



HUMANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE SAÚDE:
Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento

Maria Paula Zambrano Fontes

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências em Arquitetura.

Orientadores:

Prof. Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.

Profa. Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dra.

Rio de Janeiro

Abril / 2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**HUMANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE SAÚDE:
Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento**

Maria Paula Zambrano Fontes

Orientadores:

Prof. Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.

Profa. Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dra.

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Ciências em Arquitetura.

Aprovada por:

Prof. Mauro César de Oliveira Santos, Dr. (Orientador)
PROARQ/FAU/UFRJ

Profa. Ivani Bursztyn, Dra. (Co-orientadora)
PROARQ/FAU/UFRJ e NESC/FM/UFRJ

Prof. Luiz Fernando Rangel Tura, Dr.
NESC/FM/UFRJ

Prof. Guilherme Lassance, Dr.
PROARQ/FAU/UFRJ

Profa. Luisa Pessôa, Dra.
ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro/RJ – Brasil
Abril de 2007

FONTES, Maria Paula Zambrano

HUMANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE SAÚDE: Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento / Maria Paula Zambrano Fontes. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2007.

xxiii, 282 f.: il; 29,7 cm.

Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.

Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dra.

Tese (doutorado) – UFRJ/PROARQ/Programa de Pós-graduação em Arquitetura, 2006

Referências Bibliográficas: f. 140-154

1. Arquitetura. 2. Saúde. 3. Humanização. 4. Representações Sociais.

5. Tese (Doutorado – UFRJ/FAU/PROARQ).

I. Santos, Mauro César de Oliveira. II. Bursztyn, Ivani. III. UFRJ/FAU/PROARQ. IV. Título.

Dedico este trabalho a Alexandre e Erica

AGRADECIMENTOS

A Alexandre e Erica por todo o incentivo, compreensão e participação;
À minha irmã Letícia, pela cumplicidade e pelo exemplo de determinação;
À minha família: Mônica, Renato, Anna Maria, Silas (*in memoriam*) e Zulmira,
Lucila, Helder, Ricardo, Christian, José Renato, Luiz Guilherme e Maria Clara;

Aos Professores orientadores, Mauro Santos e Ivani Bursztyn,
pela confiança no meu trabalho e por todo o aprendizado
que me proporcionaram neste seis anos de convivência;

Aos Professores membros da banca,
Luiz Fernando Tura, por sua imprescindível, generosa e precisa
orientação no campo da metodologia, desde o mestrado;
Guilherme Lassance, pela sensibilidade e habilidade com que me ajudou
a identificar e fundamentar os caminhos deste estudo no campo da teoria da arquitetura;
Luisa Pessoa, pelo entusiasmo contagiante com que milita em favor
da consolidação e da valorização do trabalho do arquiteto no campo da saúde;
Mônica Salgado, pela amizade e pelos conhecimentos transmitidos com tanta dedicação,
Gustavo Abdalla, pela gentileza em acolher este trabalho em sua reta final;

À Assessoria de Engenharia e Obras da SMS,
às diretorias, aos profissionais e aos usuários das Instituições pesquisadas;

Aos amigos tão especiais,
Luiz Augusto Reis Alves e Virgínia Vasconcellos, pelo companheirismo e
disponibilidade, fundamentais durante toda esta jornada;
Aos amigos dos grupos de pesquisa Espaço Saúde e LabHab: Elza Costeira, Gabriela Dalmasso,
Carla Bergan, Gustavo Guimarães, Renata Couto, Bianca Justo, Maíra Marcondes, Luciana
Medeiros, Érika Freitas, Luciane Lopes, Vanessa Duarte, Flávia Benevides, Luciana Viração,
Ana Paula Uehara, Gabriella Maria, Helga Santos, Ana Carolina Martins, Miriam Chugar,
Ubiratan de Souza e Diogo Caprio, pela agradável convivência,
sempre capaz de tornar o trabalho um prazer;

À Maria da Guia, Dionísio e Rita pela amizade e pelo sempre pronto auxílio;
À FAPERJ, pelo apoio financeiro ao desenvolvimento das pesquisas, desde o mestrado.

RESUMO

HUMANIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE SAÚDE: Contribuições para a Arquitetura na Avaliação da Qualidade do Atendimento

Maria Paula Zambrano Fontes

Orientadores:

Prof. Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.

Profa. Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dra.

Nos últimos 30 anos intensificaram-se os questionamentos dos métodos e práticas da assistência à saúde, gerando novas abordagens que incorporam o conceito de humanização. Constatamos que o potencial de contribuição da arquitetura neste processo é ainda pouco explorado em nosso país, geralmente restringindo-se a adequações posteriores às definições estratégicas dos programas e políticas, o que leva à produção de soluções improvisadas e muitas vezes restritas à realização de pequenas intervenções, sobreposição de acessórios e decoração. Partindo do pressuposto de que a teoria arquitetônica e a competência dos arquitetos podem enriquecer a abordagem da humanização na saúde, esta tese trata da relação entre a arquitetura e a humanização nos estabelecimentos de assistência à saúde. Seu principal objetivo foi identificar os sentidos atribuídos ao conceito de humanização, correlacionando-os com o ambiente físico, visando corroborar a promoção da saúde e a qualidade de vida. Contando com o aporte metodológico da Teoria das Representações Sociais para a realização de quatro estudos de caso em instituições da rede municipal do Rio de Janeiro, a pesquisa investiu no conhecimento do senso comum, gerando um consistente banco de dados capaz de fomentar propostas mais comprometidas com o nosso contexto assistencial.

Palavras-chave: Arquitetura; Saúde; Humanização; Representações Sociais

ABSTRACT

HEALTH SPACES HUMANIZATION: Contributions to Architecture in the Evaluation of Healthcare Quality

Maria Paula Zambrano Fontes

Orientadores:

Prof. Orientador: Mauro César de Oliveira Santos, Dr.

Profa. Co-Orientadora: Ivani Bursztyn, Dra.

In the last 30 years the questionings on healthcare methods and practices have been intensified, generating new approaches which incorporate the concept of humanization. We observe that architecture's potential of contribution in this process is still barely explored in our country, and generally limited to adjustments to programs and politics' definitions, which leads to the production of improvised solutions restricted to interior design interventions, such as addition of accessories and decoration. Considering that architectural theory and architects' skills can enrich healthcare humanization approach, this thesis deals with the relation between architecture and humanization in healthcare institutions. Its main goal was to identify the meanings associated to humanization concept, correlating them with the built environment, in order to corroborate health promotion and quality of life. Counting on the methodological support of Social Representations Theory to the development of four case studies in public health institutions in Rio de Janeiro, the research invested in common sense knowledge, generating a consistent data base, able to foment proposals which can be more engaged in our healthcare context.

Key words: Architecture; Healthcare; Humanization; Social Representations

SUMÁRIO

SIGLAS E ABREVIATURAS.....	xi
ILUSTRAÇÕES	xii
QUADROS.....	xxi
APRESENTAÇÃO.....	1
INTRODUÇÃO	3
CAPÍTULO 1	
SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA.....	11
1.1. A arquitetura em questionamento	13
1.2. O pensamento pós-moderno	15
1.3. Influências multidisciplinares	17
1.4. Novas preocupações na concepção arquitetônica.....	19
1.4.1. A revalorização da história e da tradição.....	19
1.4.2. A comunicação de sentidos	20
1.4.3. A construção do lugar	22
1.4.4. As relações ambiente-comportamento.....	25
1.4.5. O enfrentamento das questões éticas, políticas e sociais	27
1.5. Considerações	30
CAPÍTULO 2	
SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E SEUS ESPAÇOS	33
2.1. Visões do processo saúde-doença e espaços da assistência até o século XVIII	35
2.2. O modelo biomédico.....	38
2.2.1. Medicalização da assistência e do espaço hospitalar	39
2.2.2. A tecnologização do espaço hospitalar.....	42
2.2.3. A especialização da medicina e dos espaços hospitalares.....	50
2.3. O modelo de promoção da saúde	51
2.4. O conceito de humanização	55
2.5. Movimentos e tendências internacionais.....	60
2.5.1. O simpósio <i>Humanizing Health Care</i>	61
2.5.2. A organização <i>Planetree</i> e o cuidado centrado no paciente	61

2.5.3. A IADH - <i>International Academy for Design and Health</i>	63
2.5.4. O projeto baseado em evidências	64
2.6. Movimentos e tendências no Brasil.....	66
2.6.1. Doutores da Alegria.....	66
2.6.2. Projeto Biblioteca Viva em Hospitais	67
2.6.3. Iniciativas setoriais oficiais	68
2.6.4. O PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.....	71
2.6.5. O HumanizaSUS.....	73
2.7. O usuário e sua relação com os espaços da saúde	74
2.8. Lelé e a Rede Sarah: principal referência no Brasil	78
2.9. Considerações	84

CAPÍTULO 3

FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA	86
3.1. A investigação das representações dos usuários do ambiente construído.....	87
3.2. A noção de representação	89
3.3. A Teoria das Representações Sociais.....	90
3.3.1. Origem e desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais	90
3.3.2. Pressupostos e campo de interesses da Teoria	93
3.3.3. Os processos de formação das representações	97
3.3.4. As abordagens mais utilizadas na investigação das representações	99
3.4. O processo de pesquisa	102
3.5. Considerações	107

CAPÍTULO 4

ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM UNIDADES MUNICIPAIS DO RIO DE JANEIRO	109
4.1. Hospital Municipal Lourenço Jorge.....	110
4.1.1. Histórico e caracterização arquitetônica	111
4.1.2. A pesquisa de campo	114
4.1.3. O teste de associação de palavras: os sentidos da humanização	115
4.1.4. O espaço físico e sua relação com a representação de humanização	121
4.1.5. A satisfação dos usuários com o ambiente construído	129
4.1.6. O caminho do paciente.....	129
4.1.7. Resultados	133

4.1.8. Conclusões	135
4.2. Hospital Municipal Souza Aguiar	137
4.2.1. Histórico e caracterização arquitetônica	137
4.2.2. A pesquisa de campo	142
4.2.3. O teste de associação de palavras: os sentidos da humanização	144
4.2.4. O espaço físico e sua relação com a representação de humanização	151
4.2.5. O caminho do paciente	161
4.2.6. Resultados	164
4.2.7. Conclusões	166
4.3. Hospital Municipal Jesus.....	168
4.3.1. Histórico e caracterização arquitetônica	168
4.3.2. A pesquisa de campo	172
4.3.3. O teste de associação de palavras: os sentidos da humanização	174
4.3.4. A missão do Hospital	177
4.3.5. A visão dos funcionários e acompanhantes sobre o espaço hospitalar	178
4.3.6. A visão das crianças sobre o espaço hospitalar	179
4.3.7. Resultados	185
4.3.8. Conclusões	187
4.4. Casa do Sol – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira.....	188
4.4.1. Histórico e caracterização arquitetônica	189
4.4.2. A pesquisa de campo	197
4.4.3. Os resultados.....	202
4.4.4. Resultados	217
4.4.5. Conclusões	221
4.5. Considerações	222
 CAPÍTULO 5	
DE ARQUITETURA HOSPITALAR A ARQUITETURA DA SAÚDE:	
RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES	223
5.1. As representações da humanização	225
5.2. Critérios e tendências para a humanização na arquitetura da saúde	229
5.3. Considerações finais.....	241
 BIBLIOGRAFIA	243
ANEXOS	254

SIGLAS E ABREVIATURAS

PROARQ	Programa de Pós-graduação em Arquitetura
FAU	Faculdade de Arquitetura e Urbanismo
UFRJ	Universidade federal do Rio de Janeiro
NESC	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
EAS	Estabelecimentos de Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
AP	Área de Planejamento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
UPHG	Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral
CPN	Centro Psiquiátrico Nacional
CPP II	Centro Psiquiátrico Pedro II
IMAS	Instituto Municipal de Assistência à Saúde
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UI	Unidade Intermediária
UTQ	Unidade de Tratamento de Queimados
UPG	Unidade de Pacientes Graves
CME	Central de Material Esterilizado
RPA	Recuperação Pós-anestésica

ILUSTRAÇÕES

Fig. 01: Implosão do conjunto Pruitt-Igoe	
Fonte: NEWMAN, 1996 :12	14
Fig. 02: Detalhe do conjunto Pruitt-Igoe	
Fonte: NEWMAN, 1996:11	14
Fig. 03: Templo de Asklepios, em Epidauro, Grécia	
Fonte: Thompson & Goldin, 1975	35
Figs. 04 e 05: Da enfermaria, o paciente podia assistir à missa	
Fonte: Goldin, 1994	36
Fig. 06: Allgemeines Krankenhaus, Viena, Áustria, 1784	
Fonte: Goldin, 1994	37
Fig. 07: Hôtel-Dieu, de Paris, em 1739	
Fonte: Goldin, 1994:167	43
Figs. 08 e 09: O atual Hôtel-Dieu, de Paris, em 2005	
Fonte: Reis Alves, 2005	44
Fig. 10: Enfermaria Nightingale, St. Thomas' Hospital, Londres, em 1971	
Fonte: Goldin, 1994:189	44
Fig. 11: Hospital Beaujon, perto de Paris, 1935	
Fonte: Thompson e Goldin, 1975:197.....	45
Fig. 12: Proposta de um hospital vertical para Nova York, 1911	
Fonte: Thompson e Goldin, 1975:197	46
Fig. 13: Prototype Patient Capsule	
Fonte: Verderber e Fine, 2000:106	47

Fig. 14: Hospital submarino	
Fonte: Wheeler, 1971:214	48
Fig. 15: Hospital pirâmide invertida	
Fonte: Wheeler, 1971:215	48
Fig. 16: Hospital flexível	
Fonte: Wheeler, 1971:213	48
Figs. 17 e 18: Hospital Raphael de Paula Souza, de Sérgio Bernardes	
Fonte: Alexandre Pessoa, 2002 (consultado em www.vitruvius.com.br)	49
Figs. 19 e 20: Instituto de Puericultura Martagão Gesteira	
Fonte: Czajkowski, 1999	50
Figs. 21, 22, 23 e 24: Implosão de um “megahospital”	
Fonte: Verderber e Fine, 2000:335	54
Fig. 25: Doutores da Alegria	
Fonte: www.doutoresdaalegria.org.br , 2005	66
Fig. 26 e 27: Hospital de Taguatinga, Brasília	
Fonte: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 1997:47.....	80
Fig. 28: Hospital Sarah de Brasília	
Fonte: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 1997:48.....	82
Fig. 29: Hospital Sarah de Salvador	
Fonte: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 199.....	82
Fig. 30: Hospital Sarah de Fortaleza	
Fonte: www.sarah.br , 2006.....	82
Fig. 31: Hospital Sarah de São Luís	
Fonte: www.sarah.br , 2006.....	81

Fig. 32: Hospital Sarah de Belo Horizonte	
Fonte: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 199.....	83
Fig. 33: Hospital Sarah do Rio de Janeiro	
Fonte: Espaço Saúde, 2004	83
Figs. 34 e 35: Hospital Sarah do Rio de Janeiro (em construção)	
Fonte: Espaço Saúde, 2004	83
Figs. 36 e 37: Hospital Sarah do Rio de Janeiro (em construção)	
Fonte: Espaço Saúde, 2004	83
Figs. 38e 39: Vistas dos pátios do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	111
Figs. 40 e 41: Vistas dos pátios do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	112
Fig. 42: Espera da triagem	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	112
Fig. 43: Setor de emergência	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	112
Figs. 44 e 45: Vistas gerais do Hospital	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	112
Fig. 46: Foto aérea/localização do Hospital Municipal Lourenço Jorge	
Fonte: Google Earth, 2007	113
Figs. 47 e 48: Esperas externas do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	123
Figs. 49 e 50: Enfermarias do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	125

Fig. 51: Bloco da UTI e UI do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	126
Fig. 52: Acesso à UTI e UI do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	126
Fig. 53: Área de espera do setor de imagens	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	127
Fig. 54: Bloco do setor de imagens	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	127
Figs. 55 e 56: Cozinha do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2006	128
Figs. 57 e 58: Central de material esterilizado do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2006	128
Figs. 59 e 60: Laboratório do Hospital Lourenço Jorge	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	128
Figs. 61 e 62: Imagens da construção do atual Hospital Souza Aguiar	
Fonte: Museu da Saúde do Hospital Souza Aguiar, 2005	138
Figs. 63 e 64: Fachadas do Hospital Souza Aguiar	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	139
Fig. 65: Foto aérea/localização do Hospital Municipal Souza Aguiar	
Fonte: Google Earth, 2007	139
Fig. 66: Áreas de espera do SPA	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	153
Fig. 67: Áreas de espera da triagem	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	153

Figs. 68 e 69: Áreas de espera do SPA	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	154
Fig. 70: Circulação da grande emergência	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	154
Fig. 71: Emergência infantil	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	155
Fig. 72: Circulação da internação	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	156
Fig. 73: Enfermaria	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	156
Fig. 74: Circulação/espera do setor de imagens	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	157
Fig. 75: Câmara clara	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	157
Fig. 76: Circulação do centro cirúrgico	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	158
Fig. 77: Posto de enfermagem do centro cirúrgico	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	158
Fig. 78: Sala de banho da UTQ	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	159
Fig. 79: Sala cirúrgica da UTQ	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	159

Fig. 80: Sala branca da hemodiálise	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	160
Fig. 81: Sala amarela da hemodiálise	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	160
Fig. 82: Circulação da CME	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	161
Fig. 83: Área de esterilização física da CME	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	161
Figs. 84 e 85: Cozinha	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	161
Figs. 86 e 87: Primeiro pavimento (térreo) – Acesso ao pronto-socorro	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	162
Fig. 88: Primeiro pavimento (térreo) – pronto-socorro	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	162
Fig. 89: Primeiro pavimento (térreo) – ambulatório	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	162
Fig. 90: Acesso da Grande Emergência	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	163
Fig. 91: Acesso à Emergência Infantil	
Fonte: Espaço Saúde, 2005	163
Fig. 92 e 93: Pulmão de aço	
Fonte: www.medicinaintensiva.com.br , 2007	169
Fig. 106: Foto aérea da Instituição	
Fonte: Google Earth, 2007	170

Fig. 95: Prédio do ambulatório e documentação médica	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	170
Fig. 96: Acesso ao bloco principal	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	170
Fig. 97: Planta de situação do Hospital	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	171
Fig. 98: Representação do hospital, segundo um paciente	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	180
Fig. 99: Representação do hospital, segundo um paciente	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	180
Fig. 100: Representação do hospital, segundo um paciente	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	181
Fig. 101: Representação do hospital, segundo um paciente	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	182
Fig. 102: Representação do hospital, segundo um paciente	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	183
Fig. 103: Representação do hospital, segundo um paciente	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	183
Fig. 104: Representação do hospital, segundo um paciente	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	184
Fig. 105: Representação do hospital, segundo um paciente	
Fonte: Espaço Saúde, 2003	185

Fig. 106: Foto aérea da Instituição	
Fonte: Google Earth, 2007	190
Fig. 107: Fachada principal da Casa do Sol	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	193
Fig. 108: Fachada dos fundos da Casa do Sol	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	193
Figs. 109 e 110: Pátio sul da Casa do Sol	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	194
Fig. 111: Pavimento térreo da Casa do Sol, à época da pesquisa	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	194
Figs. 112 e 113: Hall do pavimento tipo	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	196
Fig. 114: Pavimento tipo da Casa do Sol, situação atual	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	196
Figs. 115 e 116: Desenhos do cliente externo Reinaldo	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	204
Fig. 117: Desenho do cliente João	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	205
Fig. 118: Desenho de uma cliente	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	206
Figs. 119 e 120: Desenhos de moradores	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	208
Figs. 121 e 122: Desenhos da interna Márcia, representando os espaços atual e ideal	
Fonte: Espaço Saúde, 2002	208

Fig. 123: Desenho da moradora Helena, representando o seu espaço ideal. Fonte: Espaço Saúde, 2002	209
Figs. 124 e 125: Desenhos do morador Mariano Fonte: Espaço Saúde, 2002	210
Figs. 126 e 127: Desenho de funcionários, representando o espaço atual Fonte: Espaço Saúde, 2002	211
Fig. 128 e 129: Esquema e desenho de funcionários para o espaço ideal. Fonte: Espaço Saúde, 2002	212
Figs. 130 e 131: Desenho de funcionárias, representando o espaço ideal. Fonte: Espaço Saúde, 2002	213
Fig. 132: Desenho de uma funcionária, representando o espaço ideal. Fonte: Espaço Saúde, 2002	216

QUADROS

Quadro 01: Ingredientes do cuidado humanizado	
Fonte: Própria, com base em Howard (1975)	58
Quadro 02: Quadro de áreas da situação atual do Hospital Municipal Lourenço Jorge	113
Quadro 03: Distribuição dos elementos segundo frequência e ordem média de evocação	116
Quadro 04: Quadro-resumo da primeira etapa da associação de palavras	117
Quadro 05: Resultados da atividade de confirmação do núcleo central utilizando o método da <i>dupla negação</i>	118
Quadro 06: Esquema da estrutura da representação, baseado nos impactos entre os elementos	120
Quadro 07: Pontos positivos, negativos e sugestões para as áreas de espera	122
Quadro 08: Pontos positivos, negativos e sugestões para os ambientes de internação	123
Quadro 09: Pontos positivos, negativos e sugestões para a UTI e UI	125
Quadro 10: Pontos positivos, negativos e sugestões para o setor de imagens	126
Quadro 11: Pontos positivos, negativos e sugestões para setores de apoio	127
Quadro 12: Resultados do julgamento dos usuários sobre os ambientes do Hospital	129
Quadro 13: Distribuição de áreas e serviços na estrutura do Hospital Municipal Souza Aguiar	140
Quadro 14: Distribuição dos elementos segundo frequência e ordem média de evocação	144
Quadro 15: Quadro-resumo da primeira etapa da associação de palavras	147

Quadro 16: Resultados da atividade de confirmação do núcleo central utilizando o método da <i>dupla negação</i>	148
Quadro 17: Esquema da estrutura da representação, baseado nos impactos entre os elementos	151
Quadro 18: Pontos positivos, negativos e sugestões para as áreas de espera	152
Quadro 19: Pontos positivos, negativos e sugestões para as áreas de atendimento imediato ..	154
Quadro 20: Pontos positivos, negativos e sugestões para as áreas de internação	155
Quadro 21: Pontos positivos, negativos e sugestões para o setor de imagens	157
Quadro 22: Pontos positivos, negativos e sugestões para o centro cirúrgico	157
Quadro 23: Pontos positivos, negativos e sugestões para a UTI/UI/UTQ	158
Quadro 24: Pontos positivos, negativos e sugestões para o setor de hemodiálise	159
Quadro 25: Pontos positivos, negativos e sugestões para o setores de apoio	160
Quadro 26: Quadro de áreas dos edifícios do HMJ	172
Quadro 27: Quadro dos participantes da pesquisa do HMJ	
Fonte: Bergan, 2005	172
Quadro 28: Distribuição das evocações dos FUNCIONÁRIOS, segundo frequência e ordem média de evocação	
Fonte: Bergan, 2005	175
Quadro 29: Quadro-resumo da primeira etapa da associação de palavras - FUNCIONÁRIOS	175

Quadro 30: Distribuição das evocações dos ACOMPANHANTES, segundo frequência e ordem média de evocação	
Fonte: Bergan, 2005	176
Quadro 31: Quadro-resumo da primeira etapa da associação de palavras - ACOMPANHANTES	177
Quadro 32: Clientes do Centro de Convivência	
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002	198
Quadro 33: Funcionários da Casa do Sol	
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002	198
Quadro 34: População das Enfermarias	
Fonte: Própria, sobre informações fornecidas pelo IMAS Nise da Silveira, 2002	199
Quadro 35: Quadro geral do campo	200
Quadro 36: Quadro-resumo da pesquisa de campo	202

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do grupo de pesquisa e projeto Espaço Saúde¹, do Programa de Pós-graduação em Arquitetura – PROARQ, da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo – FAU, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, do qual faço parte desde a sua formação, em 2001.

A formação do grupo, coordenado pelo Professor Mauro Santos, se viabilizou em consequência do acúmulo de pesquisas desenvolvidas sob sua orientação e pelo crescente interesse de alunos do PROARQ pelo campo usualmente denominado de “arquitetura hospitalar”. Éramos, somente na turma de mestrandos de 2001, cinco arquitetos atuantes neste setor, fato que propiciou, além da formação da linha de pesquisa, uma vivência de intenso compartilhamento de idéias e conhecimentos.

A partir de 2002, estabeleceu-se um convênio de cooperação técnico-científica entre a Universidade, representada pelo Espaço Saúde, e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, representada pela sua Assessoria de Engenharia e Obras. O convênio visava oferecer um suporte à Assessoria no desenvolvimento de pesquisas e projetos arquitetônicos para construção, ampliação e reforma de estabelecimentos municipais de assistência à saúde. Para tanto, foi reunida uma equipe composta de mestrandos, arquitetos e graduandos da própria FAU, coordenados pelos professores orientadores deste trabalho. Ao longo destes cinco anos de atividades, reunimos um valioso acervo de projetos e conhecimentos gerados pelas pesquisas realizadas.

Desde o início de nossas atividades, priorizamos, no grupo, diretrizes relacionadas à humanização do atendimento, conceito que tem encontrado grande valorização em todas as instâncias da saúde, provocando importantes mudanças na abordagem da assistência, nas relações entre profissionais e pacientes e nos ambientes da saúde.

Considerando os fortes impactos que estas mudanças provocam na configuração físico-funcional das instituições e, portanto, no processo de planejamento e concepção de sua arquitetura, o conceito de humanização definiu-se como tema deste trabalho.

