Técnica da Secretaria de Estado de Obras Públicas (SEOP).

LIMA, João Filgueiras. **Arquitetura: uma experiência na área da saúde**. 1ª Edição. São Paulo: Romano Guerra, 2012. 336 p.

LIMA, Lídia Nascimento. MESQUITA, Adailson. **Arquitetura terapêutica aliada ao tratamento clínico**. 2011.

LIMEIRA, Flávia Maroja. **Arquitetura e integralidade em saúde: uma análise do sistema normativo para projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. 2006. 191 f. Dissertação (Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.

LUKIANCHUKI, Marieli Azoia; CARAM, Rosana Maria. **Arquitetura hospitalar e o conforto ambiental: Evolução histórica e importância na atualidade**. In: NUTAU – 2008 – Seminário internacional: O Espaço Sustentável: Inovações em

Edifícios e Cidades, 2008, São Paulo. NUTAU 2008 – Núcleo de Pesquisa em Tecnologia da Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2008a.

_____. **Análise do conforto térmico na obra de João Filgueiras Lima, Lelé: Hospitais Sarah de Salvador e do Rio de Janeiro.** Dissertação (mestrado em arquitetura, urbanismo e tecnologia). Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, 2010b.

MARQUES, Melissa; PINHEIRO, Mirian Teresinha. A influência da qualidade da hotelaria hospitalar na contribuição da atividade curativa do paciente. **Revista Anagrama.** São Paulo, n° 3,2, p. 1-15, mar/mai, 2009.

MARTINS, Vânia Paiva. **A humanização e o ambiente físico hospitalar.** Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica, São Paulo, 2004.

MATTOS, Pedro; LINCOLN, C. L. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. adm. pública,** Rio de Janeiro, n°39, 4, p.823-847, jul/ago, 2005.

MEDEIROS, Luciane de. **Humanização hospitalar, ambiente físico e relações assistenciais: a percepção de arquitetos e especialistas.** 2004. 102f. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da assistência hospitalar: conhecimentos básicos para estudantes e**

profissionais. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf. Acessado em: 04 mai. 2014.

MEZZOMO, João Catarin. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Premius, 2001.

MERENDA JUNIOR, José. SYLLA, Maria Cecília Doria de Toledo. Cromoterapia, ambiência e acolhimento ao usuário do sus nas ESFs. **Colloquium Vitae**, vol. 5, n. Especial, Jul/Dez, p. 16-22, 2013.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**, São Paulo: CEDAS, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MOURA, Margarete Moreno de. **Os Custos de Construção Civil em Obras de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. 2008. 78f.. Monografia (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura. Universidade Federal da Bahia, Salvador.

NEMETZ, Luiz Carlos. **Hospitais e clínicas de saúde aconchegantes como um lar**. Disponível em: <http://www.topgesto.com.br/blog/hospitais-e-clinicas-de-saude-aconchegantes-como-um-lar/>. Acessado em: 04 jun. 2015.

NEUFELD, Paulo. **Uma breve história dos Hospitais.** Disponível em: <http://sbac.org.br/rbac/063/759.pdf>. Acessado em: 26 abr. 2015.

OLIVEIRA, Juliana Simili. **Humanização em saúde: arquitetura em enfermarias pediátricas.** 2012. 195f. Dissertação (Mestrado em Ambiente Construído) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

OMS. **Declaração de Alma-Ata Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde.** URSS, 1978.

PINHEIRO, Tatiana Pinto Alves. **A humanização do ambiente hospitalar sobre o olhar da cromotécnica.** Fundação Oswaldo Cruz Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio Curso De Formação Técnica Em Gestão Em Serviços De Saúde, 2005.

PREMIER. Olhar Criterioso. **Revista Premier**, 2013. Disponível em: <http://www.revistapremier.com.br/site/Post/Post.aspx?id=2669>. Acesso em: 09 mai. 2015.