¹ São objetivos do grupo de pesquisa e projeto Espaço Saúde: estudar os ambientes da assistência à saúde; desenvolver e aplicar metodologias de avaliação de desempenho destes ambientes; sistematizar as tipologias arquitetônicas e o processo de projeto; elaborar propostas conceituais e parâmetros projetuais, urbanísticos e de arquitetura adequados ao conceito de humanização do atendimento e a uma medicina focada no usuário.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos vêm-se intensificando em todo o mundo os questionamentos acerca dos métodos e práticas da assistência à saúde, fato que contribuiu para o desenvolvimento de novas abordagens que incorporam o conceito que se convencionou denominar de humanização.

O movimento pela humanização não se restringe ao campo da saúde, mas, insere-se no processo de transição paradigmática que colocou em xeque a ordem científica dominante e ganhou corpo a partir da década de 80. Até então, encontrávamos sob o domínio de um sistema de pensamento que privilegiava a racionalidade científica e teve seus primórdios no século XVI, com a revolução científica, a sua explosão no século XVIII, com o Iluminismo, e a sua consolidação no século XIX, com a Revolução Industrial. Com base neste paradigma, priorizou-se o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, consideradas portadoras de soluções para todos os problemas que se apresentavam para o homem. Ao mesmo tempo, deu-se uma desqualificação do conhecimento não-científico, considerado irracional, representado pelo senso comum e pelos estudos humanísticos, como apontou Santos (1987).

O novo paradigma, segundo este autor, não pode ser somente um paradigma científico, mas, deve também assumir a condição de paradigma social, e neste sentido, deve superar a tradicional dicotomia entre ciências naturais e ciências sociais, tendendo a revalorizar os estudos humanísticos. O conhecimento, por sua vez, deve ser total e, ao mesmo tempo, local, e deve romper a rigidez das fronteiras que a fragmentação entre as disciplinas produziu. Segundo Santos, a fragmentação pós-moderna não deve ser mais disciplinar e sim temática. “Os temas são galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros” (SANTOS, 1987:48).

Com base nestes argumentos, buscamos aqui explorar a transversalidade do tema humanização, investigando os seus sentidos na arquitetura, na saúde e no senso comum, com o objetivo de identificar caminhos para a sua plena expressão no ambiente construído. A título de orientação inicial para nossas discussões, cabe identificar, no movimento pela humanização, uma mudança de atitude do homem, seja na qualidade de sujeito ou objeto, diante das inúmeras questões apresentadas pelo nosso tempo - sociais, ambientais, entre outras.

Inscrita no campo das Ciências Sociais Aplicadas, a arquitetura não pode mais prescindir de uma abordagem orientada ao ser humano e seu contexto social e cultural. Nas eternas discussões em torno do binômio forma/função das edificações, exacerbadas durante o Movimento Moderno, ganhou destaque, a partir da década de 60, a dimensão humana e

psicossocial, através do interesse pela investigação das relações que o homem estabelece com o meio ambiente. Passava a ser reconhecida, portanto, a importância de levar em conta a sua subjetividade e as suas necessidades e compreender as particularidades do seu contexto, como meios de alcançar resultados satisfatórios e compatíveis com as suas expectativas.

Na arquitetura, o movimento de humanização se insere, então, no momento de crítica ao pensamento moderno e no desenvolvimento de novas abordagens – genericamente denominadas de pós-modernas - que passam a assumir e a explorar a complexidade, a contradição, a ambigüidade e a dinâmica inerentes às sociedades contemporâneas (VENTURI, 2004). Neste sentido, a produção arquitetônica busca recuperar e reincorporar elementos pouco abordados pela arquitetura moderna, mais precisamente pelo Estilo Internacional, como: a preocupação com a relação da edificação com o meio ambiente e com o contexto em que intervém, especialmente no que se refere aos aspectos sócio-culturais; a valorização das referências históricas; a exploração do potencial simbólico da obra arquitetônica, entre outros.

No campo da saúde em nosso país, entre os primeiros movimentos de revisão das práticas assistenciais estão os promovidos no campo da saúde mental, a partir da década de 70 e intensificados a partir de 1990², conforme pôde ser verificado durante a pesquisa anterior, realizada no mestrado, “Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira” (FONTES, 2003). Naquele trabalho, ao investigarmos o impacto da Reforma Psiquiátrica - movimento de humanização no campo da saúde mental - na arquitetura das instituições psiquiátricas, nos deparamos com um contexto rico em contradições e simbolismo³, em pleno processo de discussão dos rumos a serem tomados diante das novas abordagens terapêuticas. Os resultados ali apurados evidenciaram o papel das relações entre o ambiente construído e o comportamento de seus usuários, como um potencial a ser explorado por nós, arquitetos⁴.

² É sempre relevante destacar, ainda na década de 50, o trabalho da principal precursora destes movimentos no Brasil, a psiquiatra Nise da Silveira, que se rebelou contra os métodos tradicionais de tratamento de distúrbios psiquiátricos e propôs novas formas de abordagem para estes transtornos.

³ Como exemplos destas contradições, temos: a necessidade de desconstruir o antigo manicômio, desospitalizar e ressocializar os antigos pacientes, em oposição à realidade da imensa e ininterrupta demanda por novas internações; as divergências dentro das equipes de profissionais quanto à confiança nas possibilidades de autonomia dos pacientes. No que se refere ao simbolismo, destacamos: a força da imagem do manicômio, ainda presente em todos os espaços da instituição; a imagem da casa dos desenhos infantis, identificada como o espaço idealizado pelos usuários.

⁴ Visando enriquecer as discussões de presente trabalho, os dados desta pesquisa foram revisitados e encontram-se nos anexos.

O questionamento das práticas assistenciais acontecia, também, em outros setores da assistência à saúde, cada qual com demandas e contextos específicos. Por exemplo, no campo da atenção ao parto e nascimento se iniciava uma intensa campanha pela valorização do parto natural e pela “desmedicalização” deste evento. O campo da pediatria, por sua vez, investia no incentivo ao aleitamento materno e na redução do estresse e do trauma provocado pela internação hospitalar através da promoção de atividades lúdicas e educativas, além da intensificação da participação do acompanhante, em geral, mães e pais.

Duas décadas de discussões, movimentos e programas setoriais em prol de uma revisão dos modelos assistenciais levaram à adesão do governo federal a esta causa, primeiro através da participação de iniciativas como o programa “Hospital Amigo da Criança”, da OMS e Unicef, e estabelecimento de programas próprios, como o PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001), entre outros. Recentemente, o governo decidiu ampliar a abrangência destas propostas e, para isto, tem buscado articular os programas já em andamento, através da criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, expressa no documento conhecido como HumanizaSUS (BRASIL, 2003). Os avanços promovidos por todas estas iniciativas, longe de representarem um consenso sobre o tema e de estabelecerem estratégias para sua aplicação, têm logrado disseminar esta discussão nos diferentes níveis e contextos, proporcionando a reflexão e a adoção de parâmetros próprios, segundo as particularidades de cada situação ou instituição.

Em nossas experiências no grupo Espaço Saúde, temos constatado que a interpretação e aplicação do conceito de humanização acontecem de forma diversificada, de acordo com a leitura, as necessidades e os valores dos diferentes grupos de atores (gestores, profissionais, pacientes e seus familiares), em cada área da saúde, em cada instituição e contexto⁵. Ao mesmo tempo, apresenta aspectos que são gerais, consensuais.

Em se tratando dos ambientes de saúde, observamos que as noções sobre o que é “humanizar o espaço físico” têm incluído uma ampla gama de ações. Entre estas são consideradas desde medidas simples, como mudanças na decoração dos ambientes e uso de cores mais vivas e

⁵ No grupo Espaço Saúde, tivemos a oportunidade de realizar trabalhos em instituições de saúde de diferentes perfis, como hospitais infantis, hospitais de emergência, UTIs, maternidades e unidades de atendimento ambulatorial.

alegres, até propostas mais abrangentes, como a definição de novos perfis assistenciais e institucionais, que, por sua vez, requerem a composição de novos programas arquitetônicos⁶.

Ao mesmo tempo, observamos uma crescente valorização da influência das condições do ambiente construído sobre o estado de ânimo e sobre a saúde dos seus usuários, além da consideração dos fatores psicológicos e sócio-culturais que atuam na percepção e na construção das relações do usuário com o espaço, que por sua vez extrapolam os aspectos mais técnicos e mensuráveis do conforto ambiental. Aliás, esta é uma tendência que se aplica à arquitetura em geral - não se restringe à arquitetura da saúde - e se pode comprovar pelo crescente interesse, em todo o mundo, pelos estudos de psicologia ambiental.

No entanto, no campo da saúde em nosso país, ao contrário de experiências e movimentos estrangeiros que apresentamos neste trabalho, a maioria dos discursos sobre humanização, inclusive os documentos oficiais, como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2001) e o HumanizaSUS (BRASIL, 2003) são ainda bastante genéricos e comedidos no reconhecimento do potencial da arquitetura em relação à humanização do atendimento. Por exemplo, no PNHAH, as únicas menções à estrutura física das instituições nas suas 69 páginas restringiam-se a preocupações com a recuperação, manutenção e adequação tecnológica (BRASIL, 2001).

O HumanizaSUS, por sua vez, aprofundou um pouco mais a consideração da relação entre humanização e espaço físico, ao estabelecer as “diretrizes gerais para a implantação da Política Nacional de Humanização” (BRASIL, 2003), preconizando a adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, o respeito à privacidade e a promoção de uma ambiência⁷ acolhedora e confortável. Além disso, propõe medidas que, embora não falem diretamente de arquitetura, nela produzem consideráveis impactos, como por exemplo: a adoção de mecanismos de desospitalização e práticas alternativas às hospitalares, como a dos cuidados domiciliares (*homecare*), configurando, assim, novos programas arquitetônicos; a garantia de

⁶ Podemos aqui voltar a citar o exemplo da saúde mental, que preconiza o fim do modelo manicomial – um modelo excludente - e a adoção de novos modelos substitutivos fundamentados na desinstitucionalização e reinserção social – que requerem novos programas arquitetônicos – como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais-dia e as moradias terapêuticas.

⁷ O Ministério da Saúde publicou em 2004 e republicou em 2006 uma cartilha sobre ambiência, onde afirma que o conceito refere-se ao espaço físico, devendo este ser tratado como espaço social, profissional e de relações interpessoais, e considerar 3 eixos de atuação: a promoção do conforto aos usuários e funcionários, valorizando os elementos do ambiente que interagem com as pessoas, como cor, cheiro, som, iluminação e morfologia; o estímulo à produção de subjetividades e o encontro de sujeitos; o espaço como ferramenta facilitadora dos processos de trabalho, propiciando otimização de recursos e o atendimento resolutivo, acolhedor e humano (BRASIL, 2006).

visita aberta e da presença do acompanhante, incorporando nos ambientes a presença e a participação mais intensa deste tipo de usuário; a preocupação com o acolhimento, gerando uma reformulação da chamada “porta de entrada” dos usuários no sistema de saúde.

Estas questões, associadas às vivenciadas no dia-a-dia do grupo de pesquisa e projeto Espaço Saúde, descrevem o problema que este trabalho buscou investigar e colaborar para solucionar: o pouco reconhecimento da importância e do potencial da arquitetura no processo de humanização da assistência à saúde pública em nosso país. Percebemos que as propostas estabelecidas nos programas e iniciativas de humanização desenvolvidos no campo da saúde é que têm subsidiado as posteriores mudanças julgadas necessárias no campo da arquitetura. A abordagem da humanização na saúde tem produzido definições e modelos que somente em seguida são transpostos para a arquitetura. Ou seja, a elaboração das propostas assistenciais não conta com a participação dos arquitetos, que só são chamados a participar numa etapa posterior, para materializar o que foi estabelecido. Isto tem gerado, em muitos casos, soluções improvisadas e restritas a medidas de intervenção nos interiores, como a realização de pequenas reformas e sobreposição de acessórios e decoração.

Para orientar nossas investigações e proposições acerca deste problema, definimos, então, o seguinte pressuposto: a abordagem da humanização na arquitetura tem muito a contribuir, em termos de subsídios, para a humanização na saúde, ou seja, a competência dos arquitetos pode enriquecer a abordagem do conceito de humanização na saúde.

Assim, esta pesquisa tem como objetivos gerais: identificar os sentidos atribuídos ao conceito de humanização nas esferas da arquitetura, saúde e também no senso comum⁸, correlacionando-os com o ambiente físico; demonstrar a importância e o potencial de contribuição da arquitetura no processo de humanização da assistência à saúde; prover o processo de humanização da assistência à saúde de subsídios arquitetônicos; registrar e caracterizar, dentro deste contexto, a evolução de uma arquitetura de caráter predominantemente hospitalar – ou hospitalocêntrica - em direção a uma “arquitetura da saúde”, capaz de incorporar novas propostas assistenciais e seus respectivos programas arquitetônicos, além de investir na produção de ambientes que contribuam para o bem-estar e para o restabelecimento da saúde de seus usuários.

⁸ Chamamos aqui de senso comum o conjunto dos conhecimentos – ou representações, como veremos adiante, no capítulo 3 – dos usuários de instituições de assistência à saúde.

Como objetivos específicos, destacam-se: investigar o processo de humanização da arquitetura, verificado principalmente a partir da metade do século XX; levantar e organizar dados sobre as abordagens assistenciais, importantes para a contextualização da transição do modelo biomédico - caracterizado pelo deslocamento do foco das atenções do paciente para o profissional médico com seu aparato tecnológico e especialização - para o modelo de promoção da saúde - que resgata a visão do paciente como um ser integral, protagonista do seu processo de restabelecimento; investigar as representações sociais de humanização, identificando o seu alcance e a sua correlação com os espaços da saúde; investigar as vivências, expectativas e visões dos usuários sobre o espaço hospitalar; contribuir para o aperfeiçoamento dos métodos de avaliação do ambiente construído que temos utilizado no grupo Espaço Saúde.

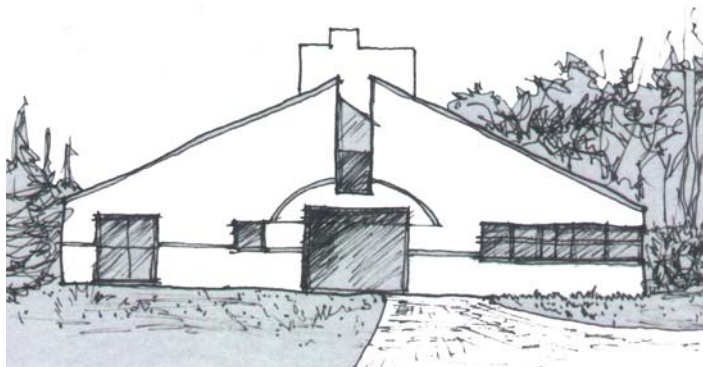
Como justificativas para o trabalho, apresentam-se: a freqüente evocação do termo humanização do atendimento em saúde e, ao mesmo tempo, a carência de dados, em nosso país, sobre este conceito, suas origens e definições, necessários para uma melhor compreensão da sua abrangência e de sua relação com a arquitetura; o impacto que os programas e iniciativas já têm causado na arquitetura; a necessidade de reflexão sobre o papel do arquiteto e do ambiente construído neste processo de humanização, em diferentes contextos; a existência de um potencial atribuído, na prática, por dirigentes e profissionais de instituições em que atuamos, à arquitetura, no sentido de atuar no suporte aos programas de humanização; o reconhecimento das influências do ambiente construído sobre a saúde, principalmente no exterior; a importância da investigação das relações ambiente-comportamento, com vistas à aplicação deste conhecimento na promoção do bem-estar e do restabelecimento da saúde; a intenção de refletir sobre as experiências desenvolvidas com o grupo Espaço Saúde, envolvendo humanização e avaliação do ambiente construído.

Seguindo as próprias premissas dos movimentos pela humanização, procuramos, nas pesquisas de campo, dirigir o foco de nossas atenções às expectativas e necessidades dos usuários, evidenciando as representações por eles construídas em suas vivências nos espaços de saúde, informações que consideramos fundamentais para o enriquecimento do processo projetual. Para nossas investigações, definimos como contexto a assistência à saúde de caráter público. As investigações das representações destes usuários foram levantadas em quatro unidades da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. Dando continuidade à prática interdisciplinar iniciada no desenvolvimento da dissertação de mestrado, novamente foi adotada como base teórica para a metodologia do estudo, a Teoria das Representações Sociais, da psicologia social, identificada como um promissor recurso para as investigações das relações ambiente-comportamento.

Desenvolvemos uma metodologia de abordagem predominantemente qualitativa, utilizando em cada pesquisa técnicas múltiplas, como a realização de entrevistas, aplicação de questionários, observação em campo e elaboração de mapas cognitivos.

Os resultados do trabalho de pesquisa e as reflexões por ele suscitadas sintetizam-se neste documento, que foi estruturado em apresentação, introdução e cinco capítulos. Os temas tratados nos capítulos estão descritos abaixo.

- O capítulo 1 é dedicado ao estudo dos sentidos da humanização na arquitetura. Nossa intenção foi introduzir as discussões sobre humanização através do campo da arquitetura, demonstrando que este não é um tema restrito à assistência à saúde e evidenciando como o conceito se expressa na arquitetura contemporânea, em termos de novas preocupações que se incorporam ao processo projetual.
- O capítulo 2 apresenta os sentidos e o estado da arte da humanização na saúde, os antecedentes, os modelos assistenciais, os principais movimentos, os pressupostos e os discursos dominantes. Cabe destacar que, embora tratemos, neste capítulo, do campo da saúde, procuramos não perder de vista a arquitetura, que é sempre correlacionada com as questões apresentadas.
- O capítulo 3 apresenta a fundamentação metodológica dos estudos de casos, descreve o seu processo de desenvolvimento e caracteriza o contexto em que se realizaram os trabalhos. Estes estudos visaram captar os sentidos da humanização entre os usuários de instituições de saúde da rede municipal do Rio de Janeiro.
- O capítulo 4 apresenta os estudos das representações em instituições municipais do Rio de Janeiro, contendo a sua caracterização histórica e arquitetônica, o processo de trabalho em campo, os resultados encontrados e as suas discussões.
- O capítulo 5 apresenta as conclusões, buscando apontar tendências e critérios para uma concepção arquitetônica referenciada no conceito de humanização e as considerações finais sobre a pesquisa.



*Acolho com prazer os problemas e exploro as incertezas.
Ao aceitar a contradição, assim como a complexidade,
tenho em vista a vitalidade, tanto quanto a validade.*

(VENTURI, 2004)

CAPÍTULO 1

SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO NA ARQUITETURA

Muitos de nós, arquitetos, já utilizamos o termo humanização e sabemos exatamente o quisemos expressar ao empregá-lo. Embora tenha recebido maior divulgação no campo da saúde, há muito tempo o termo também faz parte do vocabulário da arquitetura. Expressões como “planta humanizada” integram o nosso discurso, referindo-se à demonstração do espaço ocupado, numa linguagem gráfica mais voltada para o entendimento do cliente.

Apesar deste uso banal do termo, a humanização na arquitetura é muito mais do que uma forma de expressão gráfica. Mas, diferentemente do que ocorre no campo da saúde, onde este termo intitula um movimento, não encontramos na arquitetura uma associação explícita de “humanização” a um processo mais amplo de revisão paradigmática. No entanto, mesmo que referida por outros nomes ou idéias, a noção de humanização é central nas discussões da arquitetura contemporânea, principalmente no que se refere à constatação da necessidade de maior atenção aos valores humanos e sociais e também ao processo de reavaliação do próprio papel da arquitetura frente a questões como o desenvolvimento global e o futuro do planeta. Encontramos em textos e análises teóricas da arquitetura a presença do conceito ou de alguns aspectos a ele relacionados, que procuramos aqui identificar e apresentar. Os sentidos que a noção de humanização tem assumido no âmbito da arquitetura configuram, portanto, a questão discutida neste capítulo.

Adiante veremos que, na arquitetura, a incorporação de valores relacionados à noção de humanização é associada à crise provocada pelos questionamentos acerca da arquitetura moderna, nos anos 60, quando se iniciou – conforme aponta Nesbitt (2006) - o desenvolvimento de toda uma teoria pós-moderna caracterizada pelo pluralismo de pontos de vista e pelo desejo de transpor os limites propostos pela teoria modernista.

Não caberia neste trabalho - nem está entre seus objetivos - desenvolver uma análise das arquiteturas moderna, pós-moderna ou contemporânea, muito menos desvalorizar a relevante produção moderna. No entanto, há que se identificar na crise da arquitetura, nos anos 60, o ponto de partida para novas formas de pensar e produzir o ambiente construído. Por outro lado, autores como Montaner (1999) apontam que alguns dos temas desenvolvidos na pós-modernidade tiveram origem e dão continuidade às próprias propostas e convicções modernas, especialmente as da chamada “terceira geração”.

Devem ser considerados, ainda, entre os fatores a demandar novos posicionamentos da arquitetura, o impacto das inúmeras forças externas à disciplina, como questões ecológicas, políticas, econômicas, sociais, entre outras. Sendo assim, há que se evidenciar a crise da arquitetura, em meados do século XX, não como fracasso de um modelo - o moderno -, mas, como um momento de intensa reflexão, revisão de práticas e posicionamentos, questionamento de dogmas e incorporação de novas preocupações, atitudes cruciais para a evolução de novas atitudes frente ao processo projetual e às conseqüências mais amplas de suas decisões.

Inicialmente, apresentamos um sucinto panorama deste período de transição e em seguida apontamos as vertentes e tendências mais relacionadas ao nosso tema, buscando identificar os sentidos e os aspectos envolvidos no conceito de humanização no campo da arquitetura.

1.1. A arquitetura em questionamento

A teoria moderna depositou uma fé ilimitada na contribuição das revoluções científica e industrial para o bem-estar da humanidade. Hoje, partindo de nossa perspectiva pós-moderna, nos perguntamos se a história realmente justificou uma fé tão absoluta na técnica e na tecnologia. (NESBITT, 2006:21)

Nos anos 60, o início das discussões e mudanças relacionadas à humanização na arquitetura se deu em meio à crítica aos dogmas do pensamento moderno e à percepção de contradições entre as intenções de suas propostas e os seus efetivos resultados, principalmente no que se refere à satisfação das reais necessidades de seus usuários. Na arquitetura, as mudanças se expressaram em termos de uma reflexão e mesmo contraposição à abordagem da arquitetura moderna. Tais questionamentos geraram as condições para o desenvolvimento de variadas tendências, que genericamente são chamadas de pós-modernas.

Jencks (1977:09) chega a datar com precisão o que considera como o momento da morte da arquitetura moderna, em 1972, quando se deu a implosão de vários blocos do conjunto habitacional Pruitt-Igoe, em St. Louis, projeto do arquiteto Minoru Yamasaki. O conjunto, construído entre 1952 e 1955, projetado com base nos mais progressistas ideais do CIAM (Congressos Internacionais de Arquitetura Moderna) e premiado pelo American Institute of Architects, contrariou, na prática, a todas expectativas reservadas àqueles ideais de planejamento. Seu projeto possuía o que Le Corbusier considerava como as três virtudes do urbanismo: sol, espaço e área verde. Mas, apesar de dotado de toda a infra-estrutura de serviços

e lazer, o conjunto foi ao longo do tempo depredado e vandalizado, e em seus domínios se registraram altas taxas de violência. Após muitas tentativas e grandes investimentos no intuito de recuperá-lo e mantê-lo em funcionamento, decidiu-se, então, pela implosão (JENCKS, 1977:09-10).

Este evento, na medida em que representou o reconhecimento do insucesso de um empreendimento planejado segundo dogmas modernos, ganhou importância como símbolo concreto do fim de uma era e das mudanças que já se operavam no pensamento arquitetônico.



Figs. 01 e 02: Implosão do conjunto Pruitt-Igoe; detalhes do conjunto
Fontes: NEWMAN, 1996 :11-12

No entanto, a crise da arquitetura, embora diversos autores nela identifiquem um esgotamento de repertório, não pode ser estritamente atribuída à questão do estilo ou da linguagem utilizada pelos arquitetos modernos, mas, encontra-se fortemente relacionada ao questionamento e à insatisfação com os meios pelos quais se foi passando a produzir a arquitetura.

Uma das causas desta crise, conforme apontou por Jencks, foi a expansão da produção especulativa, a intervenção em larga escala, focada numa arquitetura racional e eficiente, destinada a uma coletividade idealizada – e na verdade, desconhecida - de usuários.

O autor destacou aspectos que teriam provocado uma distorção na produção arquitetônica, como: o aumento do porte dos empreendimentos, muitas vezes por conta de interesses especulativos; o crescente afastamento do arquiteto em relação aos verdadeiros usuários dos espaços por ele projetados, ou seja, o arquiteto não conhecia mais, ou não tinha contato direto com o seu cliente; a indiferença pelo contexto, sendo preconizada a implantação, em qualquer local, de uma arquitetura padronizada, internacional, baseada numa repetição eficiente e rápida de fórmulas pré-estabelecidas.

A esta questão, Nesbitt (2006) acrescenta que a arquitetura foi aos poucos se despojando de suas preocupações sociais, restringindo-se, cada vez mais, a um estilo a serviço dos propósitos comerciais do capitalismo. A estética moderna foi se cristalizando como símbolo de inovação na arquitetura das grandes corporações.

O desinteresse pela história e pela memória é também apontado como um importante fator a alimentar a crise na arquitetura. O excesso de investimento na novidade e na tecnologia e a fé num futuro promissor a ser construído em *tabula rasa* levaram a um esvaziamento do significado – ou, também se pode dizer, a uma incongruência entre o significado da arquitetura e do ambiente urbano e as necessidades e expectativas de seus reais usuários. Na medida em que os significados, em geral, são consolidados ao longo do tempo, aspectos como a memória e a história têm uma importância crucial na sua formação, e por consequência, no estabelecimento de uma relação de identidade entre os grupos sociais e os ambientes que habitam.

Um outro elemento apontado como de grande importância para a deflagração da crise na arquitetura foi a rigidez e o caráter estático dos modelos propostos pela abordagem moderna. E as dificuldades desta ordem se afirmaram com veemência no urbanismo, disciplina inerentemente dinâmica e sujeita à influência de tantos outros fatores externos à sua esfera, como os econômicos, políticos e sociais.

1.2. O pensamento pós-moderno

Assim como numa sociedade democrática, também na arquitetura há opiniões e tendências contraditórias que, não obstante, coexistem e se desenvolvem paralelamente. Devemos nos sentir felizes pelo fato de que nenhum dogma superior determine nossa arquitetura. (CEJKA, 1995)⁹

A partir dos anos 60, começou a se desenvolver uma inquietação em relação à arquitetura canalizada em direção à modernidade, e especialmente em relação ao Estilo Internacional, pois se considerava que a produção arquitetônica estava se reduzindo a “repetições convencionais das obras canônicas do movimento moderno, a utopias tecnológicas e a fantasias

⁹ Texto original: “Igual que en una sociedad democrática, también en la arquitectura hay opiniones y tendencias contradictorias que, no obstante, coexisten y se desarrollan paralelamente. Debemos sentirnos felices por el hecho de que ningún dogma superior determine nuestra arquitectura” (CEJKA, 1995:08).

expressionistas” (NESBITT, 2006:11). Este foi um período de intensos debates, fortemente influenciado por teorias e paradigmas de outras áreas do conhecimento. Em geral, este período é referido como pós-modernismo¹⁰ e se caracteriza exatamente pela pluralidade, tanto no que se refere às múltiplas correntes internas da arquitetura, como em relação à incorporação de óticas multidisciplinares.

Com relação às correntes internas da arquitetura no período pós-moderno, Nesbitt (2006:49) diferencia as tendências teóricas em dois grupos: as teorias anti-modernas, que recomendavam uma ruptura radical com os modelos modernos; e as teorias pró-modernas, que acreditavam numa continuidade progressista da cultura moderna. Cejka (1995) também identifica correntes anti e pró-modernas, e as organiza em quatro grandes grupos de tendências¹¹. Os dois primeiros grupos representam, segundo o autor, reações negativas à modernidade, enquanto os dois últimos expressam reações positivas e propostas para evolução da arquitetura moderna, a saber:

- o romantismo inclui as tendências inspiradas na natureza e suas formas, na ecologia ou no compromisso social, marcadas pela predominância dos impulsos emocionais sobre os racionais. Apesar de seu caráter inicialmente utópico, produziu modelos que têm evoluído e se mostrado eficientes enquanto processos de planejamento como, por exemplo, os modelos participativos, em que os usuários são envolvidos no processo de projeto. Dentro desta tendência se originaram as primeiras manifestações em favor do comprometimento da arquitetura com a ecologia, o desenvolvimento de novos materiais e técnicas visando a preservação dos recursos naturais e o estabelecimento de uma nova relação do ambiente construído com o ambiente natural¹². Entre os representantes desta tendência, Cejka cita o arquiteto belga Lucien Kroll, defensor do planejamento participativo e do compromisso da arquitetura com a ecologia. O autor considera o arquiteto catalão Antoni Gaudí um precursor da vertente orgânica do romantismo.

¹⁰ Alguns autores, como Nesbitt (2006), consideram esta denominação imprecisa e ambígua. Inicialmente, o pós-modernismo foi confundido com um estilo, devido ao impacto causado por uma de suas tendências, a historicista, que investia no resgate de elementos da arquitetura clássica. Cejka (1995) destaca que sob a denominação de pós-modernismo, no entanto, diferentemente das grandes épocas estilísticas, se pode verificar a co-existência de muitas tendências, algumas delas opostas entre si. Dentre estas tendências encontram-se, inclusive, as que propõem uma continuidade da própria modernidade. Eisenman (2006) chega a rejeitar o termo “pós-moderno” por considerar que nunca houve uma arquitetura moderna, mas, na verdade, uma arquitetura funcionalista. O termo pós-funcionalismo seria, portanto, na sua concepção, mais adequado.

¹¹ O autor ressalta que tais tendências podem coexistir na obra de um único arquiteto.

¹² O interesse por esta relação foi influenciado pela fenomenologia, conforme veremos adiante.

- a pós-modernidade, vertente também conhecida como historicista¹³, que reúne tendências de reação aos aspectos comerciais da modernidade através do resgate de elementos históricos e clássicos, como a simetria, as colunas, a ornamentação, entre outros. Pelo impacto que provocou, esta vertente logo ganhou grande notoriedade, sendo em seguida criticada pela sua indiscriminada aplicação no campo da arquitetura comercial e, portanto, pela associação com o capital especulativo ao qual se propunha inicialmente rejeitar. Há também, dentro deste grupo, a tendência racionalista, que se destaca pelas formas geométricas simplificadas e pela simetria, e tem como representantes Aldo Rossi e Robert Venturi.

- a continuidade da modernidade, que também propõe reações aos excessos capitalistas na arquitetura, porém, através da reavaliação e desenvolvimento em novas bases dos princípios modernos, manifestando-se em três linhas: a modernidade moderada, tendência também denominada de “corrente principal da modernidade” ou *mainstream* (CEJKA, 1995:94), uma continuação da modernidade do pós-guerra, representada por Herman Hertzberger e Ralph Erskine; o retorno aos clássicos da arquitetura moderna (Gropius, Le Corbusier e Mies van der Rohe), tendo como principais representantes Richard Meier e Tadao Ando; o desenvolvimento da alta tecnologia baseada na pré-fabricação, representada por Norman Foster e Renzo Piano.

- a nova modernidade, vertente que busca de forma experimental um caminho próprio, não necessariamente voltado para a história, e se divide em duas linhas: a primeira, uma reação ao chamado “pós-modernismo disneylândia”, mais comercial (CEJKA, 1995:100), o deconstrutivismo, caracterizado pela sua proposta de decomposição de elementos da arquitetura e pelo abandono das linhas horizontais e verticais, que tem como exemplos obras de Frank Gehry, Peter Eisenman e Daniel Libeskind; a segunda, o pluralismo moderno, caracterizado pela negação aos dogmas, onde se incluem trabalhos de Rafael Moneo e Rem Koolhaas.

1.3. Influências multidisciplinares

No que se refere às influências multidisciplinares no pensamento pós-moderno, destaca-se a fenomenologia, que, ao se ocupar do estudo e descrição das essências ou significações da realidade (CHAUÍ, 2001), fundamentou, por exemplo, o desenvolvimento de estudos sobre a apreensão da arquitetura pelos sentidos e a interação do corpo humano com o seu ambiente. As

¹³ Adiante, neste capítulo, é aprofundada a discussão sobre a relação da produção arquitetônica com a história.

teorias do lugar¹⁴ desenvolvidas por Christian Norberg-Sculz, Vittorio Gregotti e Aldo Rossi vieram a proporcionar uma nova visão da relação do ambiente artificial, produzido pelo homem, com o ambiente natural (NESBITT, 2006). Segundo estas teorias, a ação do homem ao criar os ambientes artificiais deve visar a valorização dos atributos naturais do local.

Outras importantes influências¹⁵ provenientes da teoria lingüística, como a semiótica, o estruturalismo, o pós-estruturalismo e a sua vertente posterior, a desconstrução, vieram a provocar um grande interesse pelo significado e pelo simbolismo na arquitetura. Estudos sobre a maneira com que o significado é transmitido por meio da linguagem passaram a ser transpostos para a arquitetura. Abriu-se, então, a possibilidade para outros meios de expressão formal, além daqueles exclusivamente determinados pela função, como queria o modernismo.

O marxismo e o feminismo também contribuíram, segundo a autora, para a construção do pensamento pós-moderno¹⁶. O primeiro, ao investir no questionamento da relação entre a arquitetura e a política, especialmente no que se refere à luta de classes e ao controle da sociedade; o segundo, ao introduzir o questionamento da igualdade de direitos e a inclusão social (NESBITT, 2006).

Em meio a esta pluralidade de tendências e também de contribuições de outras disciplinas, podemos apreender, como aspecto central e essencial do pensamento arquitetônico pós-moderno, a valorização e o reconhecimento da real dimensão humana e social¹⁷, ou seja, buscase trabalhar em sintonia com a diversidade das condições físicas, psíquicas e sociais encontradas nas populações de usuários, ao contrário do pensamento moderno, que julgava poder moldar uma nova forma de vida para um novo homem, uma intenção que, por sua inviabilidade, veio a gerar muitas formas de exclusão.

Esta é uma preocupação própria deste tempo em que se questiona a validade de tanto investimento em desenvolvimento científico e tecnológico diante dos poucos resultados que

¹⁴ Este tema será retomado mais adiante, ainda neste capítulo.

¹⁵ Nos preocupamos em não aprofundar todas estas influências, pois nossa intenção aqui se restringe a evidenciar esta abertura da arquitetura às teorias de outras disciplinas, atitude própria do pensamento pós-moderno.

¹⁶ Cabe lembrar que o marxismo influenciou também a arquitetura moderna, em seus primórdios.

¹⁷ O modernismo, em seus primórdios, também considerava estas dimensões, porém, de uma forma mais idealizada e prescritiva.

estes têm proporcionado para a maioria das populações. E na arquitetura, tais questionamentos vêm a inserir novos componentes e novas preocupações nas suas tradicionais discussões¹⁸.

1.4. Novas preocupações na concepção arquitetônica

Como vimos até aqui, com base na crítica e na busca de superação de paradigmas modernos, deu-se o desenvolvimento de abordagens pós-modernas na arquitetura, e novos temas e preocupações foram aos poucos incorporados ao processo de projeto.

Detalhamos adiante estes temas pelo seu interesse e relação que guardam com o nosso tema central, a humanização, sem, no entanto, uma preocupação em situá-los dentro de uma ou outra das vertentes já apontadas da arquitetura pós-moderna, mesmo porque, como já foi dito, estas vertentes muitas vezes se sobrepõem dentro da obra de um mesmo arquiteto.

1.4.1. A revalorização da história e da tradição

O primeiro grande interesse resgatado pela abordagem pós-moderna foi a relação com a história e a tradição, e com os significados por elas conferidos à arquitetura por meio da constituição de uma memória. Em meados do século XX, multiplicavam-se as constatações de que a proposta modernista de fazer *tabula rasa* havia sido, em geral, incapaz de proporcionar a construção de novos sentidos à produção do ambiente construído¹⁹. Assim, como disse Colquhoun (2006:222), “uma nova consciência da história tomou o lugar da tendência anti-histórica do movimento moderno”.

Este interesse pela história e pela tradição da arquitetura se manifestou inicialmente de forma radical e provocativa, expresso através da apropriação e aplicação inusitada de elementos clássicos, como colunas e frontões greco-romanos. Esta aplicação, que despertou grande atenção justamente pelo seu efeito de choque, logo se banalizou, sendo fortemente criticada pela sua vinculação a finalidades comerciais e ao conservadorismo característico de sua clientela.

¹⁸ Entre as tradicionais discussões da arquitetura estão as dicotomias forma x função, figuração x abstração, entre outras.

¹⁹ Neste sentido, sempre há que se ter o cuidado de fazer ressalvas às obras de alguns arquitetos, como o próprio Le Corbusier e diversos brasileiros, como por exemplo, Lúcio Costa e Affonso Eduardo Reidy.

Houve também uma outra manifestação historicista²⁰ que valorizava a periodização estilística e considerava o presente como um momento histórico que deveria ser diferenciado do antecessor, requerendo, portanto, a configuração de um estilo singular capaz de expressar o “espírito da época” (o chamado *Zeitgeist*)²¹.

Com o desgaste das propostas historicistas iniciais, era natural que as manifestações fossem assumindo contornos menos radicais, esgotando-se os aspectos mais supérfluos e permanecendo o essencial, o resgate da história, da tradição e da memória como fontes de subsídios para a produção de significados na arquitetura.

A história nos fornece tanto as idéias a serem criticadas quanto o material com o qual forjamos essa crítica. Hoje, o que devemos almejar é uma arquitetura que seja ao mesmo tempo consciente de sua história e permanentemente crítica em relação às seduções da história. (COLQUHOUN, 2006)

1.4.2. A comunicação de sentidos

A preocupação com a produção do sentido ou significado na arquitetura também se mostrou fundamental, e seu resgate estava diretamente relacionado à acima mencionada reação pós-moderna contra o alegado desinteresse modernista pelos momentos históricos anteriores. Crescia, então, a tendência de se buscar sentidos para a arquitetura em elementos já consagrados no imaginário e na memória da sociedade.

Esta discussão da necessidade de que a arquitetura seja capaz de comunicar um sentido ou significado trouxe consigo várias outras questões, como: o resgate do interesse pela noção de tipo e tipologia, pouco explorada pelo movimento moderno; a relação entre forma e função; a polêmica sobre a opção pela abstração (modernismo) ou figuração (pós-modernismo).

No intuito de trabalhar esta questão do sentido, os arquitetos pós-modernos preconizavam a necessidade de se identificar uma essência para a arquitetura, a ser posteriormente convertida num tipo ou modelo físico capaz de comunicar este significado. Segundo os estudiosos deste

²⁰ Em sua antologia, Nesbitt (2006) cita que o termo historicismo é definido como o estudo das instituições da sociedade no contexto de seu desenvolvimento histórico, uma teoria originada no romantismo alemão do século XVIII, que contrariava a visão clássica que separava as leis naturais (universais e duradouras), da história (contingente e transitória).

²¹ Na verdade, a concepção moderna também valorizava o *Zeitgeist* e a necessidade de diferenciação estilística e ruptura com o passado.

tema²², o tipo seria, então, uma estrutura interna, uma base conceitual capaz de orientar racionalmente a concepção arquitetônica, funcionando como um conjunto de regras a serem seguidas, além de permitir que se identifique, classifique e reproduza os objetos arquitetônicos. Para Argan (2006), a formulação de um tipo decorre de uma sucessão de construções que guardem entre si uma analogia formal e funcional, ou seja, o tipo se compõe daquelas características que restam como comuns a várias edificações, após excluídos os elementos que são particulares a cada uma delas. Assim, segundo o autor, quando um tipo é definido pela prática ou teoria, na verdade ele já existe como resposta a uma série de demandas de um determinado contexto. “Ele nunca é formulado *a priori*; é sempre uma dedução a partir de uma série de casos ilustrativos” (ARGAN, 2006:269). Para Colquhoun, a tipologia é um importante recurso de metodologia de projeto, que nos facilita lidar com a complexidade dos problemas a serem resolvidos (2006:274).

A problemática da relação entre forma e função é também apontada como crucial para a comunicação de significado. Na medida em que a função, na arquitetura moderna, era priorizada, e a forma deveria estar a ela submetida, criava-se uma dificuldade no que se refere à comunicação de significados, pois estes são construídos culturalmente, não são dados imediatamente. Ou seja, as novas formas, decorrentes da função, propostas pela arquitetura moderna, em geral, não se sintonizavam com as expectativas dos observadores ou usuários. Já o pós-modernismo vem a modificar a lógica modernista de que a forma arquitetônica deve ser decorrência da sua função, defendendo que a forma é a própria essência da arquitetura (NESBITT, 2006:53).

Rapoport, por sua vez, acrescenta que o significado é ele próprio um importante aspecto da função (1982:15), dando como exemplo o fato de que roupas, objetos, móveis, edifícios, jardins, ruas e vizinhanças, em suma, o ambiente físico e a cultura material, cumprem a função de apresentar o ser (*self*) e de estabelecer uma identidade social.

A busca de significados fez ainda com que os pós-modernos resgassem a utilização de elementos figurativos, em oposição à abstração preconizada pelos modernos. Para tanto, lançavam mão de formas conhecidas ou, no caso dos historicistas, de estilos tradicionais ou fragmentos associados a estilos, visando transmitir de uma forma mais direta uma mensagem ou narrativa. Stern (2006:120) acrescenta que a pesquisa de precedentes históricos nasceu da

²² Entre os estudiosos da noção de tipo estão Aldo Rossi, Leon Krier, Giulio Carlo Argan e Alan Colquhoun.

convicção de que o uso destas referências pode enriquecer de significados os novos projetos, tornando-os mais familiares aos seus usuários e portanto – podemos dizer – mais humanos. Para este autor, a compreensão do significado de uma forma arquitetônica vai crescendo ao longo do tempo pelo efeito da memória cultural. Ainda com respeito à busca do sentido, Gregotti (2006:536) propôs uma valorização do detalhe construtivo, visto por ele como componente expressivo, objetivo que para ser atingido, na sua opinião, não pode se restringir à mera citação historicista.

Com respeito a esta questão dos movimentos historicistas, Rapoport (1982) considera que muitas das citações pós-modernas, pelo seu uso metafórico e inusitado, expressam mais os significados valorizados pelos seus projetistas, que não são necessariamente decodificados pelos seus usuários, o que também leva a um impasse nesta questão da comunicação dos sentidos. O autor enfatiza, então, em seus estudos, a investigação dos sentidos atribuídos ao ambiente construído pelas pessoas comuns que os utilizam, e acusa os arquitetos de terem, em sua maioria, como preocupação dominante, a expressão dos seus próprios significados.

Um dos marcos da pesquisa sobre o meio-ambiente humano é a constatação de que os projetistas e os usuários são muito diferentes em suas reações aos ambientes, suas preferências, etc., em parte porque seus esquemas variam. São, portanto, os significados dos usuários que devem ter importância, e não aqueles referentes aos arquitetos ou críticos; são os significados dos ambientes do dia-a-dia, não aqueles próprios dos edifícios famosos – históricos ou modernos (RAPOPORT, 1982)²³.

1.4.3. A construção do lugar

Outra contribuição do pensamento pós-moderno se refere ao desenvolvimento das chamadas teorias do lugar. Tais teorias associam-se à preocupação com a relação entre o homem e a natureza. Inicialmente esta era uma relação de oposição entre o homem e uma natureza vista como ameaçadora, mas, com a aceleração do desenvolvimento tecnológico, foram se tornando evidentes os efeitos negativos da crise ambiental gerada pelo próprio homem em suas intervenções, demandando, então, o desenvolvimento de uma nova atitude.

²³ One of the hallmarks of man-environment research is the realization that designers and users are very different in their reactions to the environments, their preferences, and so on, partly because their schemata vary. It is thus users' meaning that is important, not architects' or critics'; it is the meaning of everyday environments, not famous buildings – historical or modern. (RAPOPORT, 1982:16)

A revalorização da idéia de lugar está também estreitamente relacionada com o início da recuperação da história e da memória, já aqui mencionada, valores que o espaço do Estilo Internacional – o antiespaço, como denomina Montaner (1999) - rechaçava.

Uma outra questão referente ao lugar relaciona-se com o tema anterior, a produção de sentido. Nesbitt (2006:57) aponta que a arquitetura moderna substituiu a analogia orgânica – referência a aspectos da natureza – pela analogia da máquina²⁴. A autora lembra que, no período pré-industrial, a produção de sentido na arquitetura buscava referências e associações na natureza.

Montaner (1999), ao discutir os conceitos de espaço e lugar, afirma que o primeiro se caracteriza pela sua condição ideal, teórica, genérica e indefinida, e o segundo, possui um caráter mais concreto, empírico, existencial, articulado e definido até os mínimos detalhes. A idéia de lugar se diferencia, ainda, da de espaço pela presença da experiência e, segundo o autor, está ligada ao processo fenomenológico da percepção e da experiência do mundo por parte do corpo humano.

O espaço moderno se baseava, segundo Montaner, em medidas, posições e relações, era quantitativo, abstrato, lógico, científico e matemático. Na arquitetura moderna, a sensibilidade pelo lugar era um elemento secundário, já que todo objeto arquitetônico possuía uma indiscutível autonomia. O autor acrescentou que mesmo a capela de Ronchamp (1950/1954), projeto teoricamente organicista de Le Corbusier, mantinha uma relação genérica e não empírica com o espaço, expressa pela metáfora do barco, presente em boa parte de sua obra. Esta metáfora se relacionaria com a idéia de uma arquitetura autônoma, que pode “ancorar-se”, sem nenhuma ligação com o entorno.

Nesbitt (2006) cita que as teorias do lugar tiveram origem na fenomenologia e na geografia física e se caracterizam pelo valor que atribuem à experiência espacial. Entre as proposições destas teorias destaca-se a de Norberg-Schulz (1980), que resgatou e desenvolveu – com base na fenomenologia - a antiga noção romana do *genius loci*, um suposto “espírito do lugar”, a ser identificado e considerado pelos arquitetos, para que suas intervenções sejam capazes de potencializar os atributos específicos de um lugar. Esta posição vai ao encontro da defendida por arquitetos e teóricos contemporâneos citados por Nesbitt, entre eles, Gregotti, Tadao Ando e Raimund Abraham, que consideram a relação com a natureza fundamental para o

²⁴ O principal exemplo é a noção de “máquina de morar”, desenvolvida por Le Corbusier, que tem a sua correspondente “máquina de curar”, analogia feita por Foucault (1982) ao descrever o nascimento do hospital contemporâneo.

enriquecimento da experiência humana. Montaner (1999), por sua vez, mencionou, entre os arquitetos que exploraram o interesse pela arquitetura vernacular e a sensibilidade pelo lugar, os nomes de Luis Barragan, José Antonio Coderch e Fernando Távora, considerados pertencentes à terceira geração de modernos.

Focalizando a relação com a natureza, Gregotti descreveu o seu processo projetual, em entrevista concedida a Marisa Barda, arquiteta e crítica brasileira radicada em Milão:

Antes de mais nada nós olhamos o entorno. E a relação entre o que devemos construir com o entorno. Não só do ponto de vista da percepção, mas também em relação às tradições, como a cultura e o modo de pensar. Por exemplo, atualmente estamos trabalhando na África do Norte. Analisamos qual significado tem aquele lugar em relação à cultura, a relação com o sítio. Não significa que quando nós analisamos o contexto temos que fazer algo de parecido, muito pelo contrário. Mas para fazer algo é necessário conhecer e criar um diálogo. (GREGOTTI, 2006).

Ainda sobre a relação com a natureza, tão explorada em suas obras, Tadao Ando (2006:496) afirma que “a vida humana não tem a pretensão de se opor à natureza e não se empenha em controlá-la, mas antes busca uma associação íntima com a natureza a fim de unir-se com ela”. O autor considera que a arquitetura contemporânea deve proporcionar lugares arquitetônicos em que as pessoas sintam a presença da natureza.

A presença da arquitetura – a despeito de seu caráter auto-suficiente – cria inevitavelmente uma nova paisagem. Isto implica a necessidade de descobrir a arquitetura que o próprio sítio está pedindo. [...] Eu componho arquitetura procurando encontrar uma lógica essencial inerente ao lugar. A pesquisa arquitetônica supõe uma responsabilidade de descobrir e revelar as características formais de um sítio, ao lado de suas tradições culturais, clima e aspectos naturais e ambientais, a estrutura da cidade que lhe constitui o seu pano de fundo, e os padrões de vida e costumes ancestrais que as pessoas levarão para o futuro. Sem sentimentalismos, minha ambição é transformar o lugar, pela arquitetura, em um plano abstrato e universal. Somente desta maneira, a arquitetura pode repudiar o universo da tecnologia industrial e tornar-se uma “grande arte”, no verdadeiro sentido da expressão. (ANDO, 2006:497-498).

1.4.4. As relações ambiente-comportamento

Pode-se sugerir que o meio-ambiente seja visto como uma série de relações entre coisas e coisas, coisas e pessoas, e pessoas e pessoas (RAPOPORT, 1982:178)²⁵.

O desenvolvimento das teorias do lugar, do compromisso com as questões sociais, o descompasso entre as propostas arquitetônicas e urbanísticas – principalmente as modernas – e os seus efetivos resultados, entre outros fatores relacionados à crise da arquitetura, já mencionados neste capítulo, associados às influências de outras disciplinas, como as ciências sociais, a psicologia e a psicologia ambiental, conduziram a um grande interesse pelo comportamento do homem no ambiente construído.

Os estudos mais conhecidos neste campo, pelo menos no Brasil, são os de Robert Sommer. O conceito de espaço pessoal²⁶, por ele desenvolvido, representou um marco para os estudos do comportamento social nos ambientes. Este conceito foi o ponto de partida para que o psicólogo desenvolvesse inúmeros trabalhos em instituições de diferentes tipos, como salas de aula, bibliotecas, alojamentos de estudantes e hospitais psiquiátricos, com o objetivo de colaborar para o desenvolvimento de projetos mais eficientes, deste ponto de vista comportamental. Nestes estudos, Sommer identificou aspectos dos ambientes capazes de induzir ou inibir determinados comportamentos de seus usuários, como a forma do ambiente, a disposição do mobiliário. Por exemplo, estudando salas de aula, o pesquisador observou diversos padrões de comportamento, como: a tendência dos alunos escolherem um lugar fixo, após um número de tentativas de acomodação; a relação entre o temperamento dos alunos e os locais que escolhem na sala de aula; tipos de plantas e disposição do mobiliário capazes de influenciar mais ou menos a participação dos alunos.

Por sua vez, em seu livro “Arquitetura Vivenciada”, Rasmussen (1986), indicou, como medida para se atingir maior qualidade e adequação dos ambientes construídos ao seu uso, uma maior participação das comunidades interessadas na sua produção. Para isto, se propôs, através de seu

²⁵ It can be suggested that the environment can be seen as a series of relationships between things and things, things and people, and people and people (RAPOPORT, 1982:178).