REDE SARAH. **O Centro Internacional SARAH de Neuroreabilitação e Neurociências do Rio de Janeiro.** Disponível em: <http://www.sarah.br/a-rede-sarah/nossas-unidades/unidade-rio/>. Acessado em: 24 mai. 2015.

RIMMÔN, Sérgio. **Comemorações em dois de julho.** Disponível em: <http://antigo.blumenews.com.br/index.php/colunas/colunas/item/13562-comemoracoes-em-02-de-julho>. Acessado em: 21 abr. 2015.

SAMPAIO, Ana Virginia Carvalhaes de Fara. **Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade.** Proposta de um instrumento de avaliação. 2005. Tese (Doutorado em Estruturas Ambientais Urbanas) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006a. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16131/tde-23102006-175537/>. Acessado em: 24 mai. 2015.

_____. Ana Virgínia Carvalhaes de fara. CHAGAS, Suzana Sousa. Avaliação de conforto e qualidade de ambientes hospitalares. **Rev. Gestão & Tecnologia de Projetos**, São Paulo, vol. 05, no 02, p. 155 a 179, nov, 2010b.

SANTANA, Elaine Gonçalves Ferreira. **Conforto térmico e concentração de CO₂ em salas de cirurgias e salas de espera para pacientes, climatizadas artificialmente.** São Paulo, 2013. 114p. Dissertação (Mestrado). Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Construção Civil.

SOUZA, Gislaine Gomes de. **Hotelaria Hospitalar: conceitos da hotelaria adaptados ao setor hospitalar.** 2006. 84f. Monografia (Graduação em Turismo) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade.** 4ª. Edição. São Paulo: Atlas, 2009.

TEIXEIRA, Jaqueline Gaspar; TAMANINI, Carlos Augusto de Melo. A contribuição da arquitetura na qualificação dos

ambientes hospitalares. **Akrópolis – Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, Paraná, nº 2, 13, p. 81-82, abr/jun, 2005.

TOLEDO, Luiz Carlos Menezes de. **Feitos para curar. Arquitetura hospitalar e processo projetual no brasil**. 1ª. Edição. Rio de Janeiro: ABDEH, 2002a.

_____. **Feitos para curar: a arquitetura como gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. 2008b. 238f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares: Características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. 2004. 175f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal De Santa Catarina – UFSC, Florianópolis.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Arquitetura hospitalar: Conceito de ambiência no processo de humanização do edifício de saúde” sob a coordenação da Prof.^a Me. Carla Simone Leite de Almeida, da Área de Saúde e Serviços do Instituto Federal de Santa Catarina campus Joinville.

O objetivo da pesquisa é compreender o processo de desenvolvimento e implantação arquitetônico da ambiência em um hospital de especialidade oftalmológica no município de Joinville – Santa Catarina.

Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: Você responderá um questionário com perguntas abertas relacionadas à sua percepção sobre ambiência. A mesma não apresenta risco fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais aos seus sujeitos de estudo e também para os pesquisadores a ela vinculados. Porém, caso ocorra possíveis desconfortos ao responder o questionário, considerando-se a natureza das informações, você poderá suspender as respostas imediatamente.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os dados obtidos também serão armazenados de forma eletrônica por um período de cinco anos e posteriormente eliminada.

É importante que fique ciente de que as informações fornecidas são consideradas estritamente confidenciais, que ficarão antes de serem excluídas armazenadas por cinco anos de forma digital e que serão divulgados apenas os resultados globais desta pesquisa. Caso você tenha mais dúvidas ou

necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Eu, Mirian Maria Marques Pinheiro declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof.^a. Me. Carla Simone L. Almeida.

_____ Data: __/__/____.
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Danielle Priscilla Alves declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominado.