²⁶ O espaço pessoal é uma área de limites invisíveis em torno de cada indivíduo, com a qual este se protege da invasão dos outros. Os limites desta área são cultural e individualmente definidos, podendo variar conforme a situação. Esta variação depende também de fatores como a relação entre as pessoas envolvidas (intimidade x cerimônia), grau de tensão, grau de introversão dos indivíduos, entre outros (SOMMER, 1973). A defesa deste espaço e a administração das relações com os espaços das outras pessoas contribuem para gerar uma série de padrões comportamentais dentro de um determinado ambiente.

texto, a contribuir para o aprimoramento da sensibilidade e da percepção das pessoas comuns em relação às coisas e aos espaços que nos cercam, o que na sua concepção, poderia promover um maior envolvimento com as obras dos arquitetos. O autor justifica esta necessidade de compreender e “vivenciar o meio circundante”, argumentando que tradicionalmente as comunidades participavam mais ativamente da construção de suas moradias, o que resultava em edificações mais adequadas às suas necessidades. Esta seria, portanto, uma questão central a ser melhor explorada pelos arquitetos dentro do processo de humanização.

O arquiteto também trabalha com algo vivo – com seres humanos [...]. Se eles não puderem viver em suas casas, a evidente beleza destas de nada adiantará: sem vida, a casa converte-se numa monstruosidade. Será negligenciada, os consertos necessários não serão feitos e acabará por transformar-se em algo muito diferente do que se pretendia. Com efeito, uma das provas da boa arquitetura é um edifício, por exemplo, estar sendo utilizado tal como o arquiteto o planejou. (RASMUSSEN, 1986:04)

Nesta sua tarefa de despertar a percepção dos observadores, o autor discorreu sobre elementos e propriedades da arquitetura, como forma, volume, luz, cor, textura, ritmo, equilíbrio, harmonia, ao mesmo tempo em que os ilustra em exemplos e análises de composições arquitetônicas, descrevendo como estes elementos são apreendidos e interpretados. Para ele, não basta ver a arquitetura, mas, vivenciá-la, observando como foi produzida e como se relaciona com o seu contexto numa determinada época. Para Rasmussen, os edifícios são mais humanos, se projetados com base na vida a ser neles vivida. Assim, é imprescindível a compreensão, por parte dos arquitetos, dos modos de vida e das expectativas das pessoas.

Rapoport (1982), em seus estudos sobre o significado do ambiente construído, chama atenção para o fato de que as reações e as preferências dos projetistas e dos usuários em relação aos ambientes são diferentes, e as que realmente importam e deveriam receber maior atenção são as destes últimos. Esta questão de para quem o ambiente assume um determinado significado é, para o autor, básica, já que o significado se desenvolve através da personalização, da tomada de posse e até da própria modificação do ambiente. Neste sentido, a produção do ambiente construído, se não levar em conta esta questão - relacionada ao uso que é efetivamente dado ao ambiente - estará sujeita a não corresponder às expectativas, conforme vimos no caso de Pruitt-Igoe.

Interessado nesta questão dos usos que o homem faz dos ambientes que habita e nas relações ali construídas, Fischer (1994) estudou o espaço não só do ponto de vista pessoal, individual, como

a maioria dos estudos de psicologia ambiental, mas, enfatizou a dimensão social, por meio de uma abordagem psicossocial. Esta abordagem considera que os lugares em que vivemos interferem nos nossos comportamentos, já que nos constituímos nas relações que com eles mantemos (FISCHER, 1994:09). Sendo o ambiente um espaço organizado nas nossas sociedades e constituindo, portanto, o quadro social em que vivemos, o autor afirma que não é possível dissociar as características físicas e as dimensões sociais de um determinado lugar. O principal diferencial que esta abordagem introduz é a consideração de uma relação dialética entre o homem e os espaços que habita, abandonando a visão de uma influência unilateral, ou seja, a visão de que o espaço induziria mecanicamente os comportamentos humanos.

Outros estudos também contribuíram fortemente para o aprofundamento da arquitetura nestas questões das relações ambiente comportamento, que não caberia aqui detalhar, pois ampliaria demais o nosso objetivo inicial de apontar os sentidos de uma arquitetura humanizada. Entre estes estudos, e não menos importantes dos que aqui mencionamos, estão os de Hall (1994), que explorou os valores culturais envolvidos nos conceitos de espaço pessoal e território, e os de Tuan (1983, 1974), que se dedicou à percepção e aos valores atribuídos aos ambientes e às noções de espaço e lugar do ponto de vista da herança biológica e cultural.

Finalmente, é importante destacar também a crescente valorização das atividades de avaliação de desempenho do ambiente construído como uma forma de aferir a adequação das proposições projetuais, especialmente no que diz respeito à satisfação do público e ao efetivo uso que é dado aos ambientes construídos.

1.4.5. O enfrentamento das questões éticas, políticas e sociais

A intensificação dos processos de urbanização e industrialização e os imensos danos causados pelas duas Grandes Guerras produziram a escalada de novas questões de cunho social, ético e político. A desigualdade social, a problemática da moradia para as populações menos favorecidas, a explosão das cidades, entre outros fatores, vêm conduzindo à necessidade de se reavaliar os modelos vigentes e também o próprio papel da arquitetura em relação à sociedade.

A primeira questão levantada neste campo por Nesbitt (2006:70) se refere à autonomia da arquitetura em relação às amplas questões do nosso tempo. Através da formulação de quatro

possibilidades²⁷ para o papel da arquitetura na sociedade, a autora acrescenta uma discussão crucial - se a arquitetura é uma arte ou um serviço profissional – proposta por Ghirardo (2006:416-422). Ghirardo considera a arquitetura um serviço amplamente comprometido com as questões sócio-políticas, indicando a necessidade de que a atividade dos arquitetos seja acompanhada de uma visão crítica do seu papel na sociedade. Esta autora dispara fortes críticas à rendição dos arquitetos aos modismos e propósitos comerciais na arquitetura²⁸, à ênfase nos aspectos estéticos e formais. Ghirardo aponta, ainda, uma recusa dos arquitetos em enfrentar problemas que, na sua opinião, deveriam ocupar a atividade da arquitetura: a crítica das estruturas de poder; os interesses econômicos; o racismo; as questões do zoneamento urbano e os interesses ali envolvidos. Acrescenta que os arquitetos devem questionar as políticas de construção, realizar mobilizações políticas, deixando de se limitar àquilo que ela chama de “questões triviais de moda e gosto”.

Somente quando os arquitetos, os críticos e os historiadores aceitarem a responsabilidade pela atividade de construir – em todas as suas ramificações – teremos condições de produzir uma arquitetura substantiva. (GHIRARDO, 2006:422)

Esta questão – se a arquitetura é arte ou serviço - está diretamente relacionada à possibilidade (ou à impossibilidade) de autonomia da arquitetura, da viabilidade desta ser auto-referencial, ou seja, de ter a sua atuação desvinculada de um compromisso com a sociedade. Alguns autores consideram que é impossível que a arquitetura seja auto-referencial. A este argumento, Nesbitt acrescenta que “enquanto o objeto de arte é contemplado em si no ambiente artificial da galeria, a arquitetura compõe um pano de fundo para a vida” (2006:71). Mas, a autora também aponta posições que investem na crítica e na autonomia, como a de Tadao Ando, que acredita na capacidade da abstração como forma de despertar experiências mais conscientes da arquitetura e da espiritualidade.

Outra questão levantada nas discussões sobre a sociedade contemporânea e a sua vida nas grandes cidades é a tendência ao individualismo e à excessiva preocupação com a vida privada, em detrimento de uma visão mais comunitária. O arquiteto Philip Bess (2006:402-414) discutiu

²⁷ As quatro possibilidades para o papel da arquitetura são: 1) a arquitetura pode ser indiferente às preocupações sociais e a seus modos de expressão e representação; 2) a arquitetura pode colocar-se a favor do *status quo* e aceitar as condições existentes; 3) a arquitetura pode guiar pacificamente a sociedade para um novo mundo; 4) a arquitetura pode fazer uma crítica radical e reconstruir a sociedade (NESBITT, 2006:70).

²⁸ Neste caso, a autora está se referindo aos modismos pós-modernos (da corrente historicista), acusando estas correntes de falta de engajamento político-social, engajamento que estava presente nos projetos da vanguarda do início do século XX, mesmo que de maneira utópica.

amplamente esta questão, conclamando para um resgate da noção de bem comum, a ser também aplicada na arquitetura. Neste sentido, Nesbitt (2006:72) acrescenta que este resgate é essencial para o sucesso dos movimentos ambientalistas, mas, tudo isto demanda o estabelecimento de um “consenso societário” que possa ser transposto para a arquitetura.

Este consenso tem sido buscado, por exemplo, nas formulações mais recentes sobre a ética profissional e os impactos das intervenções arquitetônicas e urbanísticas. Entre estas formulações estão: o cuidado em relação ao impacto social e ambiental das intervenções; a preservação da herança cultural e ambiental; a busca da melhoria do meio ambiente e da qualidade de vida; a defesa dos direitos humanos, entre outros. Estes tipos de objetivos tendem a ser cada vez mais efetivamente assumidos pela arquitetura, pelo papel fundamental que esta desempenha na conformação do ambiente urbano e social.

A preocupação - cada vez mais assumida na arquitetura - com a ecologia e a sustentabilidade é uma questão que ganhou grande destaque nas últimas décadas, e tende a se valorizar ainda mais, principalmente com a divulgação recente dos estudos científicos que atribuem à intervenção humana as mudanças climáticas – especialmente o aquecimento global - e prevêem um quadro sombrio para o clima no final do século XXI, com graves conseqüências para o meio ambiente e para as condições de vida no planeta.

É preciso encarar o fato de que o que se passa hoje no mundo é uma guerra, uma guerra contra a própria vida. Nossos sistemas atuais de planejamento criaram um mundo que cresce muito além da capacidade do ambiente sustentar a vida no futuro. A linguagem industrial do projeto, ao deixar de honrar os princípios da natureza, somente pode violá-los por gerar desperdício e danos, a despeito das intenções manifestas. Se continuarmos destruindo florestas, queimando lixo, pescando de arrastão, queimando carvão, branqueando papel, destruindo solos, envenenando insetos, construindo sobre os habitats naturais, represando os rios, produzindo resíduos tóxicos e radioativos, estaremos criando uma vasta máquina industrial não para morar, mas para morrer. É uma guerra, sem dúvida, uma guerra da qual apenas umas poucas futuras gerações conseguirão sobreviver. (BESS, 2006)

Partindo de críticas ao movimento moderno e aos seus modos de produção, o arquiteto Willian McDonough (2006:428-438) formulou, em 1993, uma série de padrões éticos para a arquitetura, divulgando, assim, uma abordagem sustentável para o processo projetual. Esta abordagem inclui medidas como: a priorização dos recursos bioclimáticos, como a luz natural e os ventos, com vistas à economia de energia e à conexão dos usuários com o ar livre; a eliminação do

desperdício e a redução da produção de resíduos, pelo uso de materiais renováveis e biodegradáveis; o estudo dos materiais e sistemas construtivos, visando uma cadeia de produção que não cause degradação ao meio ambiente e cujos produtos não representem risco à saúde de seus usuários; o desenvolvimento de projetos flexíveis, para que possam ser convertidos posteriormente a outros usos.

Em 1992, o arquiteto e seu escritório apresentaram pela primeira vez, na Conferência de Cúpula da ECO-92, no Rio de Janeiro, os seus Princípios de Hannover, diretrizes éticas que visam orientar o desenvolvimento de projetos sustentáveis. Além dos compromissos com o meio ambiente, os princípios conclamavam a um desenvolvimento capaz de reconhecer as limitações e a incapacidade de um projeto resolver todos os problemas. Além disso, recomendam a ampla consideração dos aspectos referentes aos assentamentos humanos e às estruturas comunitárias.

1.5. Considerações

No início deste capítulo, buscamos contextualizar a situação da arquitetura a partir da crise deflagrada em meados do século XX, apresentando as principais correntes e tendências que se desenvolveram a partir de então. Após esta contextualização, passamos à identificação dos aspectos que o pensamento contemporâneo e as condições de vida atuais têm imposto à produção arquitetônica, aspectos estes que, em nosso julgamento, corroboraram para a nossa construção dos sentidos da humanização na arquitetura.

O reconhecimento da complexidade e da dinâmica das situações que envolvem o ambiente construído²⁹ é uma questão que os arquitetos têm buscado enfrentar, passando a aceitar os limites e o caráter efêmero de suas intervenções, onde a impossibilidade de previsão e controle total sobre o desenvolvimento futuro dos sistemas por eles projetados são fatos a serem considerados no processo projetual. Cabe destacar que tal reconhecimento não significa adotar uma atitude de conformismo diante das situações que se apresentam. Ao contrário, requer dos arquitetos cada vez mais disposição e criatividade para interagir com elas, revisitar e avaliar o que foi feito, além de humildade³⁰ e flexibilidade para articular todas as instâncias envolvidas e

²⁹ Este fato é de suma importância no caso da arquitetura das instituições de assistência à saúde, que são apontadas, por diversos autores, como as mais complexas e dinâmicas da sociedade contemporânea. Saber lidar com esta complexidade e com as amplas e inevitáveis mudanças ao longo do tempo é um imperativo para os projetistas.

³⁰ Humildade tem aqui o sentido de reconhecer a sua própria humanidade, a necessidade de dialogar e se colocar realmente a serviço do seu contexto de intervenção.

também para avaliar os resultados das decisões projetuais, visando, caso necessário, a correção dos rumos.

Esta questão da complexidade conduz também à tendência de promoção de intervenções de menor porte, de caráter mais localizado e adaptado às condições de um contexto específico, em detrimento de intervenções mais amplas e ambiciosas, como, por exemplo, os grandes conjuntos habitacionais³¹ que se multiplicaram na década de 70, e também, como veremos no capítulo 2, os chamados mega-hospitais.

Uma outra questão relevante é a valorização das reais condições e necessidades do homem. Percebe-se uma inversão na forma com que se passa a produzir a arquitetura: pretende-se que esta deixe de ser concebida de forma prescritiva, para um homem e um estilo de vida idealizados e posteriormente adaptada pelo homem real às suas condições. Uma abordagem humanista, ao contrário, deve reconhecer os reais usuários do ambiente a ser construído e partir das suas necessidades e expectativas, contemplando na medida mais ampla possível a diversidade das suas características, não somente físicas, mas, também psicossociais. Neste sentido, valorizam-se as investigações das relações ambiente-comportamento, as avaliações de desempenho e adequação ao uso, além das demandas relativas à inclusão social, onde se insere a consolidação - inclusive em termos de regulamentação - do desenho universal e da acessibilidade no ambiente construído.

Na medida em que reconhece a dimensão humana na sua singularidade, a arquitetura tende, na seqüência, a retomar também o seu compromisso social e o seu papel relevante no processo de busca de melhores condições de vida para as coletividades, principalmente no meio urbano, repensando e intervindo nos modelos de seu desenvolvimento a partir de um verdadeiro envolvimento e compreensão dos diferentes modos de vida. O estímulo à participação social nestes processos é, a nosso ver, um valioso recurso para a garantia de resultados consensualmente satisfatórios.

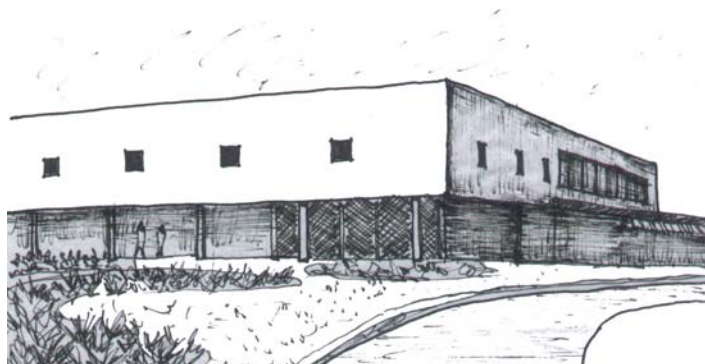
Com respeito ao papel da arquitetura nas questões éticas, políticas e sociais, compartilhamos das visões que apontam para a impossibilidade da sua autonomia em relação às demandas

³¹ Podemos citar como exemplo, em nosso país, as iniciativas mais recentes de intervenção na questão da habitação de interesse social: investimentos na integração das comunidades de favelas ao tecido urbano por meio da implantação de infra-estrutura e equipamentos, em detrimento das antigas remoções; revitalização de bairros centrais degradados e destinação à moradia de imóveis neles situados, no lugar de construir grandes conjuntos habitacionais na periferia das cidades.

relacionadas a estes temas. Consideramos que a humanização da arquitetura requer um profundo envolvimento e participação nestas questões, além da necessária ampliação da colaboração interdisciplinar, conforme proposto por Santos (1987). Como pudemos ver também, ao longo do capítulo, importantes e decisivas contribuições para a arquitetura vieram de outras disciplinas, como a psicologia e a filosofia. Assim, consideramos que, ao assumir efetivamente o seu lugar, dialogando entre as ciências sociais, a arquitetura tende a ampliar consideravelmente o seu potencial de contribuição para o desenvolvimento humano.

O estabelecimento do compromisso com o meio-ambiente é também um aspecto fundamental para a humanização da arquitetura, pois além de relacionar-se com o bem-estar mais imediato do homem, envolve a sua própria sobrevivência no futuro, em nosso planeta. Apesar do seu crescente reconhecimento, ainda requer muitos investimentos no sentido de redefinir de uma forma mais ampla e pactuada as relações entre o homem e a natureza, o ambiente construído e o ambiente natural. Acreditamos que as demandas do desenvolvimento sustentável tendem a centralizar a mudança nestas relações, além de disseminar também o estabelecimento de uma nova relação com a tecnologia.

Enfim, acreditamos ter, neste capítulo, expressado o que captamos como essência da humanização no campo da arquitetura, conhecimentos que contribuíram para a materialização, no final desta tese, dos subsídios formulados para a produção de ambientes mais humanos para a saúde. No capítulo a seguir, dedicamo-nos à contextualização do campo da saúde e aproximação dos ambientes de nosso maior interesse, os ambientes assistenciais.



*...o hospital ideal combinaria o melhor dos spas,
o melhor dos hotéis e o melhor dos hospitais para
se tornar efetivamente um ambiente de saúde, no qual
a simples permanência é capaz de favorecer a cura.*

(PLANETREE, 2006)

CAPÍTULO 2 SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE E SEUS ESPAÇOS

Nos últimos anos, o tema humanização tem sido amplamente discutido na área da saúde, que adotou o conceito dentro do referencial para um novo modelo de assistência que passa a incorporar as noções de promoção de saúde e qualidade de vida, abandonando seu foco limitado ao tratamento e controle das patologias. No setor público brasileiro, atualmente, o movimento pela humanização se insere nos esforços pela qualificação do atendimento e pela efetiva implantação do Sistema Único de Saúde – SUS³².

Encontramos menções ao termo em diversas publicações, movimentos e campanhas, primeiro no exterior, na década de 70, e posteriormente no Brasil, a partir dos anos 90. O seu emprego é, no entanto, polêmico, sendo muitas vezes criticado e considerado pleonástico, sob a alegação de que a medicina é – ou deveria ser - uma prática humana em sua essência. Encontramos, também, em alguns discursos, uma preferência pelo termo “re-humanização”, assumindo-se que a prática médica foi sofrendo, ao longo do tempo, um afastamento dos valores humanos, especialmente por conta da sua especialização e pelo acelerado desenvolvimento tecnológico. Não pretendemos aqui alongar estas discussões, mas, caracterizar o movimento pela humanização no contexto da saúde.

Neste capítulo, passamos, então, a nos dedicar à humanização na saúde, cuidando de não desviar de nosso foco, a arquitetura. Torna-se inevitável passar, mesmo que brevemente, pela história da assistência, para melhor conhecer o contexto, os antecedentes e a evolução do conceito, identificar os seus sentidos e compreender o seu caráter paradigmático. Neste sentido, examinamos os modelos adotados na assistência à saúde, que se basearam em diferentes abordagens do processo saúde-doença. Correlacionamos estes modelos com os seus espaços arquitetônicos, evidenciando a presença de elementos que hoje são resgatados pelos movimentos de humanização.

Após esta contextualização, aprofundamos a apresentação do modelo biomédico - que atualmente é colocado em xeque - destacando seus momentos e aspectos mais representativos (medicalização, especialização, tecnologização) e a sua expressão na arquitetura. Em seguida, passamos a discutir a mudança de paradigma, o momento atual, os movimentos e as abordagens que ora se impõem em substituição ao modelo biomédico.

³² O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Constituição de 1988 (BRASIL, 2006) para integrar as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, tendo como princípios básicos a universalidade e equidade do acesso e a integralidade do atendimento. A sua efetiva implantação tem sido um processo caracterizado por inúmeros desafios, entraves e também conquistas, que não caberia neste trabalho aprofundar.

2.1. Visões do processo saúde-doença e espaços da assistência até o século XVIII

Na Antiguidade Clássica, predominava uma assistência à saúde orientada por uma visão mística e religiosa, geralmente praticada nos templos dedicados ao deus *Asclepius*, onde sacerdotes prescreviam os tratamentos a partir de intervenções divinas e forças sobrenaturais expressas por meio de sonhos. Tais templos primavam pela localização privilegiada, geralmente em regiões elevadas onde se podia desfrutar de belas paisagens, e pela cuidadosa implantação que levava em conta os aspectos bioclimáticos. Naquela época havia também, com menor alcance, uma abordagem assistencial mais empírica e racional, baseada na observação da natureza e seus fenômenos³³, e praticada por médicos que atuavam de forma itinerante ou atendiam individualmente em seus próprios estabelecimentos, semelhantes a consultórios e conhecidos como *iatreion* (ROSEN, 1994). O Império Romano deu continuidade às práticas da medicina grega, mas, promoveu um grande desenvolvimento dos sistemas de abastecimento de água e de saneamento, o que contribuiu para melhorar as condições de salubridade no meio urbano em desenvolvimento. Todavia, tanto no período helênico quanto no início do romano, o quadro dominante era de uma assistência à saúde praticada por médicos restrita à elite abastada, ficando a população pobre, os trabalhadores e os escravos à mercê de uma medicina popular e do misticismo (ROSEN, 1994; VERDERBER e FINE, 2000).

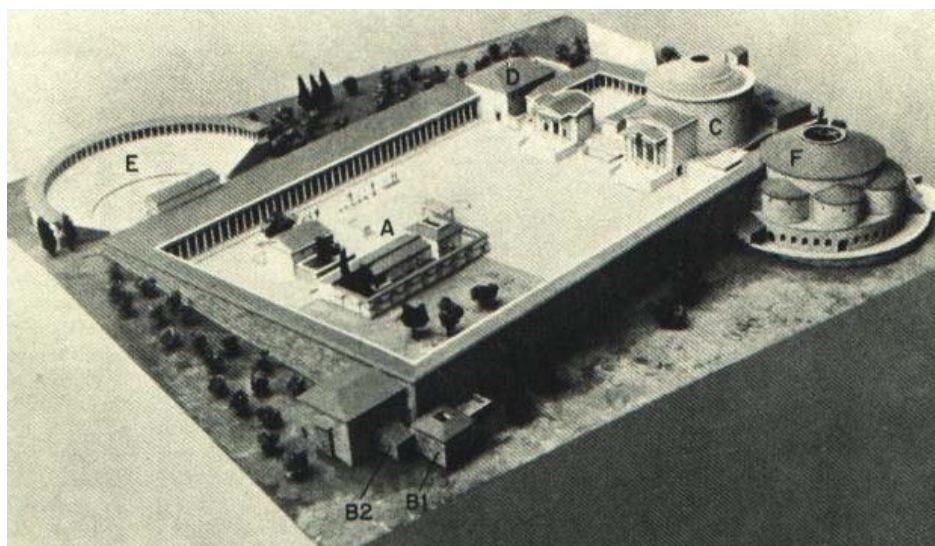
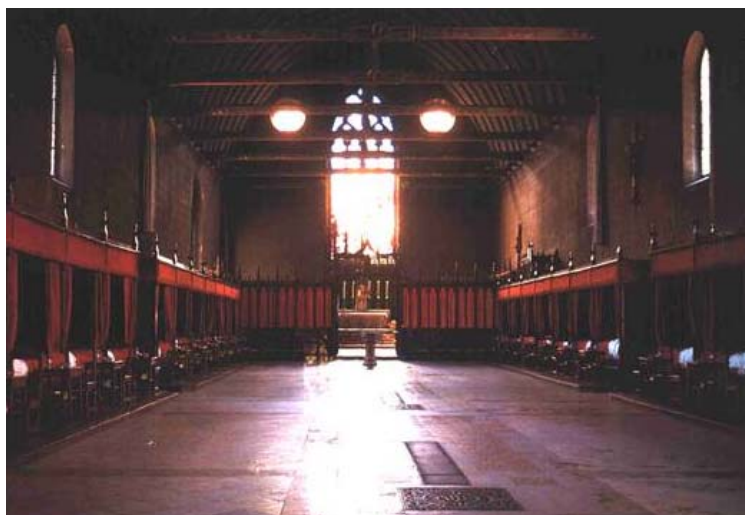


Fig. 03: Templo de Asklepios, em Epidauro, Grécia; A – sala dos “sonhadores”; B – sanitários; C – templo; D – quarto do imperador; E – estádio; F – salão de tratamento
Fonte: Thompson e Goldin, 1975

³³ Segundo Rosen (1994:37), esta abordagem tinha como referência o raciocínio e a observação dos primeiros filósofos, que associavam a doença a uma desarmonia entre o homem e o ambiente.