_____ Data: __/__/____.
Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Danielle Priscilla Alves Endereço: Walter Meyer, 54. Anita Garibaldi. CEP: 89202-140 Joinville – Santa Catarina. Telefone: (0xx47) 3227-2294 / (0xx47) 9612-0558. E-mail:dannyallves@gmail.com
--

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Iluminação

1. Como se pensou na iluminação dos ambientes?
2. Como se pensou no aproveitamento da luz natural no ambiente?
 - Atendeu as exigências do conforto humano;
 - Quais os tipos de fonte de luz;
 - Bem-estar visual (diversos tipos de usuários e diferentes atividades).

Conforto higrotérmico

3. Em relação ao projeto de conforto higrotérmico qual as características pensadas para atender o usuário?
 - Controlar o acúmulo de calor;
 - Procurar dissipar a energia térmica do interior do edifício;
 - Retirar toda umidade em excesso, promovendo o movimento do ar;
 - Privilegiar o uso da iluminação natural;
 - Controlar as fontes de ruído.

Cor

4. Como deu-se a escolha das nuances utilizadas no ambiente?
 - Relação de cores e as condições higrotérmicas;
 - Pensou-se na incidência da luz nas superfícies;
 - Harmonização das cores com o mobiliário;
 - Inicialmente qual a sensação que iria proporcionar ao usuário;
 - Cansaço visual.

Acústica

5. Como se pensou no projeto de isolamento acústico?

Expansibilidade

6. Como foi pensada a questão da expansibilidade?
- Entrono, acústica, insolação, movimentação, topografia e geologia além de facilidade de acesso.
7. No projeto foi pensado em deixar os serviços de baixa flexibilidade em locais definitivos e consideradas áreas de maior crescimento deixando-as preparadas para esse fim?

Circulação

8. Como foi raciocinada a circulação tanto do equipes e serviços como para os pacientes?

Conforto ambiental e humanização

9. Como se deu o projeto paisagístico?
10. Quais as medidas adotadas no projeto que buscam unir estética e funcionalidade?
- Espaços de lazer, internet e alimentação
11. Quais medidas foram tomadas para estabelecer espaços de conforto a esse público?

Sustentabilidade

12. Em relação a sustentabilidade, quais as medidas que o projeto adotou para utilização dos recursos de forma racional?

Hospitalidade

13. Como foi pensada a logística de atendimento do paciente?
14. Quais as medidas de segurança adotadas pela organização visando o bem-estar dos profissionais e pacientes?

Sinalização

15. Foi considerada a semiótica* e sinalização claras, lógicas e amigáveis? (* Estudo dos símbolos, ferramenta para o estudo da comunicação e de Linguística).

Acessibilidade

16. Como foi pensada a acessibilidade?

ANEXOS

ANEXO A – Termo de autorização de pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilustríssimo (a) Senhor (a),

Vimos por meio deste solicitar autorização para a realização da pesquisa intitulada "Arquitetura hospitalar: Conceito de ambiência no processo de humanização do edifício de saúde, que será realizada pela acadêmica Danielle Priscilla Alves e coordenada pela Prof.ª Me. Carla Simone Leite de Almeida como trabalho de conclusão do curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina campus Joinville.

A mesma tem como objetivo compreender o processo de desenvolvimento e implantação arquitetônico da ambiência em um hospital de especialidade oftalmológica no município de Joinville – Santa Catarina.

Para a sua realização será necessário a liberação da pesquisadora, supracitada, para a realização da observação passiva do cenário arquitetônico da instituição e da sua rotina de funcionamento diária. Também solicito permissão para a realização de entrevistas junto aos funcionários envolvidos no desenvolvimento arquitetônico hospitalar da instituição. Para tal, será solicitada, anteriormente a realização das entrevistas a cada sujeito do estudo, sua autorização perante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sem mais para o momento, externamos protestos de estima e consideração.


Joinville, 27 de maio, de 2014.



Danielle Priscilla Alves
Pesquisadora



Prof.ª Me. Carla Simone Leite de Almeida
Orientadora



Mirian Maria Marques Pinheiro
Gerente Administrativa