Durante a Idade Média, a Igreja Católica emergiu como a principal provedora da assistência à saúde (VERDERBER e FINE, 2000), mas, tal liderança convivia com velhos costumes e ritos pagãos, pelo menos no período conhecido como Idade das Trevas, de 500 a 1000 d.C. O adoecimento era considerado uma punição pelo pecado, possessão demoníaca ou produto de feitiçaria, mas, já que o corpo era visto como o reservatório da alma, era necessário também fortalecê-lo para que pudesse enfrentar estas adversidades (ROSEN, 1994:52). A abordagem da assistência orientava-se pela religiosidade e pela filantropia, amplamente incentivadas pelo pensamento cristão, como meio de garantir as bênçãos divinas e a salvação das almas dos que a praticassem. O controle era exercido pelas ordens religiosas e a prática da assistência se dava nas grandes enfermarias anexas aos mosteiros situados nas periferias das cidades ou vilarejos. A configuração das enfermarias deveria invariavelmente permitir aos pacientes a visão de um altar para que pudessem acompanhar a missa, atividade que fazia parte do processo de tratamento (THOMPSON e GOLDIN, 1976). Estes hospitais-monastérios assemelhavam-se a propriedades rurais, contando com estábulos e hortas, inclusive para o cultivo de plantas medicinais. Segundo Rosen (1994:67), a partir do século XIII, os hospitais medievais começaram a ser transferidos do controle das ordens religiosas para o da jurisdição secular, equivalente a uma administração municipal. Entretanto, o cuidado dos enfermos nestes espaços continuava a ser exercido por monges e freiras, tendo os médicos uma atuação ainda à parte deste contexto, na prestação direta e individual de seus serviços ou no ensino da medicina.



Figs. 04 e 05: Do leito na enfermaria, o paciente tinha a visão de um altar e podia assistir à missa
Fonte: Goldin, 1994

Do final da Idade Média ao século XVII, os hospitais foram crescendo em seu porte e passavam a representar uma mistura de asilo para os pobres e os idosos, espaços de reclusão dos doentes acometidos por doenças epidêmicas (ROSEN, 1994, 1979) e também espaços de exclusão dos marginalizados da sociedade, como os loucos, as prostitutas e os desocupados (FOUCAULT, 2000). Esta situação foi transformando o hospital em local de desordem e reforçando a sua imagem de lugar onde se esperava a morte. Rosen (1994:73) destaca a importância do período do Renascimento, com a transição da civilização medieval para a civilização moderna, quando se desenvolveram os primórdios da ciência. O crescente uso da experimentação e da análise matemática dos fenômenos naturais promoveu um grande desenvolvimento da epidemiologia e da observação clínica. Este período é marcado também pelo desenvolvimento da concepção atmosférico-miasmática sobre o surgimento das doenças e da teoria do contágio³⁴.

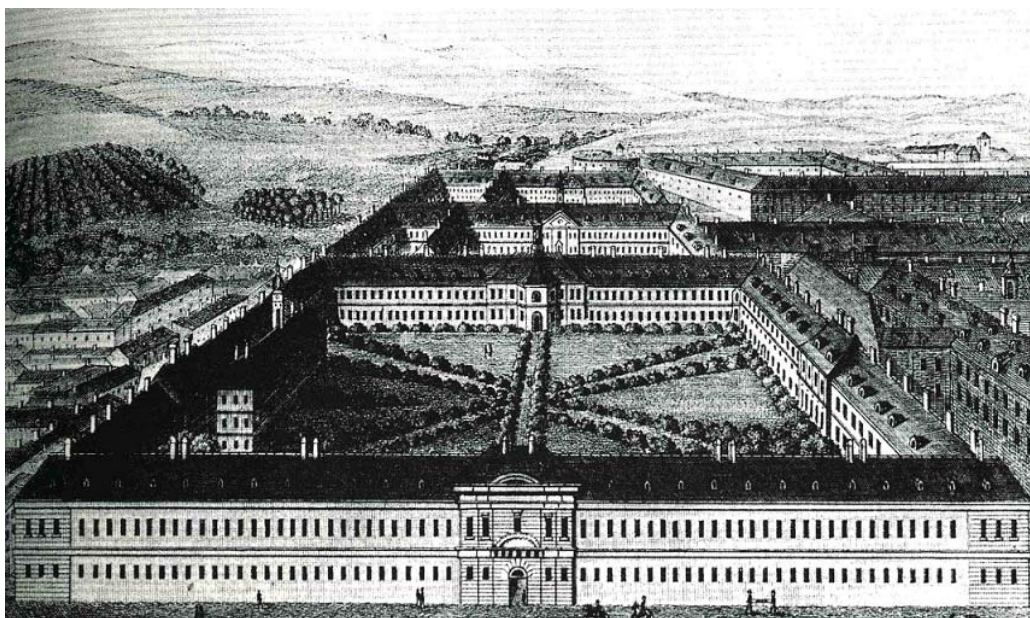


Fig. 06: Allgemeines Krankenhaus, Viena, Áustria, 1784
Fonte: Goldin, 1994

Mas, apesar de todos os avanços ocorridos desde o Renascimento, o panorama da saúde só viria a se modificar significativamente no século XVIII, a partir do que Foucault denominou de “associação das séries médica e hospitalar” (1982:101). Naquele período se fixa o nascimento da medicina como ciência e a conversão do hospital em instrumento terapêutico – o hospital “máquina de curar”, o novo espaço do médico e do seu aparato científico. A partir daí se configurou o modelo biomédico, que chegou até nossos dias e que detalharemos adiante.

³⁴ A teoria atmosférico-miasmática associava o aparecimento de algumas doenças à contaminação do ar por partículas que se elevavam do solo sob determinadas condições do clima, e os estudos sobre o contágio relacionavam o aparecimento de doenças ao contato pessoa a pessoa, à transmissão através de agentes intermediários ou pelo ar (ROSEN, 1994).

2.2. O modelo biomédico

Identificar as doenças que nós carregamos em nossos corpos e atacá-las³⁵.

(ZEISEL, 2001:07)

O desenvolvimento do modelo assistencial conhecido como biomédico ou mecanicista tem suas raízes: no pensamento cartesiano, que estabeleceu a verdade como algo determinado pela razão em função das evidências e propôs um método de abordagem das dificuldades por meio da sua decomposição em tantas partes quanto fosse necessário para a sua solução, seguida da condução ordenada do pensamento mais simples ao mais complexo e da revisão exaustiva de cada componente da argumentação; no pensamento newtoniano, que estabeleceu uma visão matemática e mecânica dos fenômenos, inclusive os relacionados ao funcionamento do corpo humano, que passava a ser visualizado como uma máquina composta de engrenagens sujeitas à ocorrência de avarias.

Sob esta concepção passavam a ser validados todos os subseqüentes avanços das ciências médicas, como a descoberta da circulação sanguínea, da primeira vacina e o ingresso na era bacteriológica, entre outros. Conforme detalhadamente descrito por Foucault em “O Nascimento da Clínica” (1998), tal abordagem passava a se preocupar em identificar a localização precisa da doença no corpo. Desta forma, se foi estabelecendo uma separação entre o corpo, assunto da clínica, e a mente, domínio da psiquiatria, ciência que também nascia naquela época. O corpo, por sua vez, foi aos poucos sendo subdividido em várias partes que passavam a ser objetos das especialidades médicas.

O modelo biomédico, então, foi direcionando o seu foco para a doença e seu enfrentamento de forma especializada e fragmentada, deixando de considerar o paciente em sua integralidade, seu contexto e estilo de vida, e sem uma preocupação em identificar e intervir nas causas do seu adoecimento. Além disso, este modelo se caracteriza pela ampliação do domínio do saber médico sobre diversos aspectos da vida humana, como, por exemplo, o nascimento e a morte³⁶, bem como pelo crescente investimento na tecnologia³⁷.

³⁵ Texto original: “Identify the illnesses we carry in our bodies and attack them” (ZEISEL, 2001:07).

³⁶ Até então, o nascimento e a morte eram vistos como eventos naturais e do âmbito doméstico e privado.

³⁷ Não pretendemos aqui desvalorizar a medicina científica e a tecnologia, pois não há como negar os benefícios que os avanços dos últimos 200 anos proporcionaram, principalmente no que diz respeito à expectativa de vida do ser humano. No entanto, é importante que apontemos algumas das distorções e

Segundo Dilani (2001:31), sob esta perspectiva “patogênica”, o principal requisito atribuído à arquitetura dos ambientes da saúde estava restrito à preocupação com a redução dos riscos de exposição às doenças. O mesmo autor aponta como conseqüências deste modelo a desconsideração, no desenvolvimento de projetos, das necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes, além da ênfase na eficiência funcional.

2.2.1. Medicalização da assistência e do espaço hospitalar

O início do processo de medicalização³⁸ é de particular interesse do presente estudo por representar um divisor de águas no campo da atenção à saúde, fato reconhecido e analisado por diferentes autores³⁹. A partir de então, a abordagem biomédica foi se consolidando, novos cenários se configuraram e novos personagens vieram à cena - o médico de hospital e, especialmente, o paciente, com toda a passividade que lhe é própria.

Um importante marco da medicalização foi o trabalho do médico Jacques Tenon que, assessorado pelo arquiteto Bernard Poyet, a partir da necessidade de se renovar o Hôtel-Dieu, o mais importante hospital de Paris à época, empreendeu um estudo paradigmático capaz de influenciar por muito tempo o planejamento hospitalar⁴⁰. O trabalho de Tenon tinha como objetivo organizar e qualificar o espaço hospitalar, de modo a reverter os seus efeitos negativos sobre os usuários. Esta profunda inserção do médico no espaço hospitalar pode ser considerada como um dos fatos mais representativos do fenômeno da medicalização.

Foucault (1982:79-98) também associou o fenômeno da medicalização da assistência à saúde ao processo de formação da medicina coletiva, ou social, também após o século XVIII⁴¹, que possibilitou uma ampliação da intervenção e do controle médico sobre a vida das populações

limitações que este modelo gerou, para que possamos vislumbrar novas formas – mais humanas - de incorporar estes avanços.

³⁸ Podemos definir medicalização como a apropriação da assistência à saúde e do espaço hospitalar pela medicina científica e pelos profissionais médicos, ocorrida a partir do século XVIII.

³⁹ Os estudos mais importantes neste campo são os de Foucault (1982, 1983, 1998, 2000), Rosen (1979, 1994) e Thompson e Goldin (1975). No Brasil, Machado (1978) estudou o fenômeno da medicalização em nosso contexto, e Antunes (1991) analisou a instituição hospitalar, a partir de Foucault, Rosen e outros.

⁴⁰ O trabalho de Tenon e Poyet encontra-se detalhado mais adiante, no item 2.2.2, por considerarmos que representa também um importante aporte tecnológico na arquitetura hospitalar.

⁴¹ A tese do autor contraria a noção de que a partir do capitalismo a medicina se tornou individualizada.

nos meios urbanos. A formação da medicina social teria se desenrolado, segundo o autor, a partir de três vertentes, motivadas por contextos específicos:

- a medicina de estado alemã, do começo do século XVIII⁴², criada dentro de um movimento para fortalecimento do então frágil aparelho estatal, tendo como a principal expressão a chamada polícia médica – *Medizinischepolizei* – que associava medidas como o controle da morbidade, a normalização da prática e do saber médicos, o controle administrativo da sua atividade e a nomeação de funcionários médicos que controlariam, de forma hierarquizada, as regiões ou distritos (segundo o autor, apareceria aí o médico como administrador de saúde);
- a medicina urbana francesa, do final do século XVIII, calcada na necessidade de tornar salubres as grandes cidades e reverter a deterioração do ambiente urbano, através do desenvolvimento de um sistema de higiene pública⁴³ que visava: analisar e combater todos os focos de disseminação de doenças existentes no espaço urbano (como, por exemplo, os cemitérios); controlar a circulação dos elementos (a água e o ar); organizar a localização das fontes, distribuição e a seqüência dos elementos fornecidos à população e a coleta dos dejetos produzidos;
- a medicina social inglesa, do século XIX, desenvolvida visando a preservação da força de trabalho necessária à revolução industrial e voltada, portanto, para o proletariado, expressa, num primeiro momento, através da *Lei dos Pobres*, um sistema de assistência gratuita à saúde com ênfase no controle médico da população, complementada posteriormente pelos sistemas *health service* e *health officers*, que compreendiam: controle de vacinação; organização de um registro de epidemias e doenças; localização e destruição de focos de insalubridade nas cidades; estabelecimento de um sistema de cuidados médicos não mais individual, porém, destinado a intervir sobre a coletividade.

Destas três vertentes, a medicina social inglesa foi, segundo Foucault (1982:97), a que mais evoluiu, chegando até nossos dias e aplicando-se nos principais sistemas médicos do mundo, por conseguir dar conta da diversidade de aspectos que a assistência à saúde envolvia, através da

⁴² O autor destaca que esta medicina de estado aparece mesmo antes da formação da medicina científica, e não se fundamentava ainda na preservação da saúde da população enquanto força de trabalho, mas, como elemento de composição da força política do Estado.

⁴³ O sistema de higiene pública, segundo Foucault, era uma variação sofisticada do “modelo médico e político da quarentena” (1982:87), regulamento de urgência muito utilizado desde o fim da Idade Média em toda a Europa, que previa - em casos de doenças epidêmicas, como a peste - a permanência compulsória das pessoas em suas casas, a realização de uma vigilância generalizada, de um registro centralizado, de uma revista exaustiva dos vivos e dos mortos e de uma desinfecção das casas.

coexistência e articulação entre três sistemas médicos diferenciados: uma medicina assistencial, para as classes mais pobres; uma medicina administrativa, direcionada às questões mais amplas, como epidemias e vacinação; e uma medicina privada, para as classes mais abastadas.

A medicalização da assistência relaciona-se, portanto, às origens da medicina social, através do estabelecimento de sistemas coletivos – e, em muitos casos, compulsórios⁴⁴ – de intervenção sobre a saúde e as práticas das populações, principalmente o proletariado, associados a um controle da salubridade do ambiente urbano.

É importante ressaltar, no entanto, que a incorporação do médico ao espaço hospitalar não se deu de forma imediata, conforme destaca Rosen (1994). Na verdade, já vinha acontecendo de forma lenta e progressiva desde o século XIV, de quando datam os primeiros registros da participação de médicos em hospitais germânicos. Mas, o domínio efetivo do saber médico sobre o espaço hospitalar data de pouco mais de 200 anos. De acordo com Foucault (1982:101), este fenômeno ocorreu a partir da convicção da necessidade de promoção de amplas reformulações do espaço físico dos hospitais, considerados causadores de danos à saúde das populações, especialmente no que se refere à salubridade dos ambientes, visando convertê-los de local de espera da morte em instrumento terapêutico capaz de contribuir para a cura.

Foucault ressalta que o primeiro fator de transformação do hospital em instrumento terapêutico não foi a busca de uma ação positiva do ambiente hospitalar sobre a doença, mas, a reversão dos efeitos negativos que este proporcionava, não só em termos de agravamento e disseminação das doenças, mas, em termos de conflitos econômicos e sociais de que era palco (1982:103). A organização do hospital se deu por meio da disciplina, descrita por Foucault como uma nova tecnologia política (1982:105). A aplicação do poder disciplinar incluía as seguintes medidas: a distribuição espacial dos indivíduos, a partir de uma análise e organização do espaço; o controle sobre os indivíduos, suas ações e respectivos resultados; a vigilância constante sobre os indivíduos, submetendo-os a uma hierarquia de olhares durante a execução das tarefas; o registro contínuo das atividades, anotando e transferindo, de baixo para cima, os dados ao longo de uma “pirâmide disciplinar” (1982:106). Foucault afirma que a introdução destes mecanismos disciplinares no espaço hospitalar, associada a uma transformação da prática e do saber médicos é que iriam possibilitar a sua efetiva medicalização - a “formação de uma medicina hospitalar” (1982:107).

⁴⁴ Estes sistemas compulsórios, comuns nos estados absolutistas, no século XVII, conformavam a chamada “Grande Internação” (FOUCAULT, 2000:45-78), processo de recolhimento aos hospitais gerais dos pobres, loucos e desviantes, visando proteger a sociedade dos perigos que estes representavam.

Nesta época se constituiu também o que o autor denomina de “uma medicina do meio”, onde a doença era considerada um fenômeno que obedecia a leis naturais, abordagem que incorporava uma preocupação com tudo o que circunda a doença: o ar, a água, a temperatura, a alimentação. Graças ao amplo desenvolvimento das ciências naquele Século das Luzes, o espaço da assistência à saúde foi se transformando juntamente com esta noção da influência das características do ambiente sobre a propagação das doenças. Iniciava-se também ali um intenso processo de incorporação das descobertas das ciências médicas ao planejamento dos espaços hospitalares, que se direcionava, então, para uma crescente valorização da sofisticação tecnológica. O hospital cada vez mais era planejado segundo uma visão utilitária, para abrigar prioritariamente as máquinas, os equipamentos e suas funções, relegando a um segundo plano as expectativas dos seus usuários. O hospital contemporâneo, denominado por Foucault de “máquina de curar” (1982:101), começava a ser medido em sua eficiência pela complexidade e modernidade das tecnologias que era capaz de oferecer e pela funcionalidade de seus fluxos operacionais.

2.2.2. A tecnologização do espaço hospitalar

Segundo Silva (2001), a maneira recente de pensar o hospital teve origem nas grandes transformações do pensamento ao longo do século XVIII, período do Iluminismo, da valorização da ciência e do nascimento das ciências médicas. Foi nesta época que pela primeira vez se adotou uma abordagem funcionalista no planejamento do espaço hospitalar, perspectiva que prevaleceu até o final do século XX. Embora não houvesse disponibilidade, inicialmente, de muitos recursos tecnológicos em termos físicos, aquela inovadora maneira de pensar e organizar o espaço, conforme as definições do termo tecnologia⁴⁵, sem dúvida representou um importante aporte tecnológico.

Sendo assim, assumimos que as primeiras grandes intervenções tecnológicas no espaço hospitalar, em sua história contemporânea, foram as empreendidas pelo médico Jacques Tenon,

⁴⁵ Tecnologia é definida como “o conjunto de conhecimentos e princípios científicos que se aplicam a um determinado ramo de atividade”, distinguindo-se do termo técnica, que seria “a parte material ou o conjunto de processos de uma arte; a maneira, jeito ou habilidade especial de executar ou fazer algo; a prática” (FERREIRA, 1999). Usualmente, a palavra tecnologia é associada aos progressos alcançados principalmente após a Revolução Industrial, estando seus significados e representações estreitamente relacionados às máquinas e aos avanços científicos.

assessorado pelo arquiteto Bernard Poyet, incumbidos, no século XVIII, pela Academia de Ciências da França, de realizar estudos sobre os hospitais de Paris. O trabalho, motivado pelas caóticas condições dos hospitais parisienses, especialmente o Hôtel-Dieu, importante hospital francês, destruído no século XVIII por um incêndio devido à precariedade de suas instalações, ensejou o estabelecimento de normas arquitetônicas e funcionais para a concepção e organização do espaço e das atividades realizadas no ambiente hospitalar, publicadas em 1788, na obra *Mémoires sur les Hôpitaux de Paris* (TENON, 1996). O estudo de Tenon tinha como objetivo definir, a partir das informações coletadas no Hôtel-Dieu, em outros hospitais parisienses e também em hospitais estrangeiros, a melhor solução para a assistência à saúde naquela cidade: reconstruir o Hôtel-Dieu ou substituí-lo por quatro novos hospitais a serem localizados em outras áreas da cidade. Tenon afirmava que os hospitais existentes é que deveriam informar como deveriam ser os futuros hospitais.

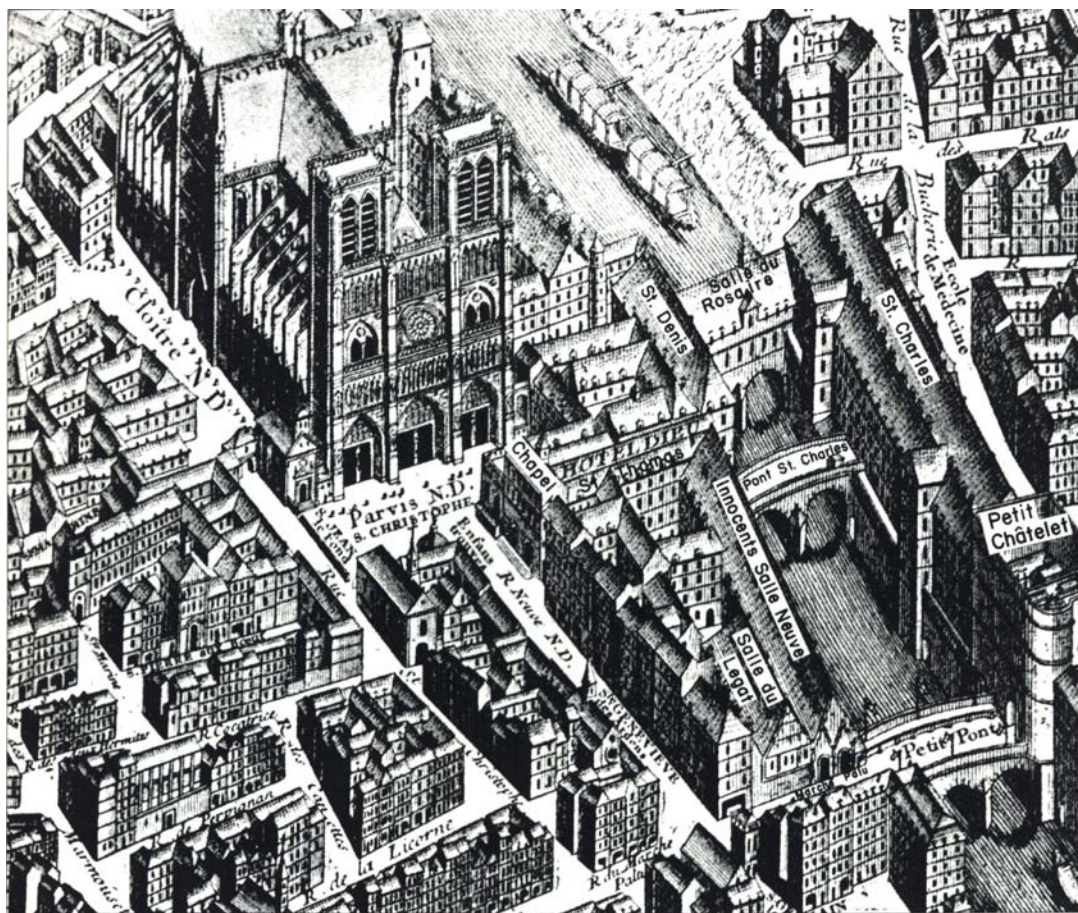


Fig. 07: Hôtel-Dieu, de Paris, em 1739, cujos edifícios chegaram a ocupar áreas nas duas margens do Sena
Fonte: Goldin, 1994:167



Fig. 08 e 09: O atual Hôtel-Dieu, de Paris, em 2005
Fonte: Reis Alves, 2005

Em termos de desenvolvimento tecnológico, não menos importante foi o trabalho da enfermeira inglesa Florence Nightingale. Em suas experiências, especialmente as vivenciadas na Guerra da Criméia, observou como os ambientes hospitalares eram capazes de contribuir para dizimar populações inteiras de pacientes (GOLDIN, 1994:182). A partir de suas observações, Nightingale desenvolveu importantes estudos sobre os espaços hospitalares, visando promover a salubridade dos ambientes e a otimização dos processos de trabalho. Verderber e Fine (2000) destacam a importância que Nightingale atribuía à função dos espaços e dos elementos ali presentes, o que contribuiu para reforçar, no campo da arquitetura hospitalar, a perspectiva funcionalista inaugurada por Tenon e Poyet. Em suas *Notes on Hospitals*, de 1859, ela recomendava o dimensionamento e disposição que julgava ideais para enfermarias, indicava materiais de acabamento e preconizava a utilização de sistemas naturais de ventilação e aquecimento. Tornou-se referência internacional a "enfermaria nightingale", reconhecida até hoje pela facilidade que oferece à supervisão da equipe de enfermagem (GOLDIN, 1994:182).

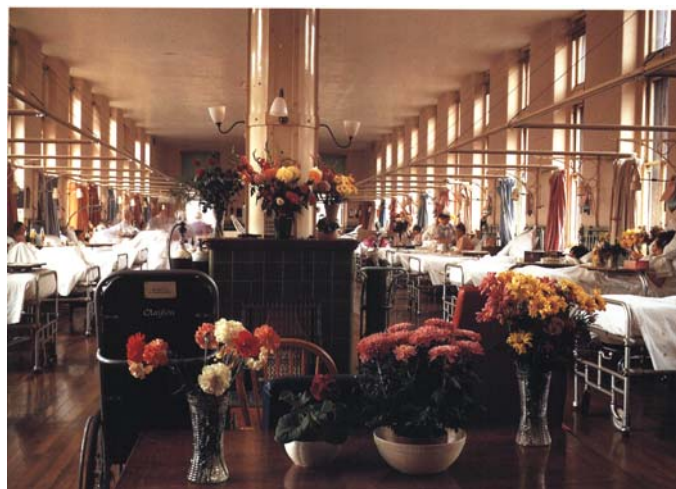


Fig. 10: Enfermaria Nightingale, St. Thomas' Hospital, Londres, em 1971
Fonte: Goldin, 1994:189

A partir das recomendações de Tenon, posteriormente endossadas pelos estudos de Nightingale, deu-se a consagração do partido arquitetônico desenvolvido em blocos intercalados por pátios ajardinados, mais conhecido como partido pavilhonar, considerado o que melhor solucionava as questões de salubridade das construções hospitalares, ao proporcionar ventilação e iluminação naturais aos ambientes, além de facilitar a separação dos pacientes segundo as suas características ou patologias. Diversos hospitais foram construídos em todo o mundo com base nestes princípios que, como veremos adiante, têm sido atualmente revalorizados e associados a aspectos da humanização.

Com a acelerada urbanização, o crescente custo dos terrenos nas regiões centrais das grandes cidades começou a inviabilizar a construção de hospitais pavilhonares, que requerem grandes áreas para sua implantação. Graças ao desenvolvimento das tecnologias do concreto armado e do transporte vertical, uma nova tendência ganhou força: a verticalização dos hospitais. Os primeiros hospitais verticais ainda se valiam das vantagens das enfermarias *nightingale*, que passavam a ser sobrepostas, conforme exemplificado no projeto abaixo, desenvolvido para implantação em lotes urbanos médios de Nova York, no início do século XX (THOMPSON e GOLDIN, 1975:193).



Fig. 11: Hospital Beaujon, perto de Paris, 1935
Fonte: Thompson e Goldin, 1975:197

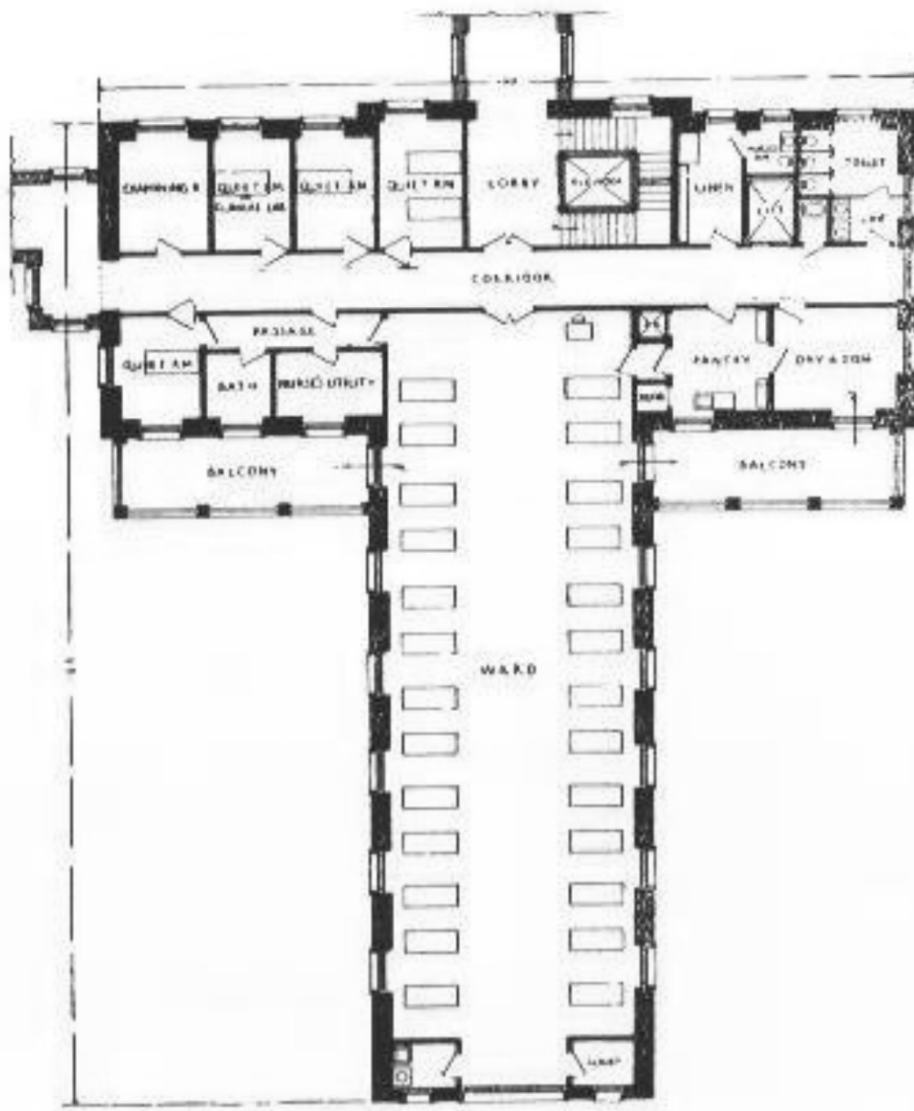


Fig. 12: Proposta de um hospital para Nova York, 1911, onde ainda estão presentes os princípios da enfermagem *nightingale*
 Fonte: Thompson e Goldin, 1975:197

Assim, acompanhando as premissas da arquitetura moderna e os imperativos do desenvolvimento tecnológico, o edifício hospitalar foi crescendo em dimensionamento e complexidade (VERDERBER e FINE, 2000), e incorporando sofisticados recursos artificiais de ventilação, aquecimento e condicionamento de ar, que, por sua vez, permitiam a obtenção de grandes áreas construídas sem a necessidade de que todos os ambientes se comunicassem com o espaço exterior. Havia uma verdadeira obsessão pela inovação, sendo que esta se apresentava primordialmente focada nos aspectos tecnológicos e funcionais, deixando em segundo plano uma análise mais crítica das condições arquitetônicas, ambientais e principalmente sociais. Os

hospitais eram qualificados na medida em que se mantinham atualizados em relação às inovações tecnológicas e, por isto, se encontravam em permanente luta contra a obsolescência.

Esta euforia pelas inovações tecnológicas gerou uma onda de utopias, muitas delas inspiradas na tecnologia espacial da NASA. Um curioso exemplo é o destacado por Verderber e Fine (2000), a PPC - Prototype Patient Capsule, criada por William N. Breger, em 1969. Tratava-se de um sistema de cápsulas em que os pacientes seriam inseridos na sua admissão no hospital, e ali se deslocariam para as diversas atividades, como tratamentos, visitas etc. Com base no fato de que as enfermeiras dispensavam muito tempo no seu deslocamento dentro do hospital, a proposta era que o paciente fosse deslocado até as estações de tratamento, e não mais que o tratamento fosse levado ao paciente.

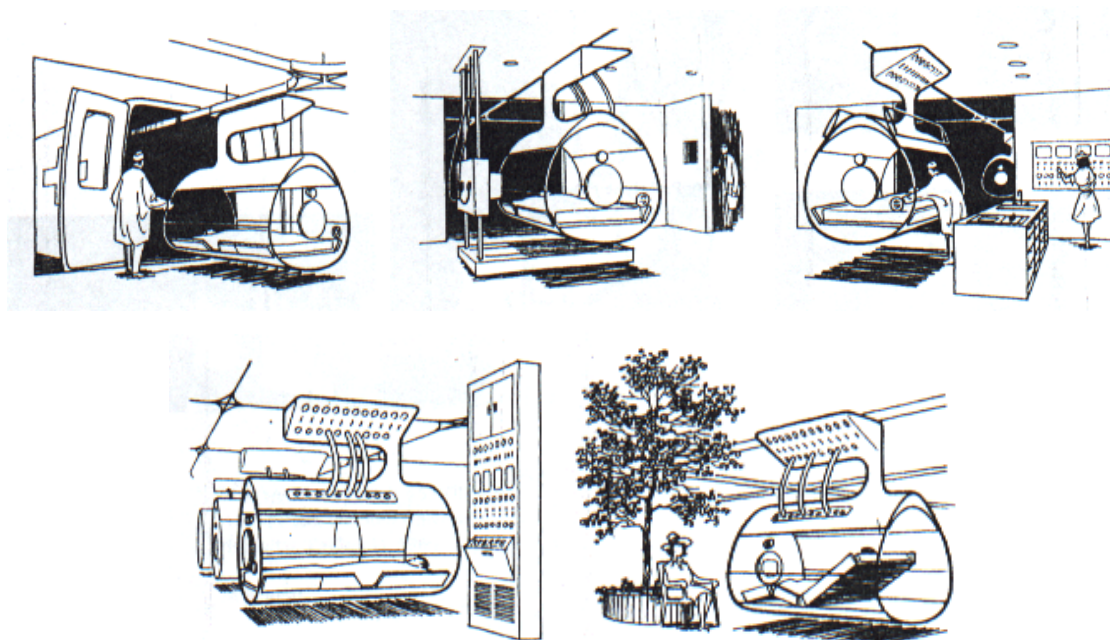


Fig. 13: Prototype Patient Capsule
Fonte: Verderber e Fine, 2000:106

Outros projetistas foram ainda mais longe, como E. Todd Wheeler em seu livro *Hospital Modernization and Expansion* (1971), através de propostas visionárias, como: a de um hospital submarino que poderia ser desconectado e relocado onde necessário; um hospital em forma de tenda com um sofisticado sistema de controle atmosférico e transporte interno; um hospital-árvore que permitiria uma ampla flexibilidade para expansão em módulos pré-fabricados de enfermarias sobre um tronco central; um hospital em forma de pirâmide invertida, capaz de ocupar áreas reduzidas nos grandes centros urbanos. Além destas propostas utópicas, o autor visualizou, naquela época, o desenvolvimento das tecnologias de controle das condições

ambientais como forma de produzir benefícios aos pacientes, e foi capaz de antever algumas inovações que emergiram décadas depois, como o intenso uso de computadores e dos sistemas de comunicação (WHEELER, 1971:195-216).

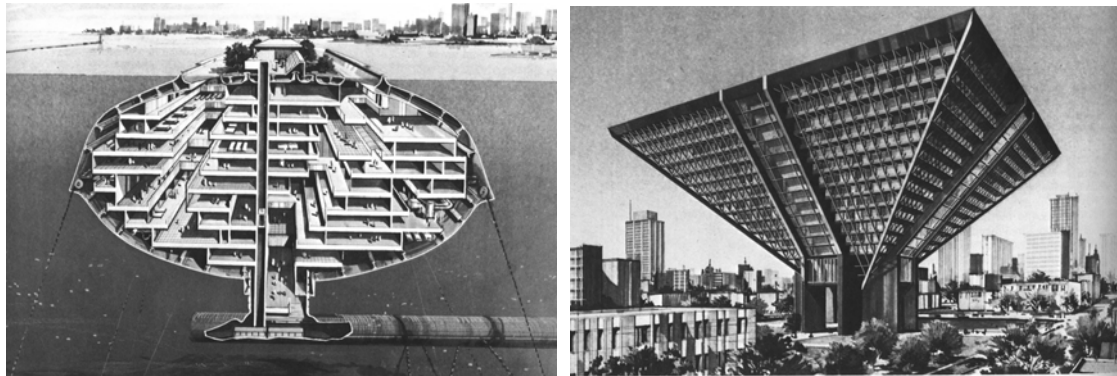
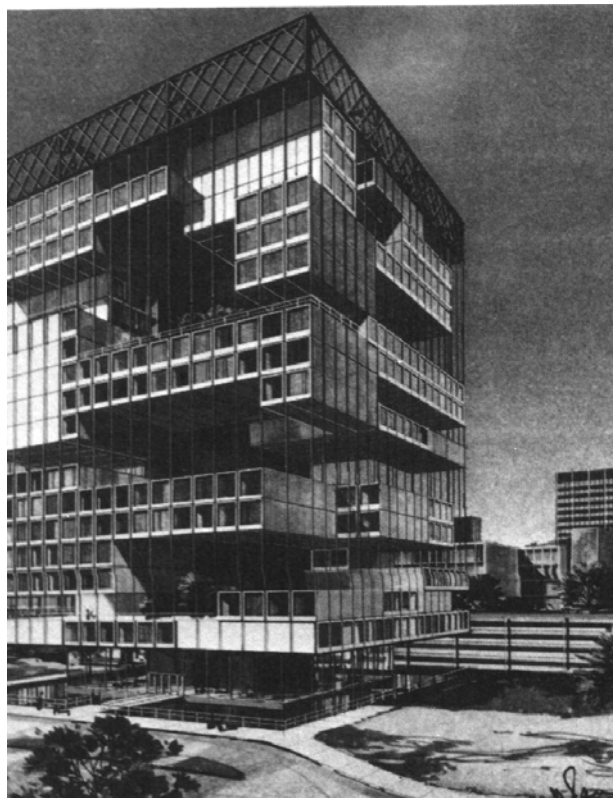


Fig. 14 e 15: Hospital submarino e hospital pirâmide invertida
Fonte: Wheeler (1971:214-215)



Figs. 16: Hospital flexível, que seria ampliado
por meio da inserção de novos módulos
Fonte: Wheeler (1971:213)

Embora tenha havido exageros e utopias que não se viabilizaram, é fato que tais idéias inspiraram o desenvolvimento da arquitetura hospitalar. O espaço assistencial passou a depender cada vez mais dos recursos tecnológicos capazes de prover artificialmente as

condições ambientais para o seu funcionamento, assim como o saber médico passou a depender cada vez mais dos recursos tecnológicos para produção dos diagnósticos e condução das terapias. Arquitetonicamente, o edifício hospitalar assumiu um padrão raramente contestado, pela sua vinculação à inovação tecnológica numa época de valorização de tudo o que era *high-tech*. A tipologia predominante neste período e até os anos 80 era a dos grandes blocos destinados à internação, que se erguiam sobre um embasamento onde se localizavam os setores de diagnóstico, tratamento e apoio⁴⁶.

Também encontramos perfis institucionais na saúde que, pelos seus requisitos ambientais, contestavam esta predominância dos mega-hospitais verticais, como por exemplo, os sanatórios, destinados ao tratamento da tuberculose. A localização afastada dos grandes centros urbanos, ambientes ventilados e iluminados naturalmente, pavilhões intercalados por jardins eram as características mais apropriadas a estas edificações. Podemos ilustrar, como exemplo no Brasil, o antigo Sanatório de Curicica (construído entre 1949 a 1951), atual Hospital Raphael de Paula Souza, em Jacarepaguá, Rio de Janeiro, projetado pelo arquiteto Sérgio Bernardes, que apresenta partido pavilhonar e uma intensa relação com a natureza.



Figs 17 e 18: Hospital Raphael de Paula Souza, antigo Sanatório de Curicica, de Sérgio Bernardes
Fonte: Alexandre Pessoa, 2002 (consultado em www.vitruvius.com.br)

⁴⁶ Este padrão, entretanto, não foi unânime durante o período, recebendo também muitas críticas. Verderber e Fine (2000) destacam dois exemplos representativos de um contra-movimento. O primeiro é o Slough District General Hospital, na Inglaterra, de 1965, onde foram resgatados, com novos propósitos, a tipologia pavilhonar e os conceitos difundidos por Florence Nightingale, especialmente no que se refere aos pátios adjacentes às enfermarias, que lhes conferem uma atmosfera residencial. O segundo exemplo é o American Oncologic Hospital, na Philadelphia, de 1968, onde foi concebida uma forma escalonada, definindo terraços que possibilitam uma ligação com o espaço exterior, além de evitarem o aspecto institucional típico das edificações hospitalares.

Um outro exemplo de edificação hospitalar, desta época, em partido pavilhonar, é o Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (inaugurado na década de 50), na Cidade Universitária, Rio de Janeiro, projetado por Jorge Machado Moreira.



Figs. 19 e 20: Instituto de Puericultura Martagão Gesteira
Fonte: Czajkowski, 1999

2.2.3. A especialização da medicina e dos espaços hospitalares

Entre os aspectos que caracterizam o modelo biomédico encontra-se também a especialização do saber médico. A partir do século XVIII e com o acelerado desenvolvimento das ciências, a medicina foi-se especializando, subdividindo e configurando campos específicos de estudo e de atuação. O desenvolvimento da anatomia patológica contribuiu para um conhecimento cada vez mais detalhado e fragmentado do corpo humano, fomentado pela intenção de localizar com precisão a doença (FOUCAULT, 1998).

Além disso, a especialização também se deu por meio da apropriação, pela medicina científica, de fenômenos que antes não faziam parte do seu campo de atuação. O primeiro campo especializado da medicina a se configurar, através da apropriação do fenômeno da loucura pela medicina, ainda no século XVIII, foi a psiquiatria, também chamada de medicina mental (AMARANTE, 1995).

À medida que a medicina ia se especializando, o espaço arquitetônico que a abrigava também acompanhava esta tendência, requerendo um planejamento cada vez mais minucioso de seus setores e inter-relações.

Neste sentido, também a partir do século XVIII, em grande parte pela influência dos já mencionados estudos de Tenon, passara a prevalecer o desenvolvimento de projetos específicos

para a finalidade hospitalar – chamados por Thompson e Goldin de *designed plans* - em detrimento do projeto tradicional, derivado de outros programas arquitetônicos, como igrejas e monastérios – por sua vez, denominado pelos autores de *derived design* (THOMPSON e GOLDIN, 1975:79).

Neste contexto, o hospital se consagrava como a instituição de referência, em sintonia com o modelo assistencial de caráter biomédico. O hospital passava a ser o local onde se podia ter a certeza de encontrar a mais avançada tecnologia para o enfrentamento das mais complexas situações e patologias. No entanto, apesar de todas as possibilidades de enfrentamento da doença viabilizadas pelo conhecimento gerado através do investimento na especialização, os limites e as conseqüências do modelo biomédico começaram a se fazer explícitos.

2.3. O modelo de promoção da saúde

Identificar as partes saudáveis de nossas vidas e reforçá-las de modo que não tenhamos muitas doenças para atacar, esta é a nova mensagem⁴⁷.

(ZEISEL, 2001:07)

Nossas doenças e acidentes refletem de várias formas o mundo em que vivemos, o que fazemos nele e com ele.

(ROSEN, 1979:50)

O conceito de promoção da saúde tem sua origem na noção da influência das condições de vida das populações sobre as suas condições de saúde, associação que sempre preocupou os estudiosos ao longo da história e especialmente a partir do século XVIII, com o desenvolvimento da medicina científica e da medicina social, como já vimos ao longo do item 2.2. O desenvolvimento da promoção de saúde, enquanto estratégia, se produziu a partir das reflexões sobre as possibilidades e os limites de atuação da medicina e da saúde pública sobre as causas mais amplas dos problemas de saúde, que se localizam, em sua maioria, externamente aos domínios destes campos do saber (BUSS, 2000).

A disseminação do conceito de promoção da saúde se intensificou a partir de 1974, com a publicação, no Canadá, do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, mais

⁴⁷ Identify the healthy parts of our lives and reinforce these so that we do not have so many illnesses to attack, is the new emerging message (ZEISEL, 2001:07).

conhecido como Informe Lalonde⁴⁸. O documento afirmava que a saúde compreende aspectos determinantes que podem ser agrupados em quatro categorias: biologia humana; ambiente; estilo de vida; e organização da atenção à saúde. A principal conclusão deste estudo foi a de que a maior parte dos esforços e investimentos se concentrava nesta última categoria, embora as causas das principais enfermidades e mortes se originassem nas outras três (BUSS, 2000).

Outro importante marco no desenvolvimento da promoção de saúde foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em parceria com o UNICEF em 1978, em Alma-Ata, URSS. A Conferência estabeleceu a saúde como um direito humano fundamental e a sua promoção, a mais importante meta social mundial⁴⁹, envolvendo a participação, além do setor saúde, de outros setores sociais e econômicos. Dentro desta perspectiva de promoção, os cuidados primários foram considerados a chave para a consecução dos objetivos ali firmados. Os cuidados primários foram definidos como cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, ao alcance da comunidade e incluindo a sua participação. Representam, segundo a Declaração de Alma-Ata o primeiro nível de contato das populações com os sistemas nacionais de saúde e incluem as seguintes atividades: educação sobre os problemas prevalentes, sua prevenção e controle; disponibilização de alimentos e nutrição adequada; provisão de água de boa qualidade e saneamento básico; atenção materno-infantil e planejamento familiar; imunização contra doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais (OPAS, 2006a).

Posteriormente, em 1986, realizou-se a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Segundo a Carta de Ottawa, documento de intenções produzido na Conferência⁵⁰, “promoção da saúde” é uma estratégia de capacitação das comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o

⁴⁸ Mark Lalonde era ministro da saúde do Canadá na época.

⁴⁹ Estas propostas reforçavam a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, estabelecida em 1977 na 30ª. Assembléia Mundial de Saúde, que visava o alcance de um nível de saúde que permita a todos os povos levar uma vida social economicamente produtiva (OPAS, 2006a).

⁵⁰ A Carta de Ottawa se tornou a principal referência para o desenvolvimento posterior do conceito e das ações de promoção da saúde, e os compromissos ali propostos continuaram a ser discutidos e desenvolvidos nas conferências internacionais que se seguiram – Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997). As propostas do documento ensejaram também o engajamento da OMS em outras iniciativas como o Movimento Cidades Saudáveis, criado em 1984, no Canadá.

meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como um objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OPAS, 2006b)

A Carta de Ottawa estabeleceu como pré-requisitos para a melhoria das condições de saúde: a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, a estabilidade do ecossistema, a sustentabilidade dos recursos, a justiça social e a equidade. São cinco as áreas de atuação expressas no documento: a construção de políticas públicas saudáveis, chamando à responsabilidade os políticos e dirigentes, no sentido de desenvolverem ações integradas que extrapolam o setor saúde e incluem legislação, medidas fiscais e outras; a criação de ambientes favoráveis, ação que envolve o incremento das relações entre as populações e o meio-ambiente e a conservação dos recursos naturais, além do constante monitoramento dos efeitos das mudanças ambientais sobre a saúde; o reforço da ação comunitária na definição e na implementação de estratégias, e nas tomadas de decisões (*empowerment*, ou incremento do poder político destas comunidades); o desenvolvimento das habilidades pessoais através da educação, preparando as pessoas para as diversas fases da vida, incluindo o enfrentamento das adversidades; a reorientação dos serviços de saúde em direção à abordagem da promoção e, portanto, a uma postura mais abrangente e capaz de respeitar as peculiaridades culturais, focalizando as necessidades globais do indivíduo como pessoa integral (OPAS, 2006a).

Como se vê, a abordagem da promoção da saúde amplia consideravelmente o conceito de saúde, aproximando-o da noção de qualidade de vida. É importante também destacar o alinhamento que estas noções e as atitudes que elas envolvem mantêm com as propostas do desenvolvimento sustentável, em especial no que se refere à sua vertente social⁵¹, com as estratégias estabelecidas na Agenda 21 (BRASIL, 2000)⁵² e no movimento para os municípios saudáveis, conforme aponta Buss (2000). A abordagem da promoção da saúde cumpre também ampliar, dentro dos esforços para a obtenção do nível de saúde considerado adequado num determinado contexto, o rol das ações a serem implementadas, incorporando o envolvimento de setores externos à saúde, como a economia, a educação e outros. Ganham força, neste movimento de mudança de

⁵¹ O desenvolvimento sustentável se apóia no equilíbrio entre três aspectos que compõem o chamado “tripé” da sustentabilidade: o ambiental, o econômico e o social (BRASIL, 2000)

⁵² A Agenda 21 foi o documento resultante da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, em 1992. O documento estabelecia um pacto pela mudança do padrão de desenvolvimento global para este século, firmando compromissos de mudanças do atual modelo de civilização para outro focado no equilíbrio ambiental e a justiça social (BRASIL, 2000).

paradigma, as ações básicas de saúde - ou cuidados primários - e a sua conseqüente tendência de descentralização dos serviços e aproximação com as comunidades, e começa a se enfraquecer a condição central de referência representada pela instituição hospitalar.

Acompanhando esta tendência de descentralização e valorização das ações básicas, a partir da década de 90, se acentuou na arquitetura da saúde um movimento contrário aos chamados mega-hospitais (VERDERBER e FINE, 2000). Como vimos no capítulo 1, uma das características do pensamento pós-moderno é a preferência pela intervenção localizada, variável conforme o contexto e de menor porte, tendência que se manifestou também na saúde e em sua arquitetura. A figura a seguir, que ilustra a implosão de um mega-hospital, nos remete à implosão do conjunto residencial Pruitt-Igoe, descrita no capítulo 1 e associada ao fim da arquitetura moderna. A partir deste declínio da hegemonia dos mega-hospitais, outras tendências começaram a se destacar, seja preconizando um menor porte, lançando mão do imaginário residencial, ou mesmo o desenvolvimento de soluções alternativas à hospitalização, como o *home care*. Observam-se também, em alguns casos, releituras do partido pavilhonar, explorando suas vantagens em termos de iluminação e ventilação naturais e integração com a natureza.



Figs. 21, 22, 23 e 24: Implosão de um “megahospital”
Fonte: Verderber e Fine (2000:335)

2.4. O conceito de humanização

O cuidado humanizado demanda uma orientação individual em relação aos pacientes, sobreposta à noção universalista de que todos têm o direito de receber cuidados de alta qualidade (HOWARD, 1975).

Alinhado à abordagem de promoção da saúde, o movimento pela humanização da assistência passou a integrar, nos últimos anos, a rotina dos profissionais e da maioria das instituições. Em linhas gerais, trata-se de uma proposta de recuperação dos valores humanísticos, negligenciados em meio ao amplo investimento na especialização do saber médico e na tecnologia ocorrido durante quase todo o século XX, o que provocou um afastamento entre profissionais e pacientes. Havia-se perdido a noção do paciente como um sujeito integral portador de expectativas e necessidades próprias, em favor da priorização da intervenção na sua patologia, de forma fragmentada, localizada e tecnológica.

No planejamento da arquitetura da saúde, a abordagem da humanização demanda uma nova visão de projeto, capaz de incorporar aos necessários estudos técnicos, formais, funcionais e econômicos, a consideração dos efeitos do ambiente sobre os seus usuários, explorando o potencial de contribuição para a sua autonomia, para o seu bem-estar e para o restabelecimento de sua saúde.

Apresentamos, nesta seção, um levantamento do que tem sido discutido e divulgado sobre humanização⁵³, visando melhor caracterizar o conceito e as tendências nas quais este tem sido expresso.

Muitos estudos têm sido realizados sobre o tema, desde a década de 70. A socióloga Jan Howard desenvolveu uma ampla análise sobre o tema humanização, conceito que ela associou à personalização do cuidado (1975:57-102). A autora, visando melhor definir e operacionalizar o conceito, tomou, como ponto de partida, o levantamento dos aspectos referentes à noção

⁵³ O termo humanização é definido como "ato de humanizar", este por sua vez definido como: "1. tornar humano, dar estado ou condições de homem; humanar. - 2. tornar benévolo; benigno" (Grande Enciclopédia Larousse, 1998:3038). Estes termos encontram-se relacionados ao Humanismo, "corrente filosófica que coloca o homem e os valores humanos acima de todos os outros valores" (1998:3037).

inversa, ou seja, apontou aqueles elementos ou atitudes que, para ela, conduziam à desumanização e à despersonalização do cuidado, como:

- a desumanização pela objetivação do paciente, reduzindo-o a números em prontuários ou a patologias, anulando a sua subjetividade. O paciente se transforma em objeto passivo da ação médica e, na condição de objeto, seus sentimentos, como dor, medo e ansiedade tendem a ser subestimados.
- a desumanização pela tecnologia, ou seja, a visão das pessoas como máquinas ou como extensão delas, como por exemplo, no caso de pacientes de UTI, que geralmente permanecem muito tempo “plugados” a respiradores e monitores. Além disso, um outro aspecto relacionado à tecnologia é a substituição de profissionais por máquinas na prestação do cuidado, promovendo um afastamento entre estes e os pacientes e, conseqüentemente, despersonalizando o cuidado.
- a desumanização pela experimentação, onde: a obsessão pela pesquisa, pelo progresso e seus benefícios à humanidade cega os profissionais para as conseqüências negativas aos pacientes; a priorização do sucesso em detrimento da qualidade de vida dos pacientes, por exemplo, preconizando a extensão da vida a qualquer custo; muitos profissionais chegam a adotar um comportamento onipotente que o protege de uma avaliação ou censura.
- a desumanização decorrente da abordagem orientada aos problemas (mais especificamente, às doenças), e não às pessoas em sua integralidade, aspecto diretamente relacionado à especialização das ciências médicas.
- a desumanização pela degradação, quando pacientes ou mesmo funcionários menos qualificados na hierarquia profissional são vistos como seres inferiores. Isto acontece freqüentemente nas chamadas instituições totais⁵⁴ para portadores de sofrimento mental. Sob condições de contínua degradação, os pacientes são gradualmente institucionalizados até que passam a aceitar passivamente os valores do sistema e tornam-se facilmente controláveis. Em relação aos funcionários, é comum se verificar nas instituições uma desvalorização das condições de trabalho dos profissionais menos qualificados na hierarquia, embora estes sejam, muitas vezes, os que mais interagem com os pacientes e os que têm rotinas de trabalho e cargas

⁵⁴ Instituições totais são aquelas baseadas no modelo asilar, que promovem a exclusão social dos seus pacientes, através da internação/moradia compulsória, e são principalmente representadas pelos manicômios.

horárias mais intensas. Tal situação conduz a baixos níveis de satisfação profissional que invariavelmente produzem impactos no atendimento oferecido aos pacientes.

- a desumanização pela submissão ao isolamento, alienação ou abandono, que pode ocorrer tanto com pacientes idosos e psiquiátricos institucionalizados após longos períodos de internações, quanto pela sensação provocada por uma longa espera por um atendimento ambulatorial. Os profissionais também estão sujeitos a experimentar esta sensação de isolamento ou alienação quando são privados do convívio com colegas, ou quando seus únicos interlocutores são pacientes com dificuldade de comunicação, por exemplo.

- a desumanização pela falta de qualidade no atendimento ou pela oferta de um atendimento de qualidade inferior a um padrão pré-estabelecido ou ao que poderia ser oferecido num determinado contexto. Dentro desta categoria também estaria a negligência ou a indiferença em relação a determinados pacientes ou grupos de pacientes em comparação a outros (desequilíbrio na qualidade do cuidado prestado).

- a desumanização pela falta de liberdade, de opção ou de controle, por parte dos pacientes, sobre a sua vida e sobre o seu tratamento.

- a desumanização pela ausência de sentimentos, a frieza, que muitas vezes é vista como um requisito para que os profissionais possam tomar decisões mais racionais e objetivas. Os profissionais são incentivados a manter uma distância emocional com os pacientes e entre si, quando se tratam de níveis diferentes na hierarquia, o que prejudica a reciprocidade das relações.

- a desumanização pela permanência em ambientes estéreis e despersonalizados, que se afastam do ambiente natural de sua rotina e restringem a liberdade, a sensação de expansão e a completude.

A partir destas reflexões, a autora formulou uma série de “ingredientes” para o cuidado humanizado, que sintetizamos no quadro abaixo.

Quadro 01: Ingredientes do cuidado humanizado
 Fonte: Própria, baseado nas propostas de Howard (1975)

DIMENSÕES	ELEMENTOS	DESCRIÇÃO
Ideológicas	valor inerente	seres humanos são objetos de valor, para si mesmos e para os outros, igualmente merecedores de tempo disponível, habilidade e interesse
	Singularidade	seres humanos são únicos e insubstituíveis
	Integralidade	considerar as diversas dimensões da vida do paciente que afetam a sua saúde
Estruturais	liberdade de ação	os pacientes não devem ser meros objetos de ação, portanto, devem poder controlar seus destinos
	igualdade de <i>status</i>	tratar o outro como gostaria de ser tratado; reciprocidade nas relações
	compartilhamento nas decisões e responsabilidades	todos os pacientes têm o direito e talvez o dever de participar das decisões sobre o seu cuidado; atitude participativa também dos funcionários nas decisões
Emocionais	empatia	envolvimento, compromisso com o paciente, elementos que também se aplicam aos profissionais entre si; colocar-se no lugar do outro, para melhor entender as suas necessidades
	afeto positivo	carinho, amizade e solidariedade - a despeito da neutralidade muitas vezes recomendada aos profissionais de saúde em nome de uma atuação mais objetiva e racional – são elementos que podem contribuir para um atendimento mais humano e para o restabelecimento da saúde, em especial quando se trata de pacientes pediátricos, idosos ou psiquiátricos

Verderber e Fine (2002) consideraram estes princípios definidos por Howard como básicos para a humanização na saúde, acrescentando que eles possuem estreita relação com a arquitetura. Para ilustrar, comparam os espaços correspondentes ao que chamam de dois paradigmas do atendimento à saúde: o paradigma do “empoderamento” dos sistemas de saúde (*system empowerment paradigm*), próprio do modelo biomédico; e o do “empoderamento” do paciente (*patient empowerment paradigm*), que corresponderia à humanização, própria do modelo de promoção da saúde.

Os edifícios de saúde relacionados ao primeiro paradigma seriam em geral, segundo os autores, mais complexos, de maior porte, menos legíveis e dotados de uma aparência ameaçadora. Os recursos proporcionados pela tecnologia, especialmente nas últimas décadas, contribuíram para viabilizar a hipertrofia dos edifícios hospitalares, tornando-os espaços frios, afastados da escala humana, sem ligação com o espaço exterior, espaços internacionais, globais, desligados de contextos locais.

Já as edificações referentes ao segundo paradigma tendem a apresentar menor porte - o que lhes confere melhores condições de legibilidade por parte dos usuários -, procuram incorporar a natureza como elemento terapêutico, bem como se aproximar ao ambiente doméstico (VERDERBER e FINE, 2002:07).

Voltando às definições de humanização, nos textos divulgados pela organização *Planetree*, uma das pioneiras na luta por mudanças na atenção à saúde, não encontramos uma utilização freqüente do termo. Nesta organização foi cunhado o conceito de *patient focused care*, ou cuidado centrado no paciente, cujas noções e premissas equivalem ao que se tem definido como humanização, e que detalhamos, mais adiante, no item 2.4, referente aos movimentos internacionais.

No Brasil, o PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde, de 2001, representou uma primeira tentativa de ampliação da abrangência do conceito, que até então se restringia a setores específicos da saúde, como a saúde mental, a atenção ao parto e nascimento e a pediatria. O documento, de caráter ainda muito teórico, destacava a complexidade do conceito e assumia a probabilidade de contradição entre os elementos subjetivos que propunha incorporar às práticas do cuidado.

A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber. A complexidade de sua definição decorre da sua natureza subjetiva, visto que os aspectos que a compõem têm caráter singular e sempre se referem a pessoas e, portanto, a um conjunto contraditório de necessidades. (BRASIL, 2001:33)

Posteriormente, o documento HumanizaSUS, da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde, visando a sua aplicação mais imediata e objetiva nas instituições, adotou um discurso mais voltado para a prática e propôs medidas mais concretas.

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção da saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de

trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência⁵⁵, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2003)

O Programa do Centro de Estudos Doutores da Alegria, responsável por um eficiente trabalho de humanização em hospitais pediátricos, apresenta uma visão mais realista do conceito no contexto recente da atenção à saúde em nosso país, compatível com os resultados que temos encontrado em nossas pesquisas.

Humanização, no atual momento de transformação do sistema de saúde brasileiro, é a palavra utilizada para falar da melhoria da qualidade do atendimento aos usuários de hospitais. Mas este termo tem abrangido grande número de atividades que muitas vezes apresentam características e resultados bastante diversos. Este fator é reforçado pela novidade do movimento e pela falta de bibliografia consistente sobre o tema. O espaço para uma reflexão consistente sobre o assunto ainda é novo. (HUMANIZAÇÃO, 2003)

Na evolução do conceito, desde as primeiras propostas, na década de 70 nos Estados Unidos, até os recentes programas brasileiros, há que se destacar a incorporação, ao longo do tempo, de alguns aspectos primordiais: o desenvolvimento da noção de qualidade de vida e, em decorrência disso, o alargamento da visão da saúde; a redefinição do foco da assistência, até então hospitalar e intervencionista, favorecendo o surgimento de propostas alternativas à internação; a extensão da humanização aos trabalhadores em saúde que, embora já tivesse sido uma preocupação de Howard, ainda na década de 70, ganhou força nos recentes programas brasileiros, em especial o HumanizaSUS, dados o estresse e as precárias condições de trabalho por eles vivenciadas, especialmente na rede pública.

2.5. Movimentos e tendências internacionais

O movimento pela humanização se intensificou a partir da década de 70, inicialmente restrito a campos específicos da saúde, conforme já apontamos, como a saúde mental e o atendimento ao parto e nascimento, e depois atingindo de forma mais abrangente a assistência. Algumas iniciativas, que destacamos adiante, marcam esta trajetória.

⁵⁵ Conforme foi visto na introdução, ambiência refere-se ao espaço físico, mas, considerado também como espaço social, profissional e de relações interpessoais.

2.5.1. O simpósio *Humanizing Health Care*

Em 1972, em São Francisco, EUA, cerca de 40 pessoas, entre médicos, administradores, pacientes, arquitetos, ativistas, governantes e teólogos, reuniram-se em um simpósio denominado *Humanizing Health Care*. Naquela oportunidade, a humanização da assistência à saúde foi amplamente discutida, e os trabalhos ali apresentados, acrescidos de outras contribuições posteriores, foram publicados, em 1975, num livro de mesmo nome, organizado pelos sociólogos Jan Howard⁵⁶ e Anselm Strauss. As discussões desenvolvidas na época surpreendem pela sua atualidade em relação ao que encontramos hoje em nosso contexto, já que, no Brasil, este movimento é mais recente, tendo se intensificado a partir da década de 90.

2.5.2. A organização *Planetree* e o cuidado centrado no paciente

A organização americana *Planetree*⁵⁷, responsável por uma ampla divulgação das propostas de humanização através da abordagem *patient focused care*, foi fundada em 1978, por Angélica Thieriot, a partir de sua experiência de internação em uma instituição hospitalar. Embora dispusesse, na época, de todas as condições tecnológicas para o seu diagnóstico e tratamento, o episódio foi para ela emocional, social e espiritualmente traumático. A dicotomia da separação do corpo e da mente - representada pela disponibilização da melhor tecnologia para a solução dos seus problemas físicos, mas, nenhuma atenção às suas necessidades emocionais - inspirou a idéia do cuidado centrado ou focado no paciente (FRAMPTON, 2003:xxviii).

O trabalho da *Planetree* se caracteriza pela valorização do papel da arquitetura no processo de humanização da assistência e da sua influência sobre o processo de restabelecimento da saúde. Assim, foi inaugurada, em 1985, a primeira unidade hospitalar modelo da *Planetree*, a partir da reforma de uma unidade médico-cirúrgica de 13 leitos, no *Pacific Presbyterian Medical Center*, em São Francisco, Califórnia. Sua proposta era compatibilizar as últimas inovações tecnológicas com um ambiente acolhedor e de incentivo à cura. O projeto foi desenvolvido por Roslyn Lindheim - arquiteta que havia participado do mencionado Seminário *Humanizing Health Care*, de 1972.

⁵⁶ No item anterior, sobre o conceito de humanização, apresentamos algumas das definições produzidas por esta autora naquela época.

⁵⁷ O nome *Planetree*, que significa plátano, veio da árvore sob a qual Hipócrates ensinava a seus discípulos.

Entre as medidas arquitetônicas adotadas, constavam: a remoção das barreiras físicas que dificultavam a comunicação entre os profissionais e pacientes, abrindo os espaços de trabalho ao acesso destes últimos⁵⁸; adoção de cores suaves para os materiais de acabamento; cada quarto foi decorado de forma diferente dos demais, buscando uma individualização dos pacientes; foi criada uma sala de estar, onde pacientes e familiares pudessem relaxar, compartilhar refeições, assistir a um filme ou dispor de informações médicas; o espaço da unidade incluía uma copa, onde era permitido que os pacientes e seus familiares preparassem suas próprias refeições. Apesar de parecerem medidas simples e, em termos de arquitetura, quase limitadas à decoração de ambientes, tiveram a sua importância como uma primeira experiência nesta abordagem.

Os horários de visita eram irrestritos, mesmo para as crianças, e o familiar ou acompanhante era incentivado a permanecer com o paciente e a participar do tratamento⁵⁹, recebendo, para tanto, todas as informações necessárias, já que, após a alta, seria a pessoa mais indicada a dar continuidade ao tratamento em casa. Além disso, o próprio paciente era encorajado a participar, abandonando a atitude passiva de receptor do cuidado e garantindo a continuidade do tratamento após a alta hospitalar.

A filosofia da *Planetree* emergiu da identificação e remoção das barreiras⁶⁰ que dificultam a saúde e a cura, sendo composta de nove elementos a serem desenvolvidos nas práticas centradas no paciente, a saber (FRAMPTON, 2003): as interações humanas, valorizando o atendimento personalizado ao paciente e a melhoria das relações de trabalho; a educação/informação do paciente e da família, visando a melhor condução dos tratamentos; a formação de uma rede de suporte social do paciente, onde familiares ou amigos zelam pela continuidade do tratamento e pela execução das tarefas que estes não têm condições de realizar em sua rotina; a alimentação do corpo e da alma, onde a nutrição assumiu grande importância, vinculada a novos hábitos e qualidade de vida; o incentivo à espiritualidade, vista como recurso capaz de colaborar não só na cura dos pacientes, mas, também na sensibilização dos profissionais para as necessidades destes; a massagem, utilizada como recurso terapêutico e também como meio de aliviar a ansiedade e o medo dos pacientes e o estresse dos funcionários; a terapia através da arte,

⁵⁸ Os postos de enfermagem, por exemplo, que geralmente eram ambientes de acesso restrito, foram reformados de modo a admitir a entrada de pacientes e acompanhantes.

⁵⁹ Tais mudanças naturalmente têm um impacto na arquitetura da saúde, que passa a abrigar novas categorias de usuários.

⁶⁰ Teoricamente se tratam de barreiras subjetivas, obstáculos que dificultam o processo de restabelecimento. No entanto, em algumas situações, a remoção de barreiras físicas produz o efeito simbólico de estimular as interações dos pacientes, acompanhantes e profissionais entre si.

incluindo música, pintura, cinema e palhaços, envolvendo os pacientes na expressão criativa; a medicina integrada, incorporando aos métodos tradicionais da medicina ocidental práticas complementares e alternativas, de acordo com o interesse dos pacientes; e finalmente a arquitetura e o design dos ambientes, capazes de influenciar comportamentos, interações e respostas emocionais.

Para Roslyn Lindheim, autora do projeto da primeira unidade *Planetree*, a arquitetura da saúde deveria: acolher a família e os amigos dos pacientes; valorizar os seres humanos, e não a tecnologia; possibilitar aos pacientes a participação no seu tratamento; ser flexível à personalização do cuidado para cada paciente; encorajar os provedores do cuidado a serem receptivos aos pacientes; fomentar a conexão com a natureza e com a beleza.

2.5.3. A IADH - International Academy for Design and Health

Esta organização foi criada em 2000 por cientistas do Karolinska Institute, em Estocolmo, Suécia, a partir do sucesso de duas conferências internacionais – a primeira na Noruega, em 1997, e a segunda em Estocolmo, em 2000. O objetivo da organização é manter um fórum internacional multidisciplinar de intercâmbio e divulgação de pesquisas nos campos da arquitetura, arte, medicina, enfermagem, outras disciplinas relacionadas à assistência à saúde e aos ambientes de trabalho. Atualmente, a organização promove, de dois em dois anos, um congresso e exposição internacionais sobre *design* e saúde (DESIGN & HEALTH, 2006).

O congresso de Estocolmo, em 2000, reuniu diversos pesquisadores em torno do tema “os benefícios terapêuticos do *design*”, e os trabalhos ali apresentados foram publicados em um livro em 2001. Entre estes trabalhos destacam-se: o de Roger Ulrich, professor e psicólogo ambiental americano, que apresentou uma de suas pesquisas sobre as influências dos ambientes de saúde sobre os resultados médicos (ver o item 2.5.4., adiante, sobre *evidence based design*); o de Clare Cooper-Marcus, professora, arquiteta e paisagista americana, que discorreu sobre os benefícios do acesso a jardins e do contato com a natureza sobre a saúde; o capítulo de Alan Dilani, arquiteto e pesquisador, sobre o projeto como suporte psicossocial (ver mais detalhes mais adiante neste capítulo, no ítem 2.7); a introdução de John Zeisel, então presidente da IADH, doutor em sociologia, que discorreu sobre a mudança de abordagem na saúde, de uma orientação à doença para uma orientação para a manutenção da saúde, destacando o potencial curativo/terapêutico dos ambientes.

Os congressos e publicações da IADH têm trazido importantes contribuições para as discussões sobre os ambientes de saúde, promovendo uma crescente valorização, baseada em pesquisas científicas, do papel da arquitetura no processo terapêutico.

2.5.4. O projeto baseado em evidências

O *evidence-based design* ou, como chamaremos aqui⁶¹, “projeto baseado em evidências” é uma abordagem que tem recentemente despertado muito interesse. Apesar de poder ser aplicada a qualquer tipo de edificação, tem encontrado maior divulgação no campo da arquitetura da saúde, pelo grande interesse e até viabilidade logística de se estudar e realizar medições do impacto dos ambientes sobre os indicadores biomédicos e, por extensão, sobre o processo de restabelecimento dos pacientes (WAGENAAR, 2005).

De acordo com Wagenaar, o conceito de projeto baseado em evidências não nasceu na arquitetura, mas, na psicologia ambiental e está diretamente relacionado ao trabalho de Roger Ulrich, economista, geógrafo e professor de arquitetura na Universidade do Texas. No entanto, as bases de suas propostas retomam, segundo o autor, os primórdios da arquitetura hospitalar, no século XVIII. Naquela época, conforme já apontado no início deste capítulo, surgia o “hospital-máquina de curar”, destacado por Foucault, um tipo arquitetônico desenvolvido especialmente para esta finalidade, a partir de numerosos estudos de avaliação dos hospitais existentes⁶². O hospital, até então local de desordem e morte, passava a ser visto como um local de cura, e para que esta finalidade se efetivasse seus projetos deveriam privilegiar o uso de recursos naturais, como a ventilação e a iluminação, aspectos associados à salubridade. Ao longo do tempo, com o desenvolvimento tecnológico, a arquitetura hospitalar foi se afastando destes ideais. A partir da década de 80, estas preocupações passaram a ser resgatadas e reformuladas nas propostas desta nova abordagem, porém, com uma base empírica fortalecida.

A expressão “projeto baseado em evidências” remete à abordagem da medicina chamada “medicina baseada em evidências”, e consiste na utilização de rigorosos métodos de pesquisa

⁶¹ Não encontramos ainda uma expressão nem referências em português para esta abordagem, as publicações consultadas foram todas estrangeiras. Wagenaar (2005) explica o uso do termo *design* - e não arquitetura - pela intenção, nesta abordagem, de manter uma visão do ambiente mais restrita aos seus aspectos de desenho, de projeto, não incluindo questões teóricas e fenômenos históricos, sociais e culturais da disciplina arquitetura.

⁶² Como por exemplo do médico Jacques Tenon, sobre os hospitais de Paris, já citado neste capítulo.

que se assemelham aos adotados nas pesquisas médicas. O ambiente hospitalar, onde os pacientes já são normalmente sujeitos a uma série de medições e monitoramentos, se mostrou propício à realização de coletas sistemáticas de dados, tanto os mais objetivos, como os indicadores biomédicos, quanto os subjetivos, como o nível de estresse, a preferência por determinados aspectos do ambiente, a avaliação das condições ambientais, entre outros. Embora nos pareça contraditório investir numa abordagem tão focada em indicadores e dados biomédicos, ao mesmo tempo em que se busca a valorização da subjetividade com o movimento pela humanização, há que se reconhecer o desenvolvimento que este tipo de pesquisa tem promovido no campo da arquitetura de ambientes de saúde, ao focar o seu potencial de fomento ao restabelecimento.

Os estudos são, em geral, comparativos e se dedicam a averiguar como os resultados de saúde⁶³ são afetados pelos ambientes (ULRICH, 2005). Segundo Ulrich, dentre as mais variadas definições para o *evidence based design* - ou EBD, como ele o apelidou – existe o consenso de que o seu principal objetivo é “criar ambientes que melhorem os resultados de saúde”. Para ilustrar o tipo de trabalho a que esta abordagem se dedica, pode-se, por exemplo, comparar a evolução de pacientes internados em enfermarias coletivas com a de pacientes em quartos individuais, desde que estes pacientes apresentem quadros de saúde semelhantes, visando identificar uma melhor solução de internação. O próprio Ulrich realizou estudos que evidenciaram a importância da luz natural sobre a evolução de pacientes internados em hospitais.

Apesar de despertar grande interesse, esta abordagem tem também sofrido críticas e ressalvas. Segundo Wagenaar (2005), os estudiosos do projeto baseado em evidências não priorizam as opiniões, visões ou idéias das pessoas, mas, nas suas reações mais primárias e espontâneas. Conforme aponta o autor, esta ênfase dada aos aspectos fisiológicos e psicológicos afetados por alguns detalhes dos ambientes não se faz acompanhar por um interesse e compreensão da arquitetura como uma disciplina carregada de componentes históricos, sociais e culturais. Neste sentido, o significado e a natureza simbólica da arquitetura se tornam, nesta concepção, secundários, o que vem a contrariar as tendências que apontamos no primeiro capítulo. Aliás, diante de tudo que expusemos no primeiro e neste segundo capítulo, podemos inclusive temer

⁶³ Estes resultados, segundo o autor, seriam compostos por uma série de indicadores de qualidade do cuidado, como: os indicadores clínicos (sintomas e indicadores mensuráveis, tempo de internação, quantidade de drogas administradas etc.); os erros médicos; a segurança do paciente; os resultados econômicos, entre outros.

que tal abordagem venha a assumir contornos de uma “medicalização da arquitetura”, apesar de seu potencial de contribuição para a qualificação dos ambientes físicos.

Outra dificuldade apontada por Wagenaar quanto ao projeto baseado em evidências se refere ao fato de que isolar um aspecto do ambiente e garantir que somente ele foi capaz de produzir determinados efeitos sobre os usuários é uma tarefa no mínimo complexa, dada a infinidade de variáveis envolvidas na produção do mais simples ambiente construído, como, por exemplo, a orientação bioclimática, materiais, cores, texturas, formas e muitas outras mais.

Na verdade, apesar de considerarmos estas contribuições promissoras, na medida em que apresentam novos caminhos para o campo da pesquisa sobre os ambientes e seus efeitos sobre os seus usuários, há que se reivindicar um maior engajamento dos arquitetos nestes estudos, não só por serem eles os profissionais mais qualificados ao manejo do espaço, mas, principalmente pela possibilidade de introduzir os aspectos mais teóricos da arquitetura, contribuindo, assim, para o enriquecimento desta abordagem.

2.6. Movimentos e tendências no Brasil

Recentemente, têm sido produzidas em nosso país muitas iniciativas visando humanizar a assistência à saúde. Mas, como as discussões são relativamente recentes e acontecem com cerca de 20 anos de defasagem em relação aos primeiros movimentos internacionais, podemos apontar, por enquanto, o pouco aprofundamento em relação ao reconhecimento das questões relativas ao ambiente físico, apesar dos avanços já produzidos pelas iniciativas implementadas. Os ambientes hospitalares, em geral, são vistos e descritos de uma forma genérica, como sendo frios e impessoais, mas, não se verificam ainda grandes discussões no sentido de intervir objetivamente sobre os aspectos que lhes conferem estas características.

Levantamos e apresentamos adiante algumas iniciativas e experiências que têm sido realizadas no Brasil.

2.6.1. Doutores da Alegria

O grupo Doutores da Alegria é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, criada em 1991 pelo ator Wellington Moreira, após sua experiência no programa americano *Clown*

Unit, que realizava espetáculos para crianças hospitalizadas. O grupo é composto por diversos atores que representam os personagens dos palhaços-médicos e levam alegria e recreação para as crianças internadas, seus familiares e também para os profissionais de saúde, amenizando a tensão do ambiente hospitalar. Atualmente, o grupo trabalha em 5 hospitais de São Paulo, 3 no Recife e 2 no Rio de Janeiro (um deles é o Hospital Municipal Jesus, estudado nesta pesquisa).



Fig. 25: Doutores da Alegria
Fonte: www.doutoresdaalegria.org.br, 2005

O trabalho dos Doutores da Alegria é feito em visitas leito a leito, realizadas por duplas de palhaços, duas vezes por semana, durante seis horas. A mesma dupla visita o hospital durante seis meses, de modo a criar laços de amizade e cumplicidade com os pacientes, acompanhantes e funcionários. Além de levar alegria às crianças, o trabalho tem, também, como objetivo, cooperar com as equipes de saúde, preparando e informando as crianças sobre os procedimentos médicos. O grupo aposta no poder humanizador da atuação do palhaço num ambiente tão adverso como o hospitalar (DOUTORES DA ALEGRIA, 2005).

Masetti (2004) aponta, em suas pesquisas, efeitos positivos da atuação dos palhaços sobre as crianças, como: melhora no seu comportamento e comunicação; maior colaboração nos exames e tratamentos; diminuição da ansiedade própria da internação. Sobre os profissionais, também são relatados efeitos benéficos, como redução do estresse no trabalho, melhora da auto-percepção profissional e da imagem do hospital, aperfeiçoamento da comunicação dos membros da equipe entre si e com os familiares e pacientes.

2.6.2. Projeto Biblioteca Viva em Hospitais

Este projeto tem objetivos semelhantes aos dos Doutores da Alegria, como: aumentar a aceitabilidade dos tratamentos, reduzir a tensão, facilitar a integração entre a criança, os

familiares e os profissionais de saúde. O instrumento utilizado para atingir estas metas é a leitura, que ainda cumpre facilitar o acesso das populações com menos possibilidades de aquisição de livros.

O trabalho começou no Rio de Janeiro e, atualmente, é desenvolvido em 3 hospitais da cidade (no Hospital Jesus, estudado nesta tese, também se realiza este projeto) e 2 hospitais em São Paulo.

2.6.3. Iniciativas setoriais oficiais

Até que se tornasse o movimento abrangente que é hoje, a humanização foi inserida nas esferas oficiais por meio de iniciativas setoriais, como as que destacamos adiante.

O título “Hospital Amigo da Criança” foi criado pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef, com o objetivo de apoiar e promover a amamentação, iniciativa incorporada pelo Ministério da Saúde em 1992. O trabalho é realizado nos hospitais-maternidade, através de uma mobilização das equipes de saúde no sentido de evitar o desmame precoce. Foram, para isto, estabelecidos os seguintes “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, que se implementados habilitam o hospital a receber o título (BRASIL, 2005).

- 1) ter uma norma sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida às equipes de cuidados de saúde;
- 2) capacitação das equipes de cuidados de saúde para implementar essa norma;
- 3) informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento;
- 4) ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto;
- 5) mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- 6) não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;
- 7) praticar o alojamento conjunto – permitir que as mães e bebês permaneçam juntos 24 horas/dia;
- 8) encorajar o aleitamento sob livre demanda;
- 9) não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;

10) encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação, aos quais as mães devem ser encaminhadas logo após a alta do hospital ou ambulatório.

No Brasil foram acrescentados, ainda, outros cinco critérios para a titulação, visando uma melhoria da atenção à gestante: a taxa de mortalidade materna intra-hospitalar deve ser menor ou igual a 70/100 mil nascidos vivos; a taxa de cesariana deve ser menor ou igual a 30% para hospitais gerais e menor ou igual a 40% para hospitais de referência; o tempo de permanência deve ser de no mínimo 48 horas para pacientes de cesarianas e de 24 horas para o parto normal; deve haver médico habilitado para atenção às crianças e mães na maternidade e sala de parto; não haver processo judicial relativo à assistência prestada ou sindicância do Sistema Único de Saúde (SUS).

A cada três anos o Ministério da Saúde verifica se as instituições credenciadas estão cumprindo estas normas e as Secretarias Estaduais de Saúde realizam reavaliações anuais. Os hospitais ou maternidades credenciados recebem do Ministério da Saúde R\$ 20,00 por procedimentos obstétricos realizados (partos normais ou cesáreas).

Outra iniciativa no sentido de humanizar a assistência foi a criação do Prêmio Galba de Araújo, pelo Ministério da Saúde, em 1998, para destacar as unidades públicas e privadas do SUS que oferecem atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos sob seus cuidados, estimulando o parto natural e o aleitamento materno. A criação do prêmio integrava um conjunto de medidas de incentivo a propostas que colaborassem para a reversão da alta taxa de mortalidade materna então verificada no Brasil. O título da iniciativa homenageia o médico Galba de Araújo, que se destacou pela sua atuação no sentido de humanizar o exercício da obstetrícia (BRASIL, 2005).

A proposta é escolher anualmente 5 instituições, sendo uma em cada região do país, que tenham realizado experiências inovadoras de atendimento pautado no respeito, presteza, qualidade técnica e acolhimento dos usuários do serviço público” (BRASIL, 2005). Nas três primeiras edições do prêmio (1999, 2000 e 2002), cada uma das 15 maternidades premiadas recebeu trinta mil reais. Segundo o Ministério da saúde, nas avaliações das maternidades durante os depoimentos das mulheres e de seus companheiros, realizadas por uma comissão nacional composta por representantes ministeriais, sociedades médicas e civis, observou-se o bom resultado das estratégias que asseguram as práticas de acolhimento, desde o pré-natal até o acompanhamento do recém-nascido e da mulher no puerpério (BRASIL, 2005).

Já o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi criado em 2000, dando continuidade aos esforços para redução da mortalidade materna. A iniciativa tem como proposta assegurar o acesso e a qualidade do atendimento pré-natal, ao parto e pós-parto, bem como da assistência neonatal (BRASIL, 2005). O governo disponibiliza incentivos financeiros aos municípios que aderem ao programa, e estabelece que toda gestante deve ter acesso a seis consultas médicas antes e uma depois do parto, além de ter garantida a realização de todos os exames básicos e a vaga numa maternidade.

O Prêmio Fernando Figueira, por sua vez, foi instituído em 2004 e destina-se a valorizar as experiências humanizadoras do atendimento pediátrico, e também de incentivo ao aleitamento materno. À semelhança do Prêmio Galba de Araújo, são selecionadas 5 instituições, uma em cada região do Brasil, a partir de uma avaliação realizada por uma comissão formada por membros da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, da Secretaria Executiva – SE/MS, do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira, da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Associação Brasileira de Enfermagem e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

O médico e professor Fernando Figueira, da Universidade Federal de Pernambuco, homenageado com esta premiação, foi o criador do IMIP – Instituto de Medicina Infantil de Pernambuco, atualmente denominado de Instituto Materno Infantil de Pernambuco. A instituição é referência neste tipo de atendimento, desde a década de 70, por suas ações pioneiras em humanização, tendo sido a primeira a garantir a presença das mães no acompanhamento das crianças internadas. O IMIP foi o primeiro hospital no Brasil a receber o título de Hospital Amigo da Criança.

No campo da saúde mental deu-se também uma importante iniciativa de humanização, que foi a promulgação da Lei 10.216, em 2001, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que propôs um redirecionamento das ações em saúde mental, abandonando o modelo de exclusão social baseado na internação manicomial, em direção a modelos substitutivos, de preferência ambulatoriais. Neste sentido, a lei tinha como proposta a criação de novos programas assistenciais, que por sua vez, acarretaram em novos programas arquitetônicos: os CAPS e os NAPS – Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial; os hospitais-dia e hospitais-noite exclusivos para saúde mental, destinados a internações de curta duração para observação; as

UPHG – unidades psiquiátricas em hospitais gerais, que têm como objetivo evitar a segregação promovida pelas instituições exclusivamente psiquiátricas⁶⁴.

O sucesso das iniciativas setoriais e, principalmente esta última experiência narrada, no campo da saúde mental, incentivaram o desenvolvimento de um programa mais abrangente, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar⁶⁵.

2.6.4. O PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

Em nosso sistema público, os resultados de pesquisas de avaliação dos serviços de saúde realizadas pelo Ministério da Saúde apontavam, na virada do século, deficiências na qualidade do atendimento nos hospitais e uma valorização, por parte dos usuários, não dos recursos médicos e tecnológicos, mas, da compreensão das suas necessidades e expectativas, destacando-se também a falta de capacidade das equipes de profissionais de lidar com estas questões.

De modo geral, a avaliação de um grande número de usuários do sistema de saúde revela a percepção do seguinte fato: a qualidade positiva do conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde não se faz acompanhar por uma correspondente qualidade nos aspectos, como: grau de profissionalismo, respeito, modo de atender e de comunicação, atenção e tempo dispensados ao usuário, prestação de informações e empatia com a necessidade alheia. De fato, a qualidade do contato pessoal entre profissional e usuário é responsável por uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades no tratamento dos pacientes, condição que favorece o erro médico. (BRASIL, 2001:22)

Estas constatações levaram, em 2001, à criação do PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2001), visando complementar algumas ações⁶⁶ já em curso para a qualificação dos serviços.

Segundo o histórico contido no documento final do PNHAH, a proposta de trabalho para o Programa foi desenvolvida por um comitê técnico formado por profissionais da área da saúde mental, convidados pelo então Ministro da Saúde José Serra. Foi, então, elaborado, por este

⁶⁴ Mais detalhes sobre este tema podem ser obtidos no ítem 4.4.

⁶⁵ As primeiras propostas para o PNHAH foram desenvolvidas por profissionais do campo da saúde mental, convocados pelo Ministério da Saúde.

⁶⁶ Segundo o Ministério da Saúde, estas ações incluíam investimentos para a recuperação das instalações físicas das instituições, a renovação de equipamentos e aparelhagem tecnológica, o barateamento dos medicamentos, a capacitação do quadro de recursos humanos, etc.

comitê, um projeto-piloto, a ser implementado em dez hospitais distribuídos em todas as regiões do Brasil. Este projeto-piloto tinha como objetivos (BRASIL, 2001:03): deflagrar um processo de humanização dos serviços, de modo a provocar mudanças na cultura de atendimento à saúde; produzir conhecimento sobre as instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, para subsidiar a disseminação da experiência para os demais hospitais da rede de saúde pública no Brasil. Após cinco meses de trabalho nestes hospitais, foi possível, então, elaborar a proposta final do PNHAH.

A percepção de que muitas das demandas dos usuários poderiam ser resolvidas através de um acolhimento adequado, de saber ouvir, respeitar e compreender, definiu, então, o foco das ações do programa: “resgatar a dimensão subjetiva da intervenção em saúde” (BRASIL, 2001:32). Para isto, algumas providências deveriam ser tomadas: contratar profissionais suficientes para a demanda da população; inaugurar novos serviços e adequar a estrutura física das instituições; adquirir equipamentos médico-hospitalares; promover uma atualização da formação dos profissionais de saúde; capacitar os profissionais e melhorar suas condições de trabalho; melhorar a imagem do serviço público de saúde junto aos usuários e aos próprios profissionais; melhorar o relacionamento entre profissionais e usuários.

Assim, com base neste quadro, foram identificadas duas frentes de trabalho, que deveriam conduzir a conjuntos específicos de iniciativas: a da “humanização do atendimento ao público (cuidar do usuário) e humanização das condições de trabalho do profissional de saúde (cuidar de quem cuida)” (BRASIL, 2001:32).

O programa enfatiza a necessidade de atuar sobre a valorização do trabalho e a formação educacional dos profissionais de saúde, neles inculcando uma postura de maior respeito à vida humana e aprimorando as suas relações, entre si, e com os usuários.

No campo das relações humanas que caracterizam qualquer atendimento à saúde, é essencial agregar à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação. (BRASIL, 2001:04)

Valorizando os resultados das iniciativas setoriais já implementadas, mas, considerando a necessidade de dar maior divulgação do conceito e das propostas da humanização, o PNHAH estabeleceu uma diretriz global de humanização, capaz de contemplar a instituição hospitalar em geral. Entre as ações propostas, encontravam-se: a formação de uma rede nacional de

humanização entre as instituições públicas de saúde, estabelecendo, assim, um canal de comunicação para troca de informações e experiências; a formação de grupos de multiplicadores de humanização hospitalar, distribuídos nas cinco regiões do país, com o apoio das secretarias estaduais e municipais, incumbidos de realizar o treinamento e a capacitação dos agentes que iriam atuar nos hospitais; a formação de grupos de trabalho de humanização hospitalar, composta por profissionais de liderança, para atuação nas instituições.

O texto final do Programa definia os seguintes objetivos (BRASIL, 2001:04-05):

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira.
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil.
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área.
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado.
- Modernizar as relações de trabalho nas instituições públicas, tornando-as mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a sua imagem junto à comunidade.

Posteriormente, o Ministério da Saúde decidiu superar a ênfase na instituição hospitalar e estender estas medidas a todo o sistema de saúde, estabelecendo uma política nacional, que ficou conhecida como HumanizaSUS.

2.6.5. O HumanizaSUS

O estabelecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde, mais conhecida como HumanizaSUS, foi proposto pelo governo federal no início de 2003 e teve como objetivo ampliar as ações a todas as instâncias do SUS, incorporando e articulando as iniciativas já existentes (BRASIL, 2003b).

Num seminário realizado pela equipe de saúde do governo federal, em fevereiro de 2003, considerando a importância dos programas existentes, mas, reconhecendo o caráter isolado de suas ações, decidiu-se potencializá-las, levando-as a todas práticas de saúde do SUS. A coordenação da PNH ficou a cargo da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e foi composta uma equipe de técnicos e consultores. A equipe percorreu, então, vários estados, para acompanhar as atividades do PNHAH e realizar contatos com os responsáveis pelas ações nas Secretarias Estaduais (BRASIL, 2003b).

Ao longo de 2003, foram realizadas discussões internas no Ministério, envolvendo aos poucos as diversas áreas, levando à definição de um texto básico contendo diretrizes e estratégias para a implementação da PNH. Em novembro do mesmo ano, foi realizado o evento “Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização”, onde aconteceu a primeira divulgação dos debates internos, envolvendo também as secretarias estaduais e algumas municipais que já estavam trabalhando com o tema. Nesta oficina foram apresentadas propostas de alterações e acréscimos ao documento básico da PNH.

2.7. O usuário e sua relação com os espaços da saúde

Como vimos no capítulo 1, é crescente o interesse dos arquitetos pelas relações entre os seres humanos e os espaços que os cercam. Desde a década de 60, foi a partir do campo da psicologia ambiental que se disseminou o estudo das relações ambiente-comportamento, primeiro numa perspectiva individual, e posteriormente, trazendo à luz uma dimensão social e configurando o que Fischer aponta como “psicologia social do ambiente” (1994:09).

Numa perspectiva psicossocial, o espaço já não é definido como uma propriedade exterior que teria em si mesma a sua substância e as suas formas, mas como um conjunto de matrizes no seio das quais se desenrola a existência concreta dos indivíduos. Daí a importância atribuída às relações que se estabelecem entre o homem e os seus diferentes ambientes; elas dão às nossas condutas uma estrutura bem específica. (FISCHER, 1994:15)

Neste sentido, portanto, muito além das suas propriedades físico-funcionais, o espaço é capaz de exercer uma ação sobre o comportamento humano, contribuindo para moldá-lo, e sofrendo também, em contrapartida, ações de seus usuários no sentido de ajustá-lo às suas necessidades e à sua realidade. Nos ambientes de saúde, estas relações tendem a ser ainda mais intensas, face

às características predominantes nestes ambientes - como a impessoalidade, a frieza, o aspecto institucional – que se associam às condições extremas de sensibilidade dos seus usuários.

Os usuários dos ambientes de saúde, sejam eles pacientes e acompanhantes ou também os profissionais que ali atuam, têm em comum a vivência de situações de estresse. Os pacientes e acompanhantes, é lógico, devido ao medo, à ansiedade e às incertezas e expectativas relacionadas ao seu estado de saúde, se caracterizam, em geral, por estarem condições limites de fragilidade emocional.

Já os profissionais que atuam nas instituições de saúde vivenciam uma rotina de intenso desgaste físico e psicológico, não só por terem que lidar com situações que envolvem grande responsabilidade e risco, mas, no caso da grande maioria dos estabelecimentos públicos brasileiros, pela sensação de impotência diante da precariedade de recursos e condições de realizar um trabalho gratificante.

Os ambientes de saúde, por sua vez, se caracterizam por alguns aspectos bastante peculiares, como por exemplo, pela carga dos sentimentos que abrigam, relacionada a eventos de grande impacto na vida das pessoas, como o nascimento, a morte e o adoecimento. Outro aspecto próprio destes ambientes é o fato de serem locais de confronto entre os aspectos públicos e privados da vida de seus usuários, especialmente os pacientes. Costa (2001) destacou o espaço hospitalar como o local onde a dor, um evento do âmbito privado, torna-se pública e o “território do sujeito” (corpo e mente) passa a ser investigado e invadido pelos “atores do hospital”. Este ambiente torna-se, então, um espaço híbrido, onde atuam simultaneamente as esferas pública e privada.

Além disso, Costa chamou a atenção para a impessoalidade característica do espaço hospitalar, já que os usuários não podem personalizá-lo significativamente. Além destes aspectos subjetivos, atuam também ali as demandas mais objetivas de funcionalidade, assepsia e disponibilidade de recursos tecnológicos, que tendem a ser priorizadas no desenvolvimento de projetos, contribuindo para a decantada frieza do ambiente hospitalar.

Neste contexto, considerando as influências mútuas entre o espaço e o comportamento, os mecanismos psíquicos direcionados para sustentar e participar da recuperação da saúde deveriam encontrar um suporte espacial propício para seu desenvolvimento. Compreender estes

mecanismos tem sido um desafio para os arquitetos, no qual têm contado com o auxílio interdisciplinar, para que possam projetar suportes espaciais mais adequados.

Sommer (1973) verificou, por exemplo, que em hospitais psiquiátricos, é comum que alguns pacientes sintam a necessidade de momentos de isolamento. Na tentativa de defesa deste isolamento, muitas vezes procuram locais em que a disposição de objetos ou as atividades ali desenvolvidas admitam somente a sua presença, bloqueando a aproximação de outras pessoas (sentar entre um vaso de planta e uma grade ou deitar-se em bancos colocados em áreas distantes e fingir que dormem quando alguém se aproxima). Revela-se, neste sentido, a importância da existência de espaços que possam propiciar aos pacientes uma "fuga" psicológica temporária, mesmo que esta seja somente visual, do confronto e da pressão a que estão submetidos no ambiente hospitalar.

Cooper-Marcus (2001)⁶⁷, por sua vez, a partir de diversas pesquisas, constatou que o acesso a jardins e à natureza pode melhorar a habilidade de lidar com o estresse vivenciado durante a estadia no hospital. A autora, destaca também como exemplos as pesquisas de Ulrich (ver ítem 2.5.4), que verificaram um menor tempo de recuperação do estresse em pacientes submetidos a simples visão de paisagens naturais.

Em pesquisa que realizamos em uma instituição psiquiátrica (um dos casos apresentados nesta tese), a imagem da casa típica dos desenhos infantis era associada, por pacientes esquizofrênicos crônicos, ao espaço ideal para tratamento/moradia, um espaço de aconchego e proteção, em contraposição à frieza e impessoalidade do espaço institucional (FONTES, 2003). A pesquisa demonstrou também o desejo de que os ambientes do hospital se abrissem para os amplos jardins existentes. Os pátios e jardins se mostravam ali portadores de referências da "casa onírica" (BACHELARD, 1993), como uma forma de suprir a necessidade de fuga e liberdade, e até mesmo de despertar algum sentimento de apego ao lugar.

Dilani (2001) propôs uma abordagem para os ambientes de saúde que denominou de *psychosocially supportive design*, visando enfatizar as necessidades sociais e psicossociais dos usuários, especialmente dos pacientes. Conforme apontou o autor, é crescente o reconhecimento da necessidade de se criar ambientes que sejam, além de funcionais, focados no

⁶⁷ A autora está entre os estudiosos dos chamados *healing gardens* (expressão que poderíamos traduzir como "jardins terapêuticos"), que investigam os efeitos positivos dos jardins, seja pela simples visita e contemplação, ou pelo exercício de atividades relacionadas à jardinagem.

usuário e suas condições psicossociais, capazes de proporcionar bem-estar, reduzir o estresse e favorecer processos de recuperação da saúde.

O autor menciona que pesquisas têm demonstrado que a sensação de segurança e o controle sobre o ambiente físico⁶⁸ são elementos fundamentais para a redução do nível de estresse a que os pacientes estão sujeitos durante internações hospitalares. Pessoas que não podem exercer um mínimo controle tendem, portanto, a desenvolver vários tipos de estresse, pois este é composto de reações fisiológicas e psicológicas, por sua vez desencadeadas por uma combinação de estímulos psicossociais e aspectos psico-biológicos (DILANI, 2001:33). Assim, o projeto deve ser pensado visando contribuir para a redução do estresse e proporcionar o bem-estar, por exemplo, através da identificação e eliminação de fatores que desencadeiam este estresse e da valorização de fatores que podem contribuir para o bem-estar.

Muitos destes fatores já foram mencionados ao longo deste capítulo, mas, gostaríamos de aqui destacar os apontados por Dilani (2001). O autor cita a necessidade da promoção de uma maior interação entre pacientes e equipes profissionais, aspecto que pode ser transposto para a arquitetura através de algumas medidas, como, por exemplo: a descentralização/fragmentação de postos de enfermagem em unidades menores, mais próximas de determinados grupos de pacientes; a franquia do acesso de pacientes e acompanhantes a estes postos, favorecendo o convívio e a troca de informações; a concepção de ambientes de aspecto menos institucional e mais semelhantes ao ambiente familiar. A descentralização dos postos de enfermagem facilita, ainda, o controle da equipe sobre os pacientes, aspecto que faz com que estes se sintam mais seguros e menos isolados, reduzindo o seu estresse.

Visando à amenização deste aspecto institucional, o autor aponta uma tendência à adoção de configurações mais próximas à escala humana⁶⁹, buscando favorecer a orientação e a movimentação dos usuários nos seus domínios.

⁶⁸ A sensação de segurança se refere, por exemplo, à garantia de um espaço pessoal mínimo, que não será invadido indiscriminadamente sem a sua permissão, que a sua privacidade será preservada, que os seus pertences estarão bem guardados, entre outros. O controle sobre o ambiente físico pode se dar, por exemplo, através da capacidade do usuário regular as condições ambientais (luz, som, climatização), o acesso das pessoas, além do próprio controle sobre aspectos do seu tratamento, como a escolha da alimentação e de atividades da rotina na internação, como vimos na filosofia da Planetree.

⁶⁹ Como medidas neste sentido, temos, por exemplo, a fragmentação da edificação em blocos, a opção por gabaritos mais baixos e partidos horizontalizados, dentro do possível, considerando as limitações impostas pelos terrenos.

A integração da instituição e suas edificações com o entorno urbano e com a comunidade é medida de grande valia para desmistificar o ambiente hospitalar⁷⁰. Além disso, a entrada para internação na instituição hospitalar geralmente provoca um corte na rotina dos usuários. Esta foi uma preocupação de Pierre Riboulet (1994) ao projetar um hospital infantil em Paris. O arquiteto concebeu uma rua com estabelecimentos comerciais e de serviços, por onde se daria o acesso das famílias ao hospital, funcionando como uma área de transição entre o ambiente da cidade e o ambiente hospitalar e, portanto, amenizando a sensação de ruptura geralmente provocada pelo ingresso neste tipo de instituição.

Outro aspecto apontado por Dilani é a promoção do contato com a natureza, com a luz natural e com atividades artísticas, como a música, por exemplo. Diversos estudos⁷¹ já comprovaram os benefícios da exposição à luz natural e o contato com a natureza, no que se refere não só à subjetiva produção de bem-estar, mas, também na objetiva melhoria de indicadores biomédicos, contribuindo para a redução da pressão sanguínea, por exemplo. A simples visão da natureza contribui para preservar no paciente a noção do ciclo circadiano (alternância entre dia/noite), importante fator de regulação hormonal (FONSECA, 2000), além de oferecer uma paisagem mais rica e estimulante aos sentidos.

Dilani, no entanto, afirma que esta abordagem se deve fazer acompanhar de uma ampla consideração da bagagem sócio-cultural dos grupos a quem se destinam os espaços, da qual depende todo o julgamento que estes farão das condições ambientais, que por sua vez será decisivo na sua eficiência.

2.8. Lelé e a Rede Sarah: principal referência no Brasil

O contra-sistema que a Rede Sarah hoje representa no caos de assistência médica brasileira, só é possível a partir das fortalezas belas e espartanas que Lelé projetou e construiu e que consolidaram um pacto com o povo de todos os Brasís, que compreendeu-as e delas se apropriou. Lelé construiu e constrói monumentos que têm vida. Porque abrigam o homem,

⁷⁰ Isto se torna particularmente relevante no caso de instituições psiquiátricas, que, em geral, são rejeitadas pelas comunidades em que se localizam, como vimos no caso do Instituto Municipal Nise das Silveira, caso apresentado adiante, no item 4.4.

⁷¹ Entre eles, os de Ulrich, (2001) adepto e estudioso do evidence based design, já comentado no item 2.5.4, e o de Clare Cooper-Marcus (2001), que se dedica ao estudo do que ela chama de *healing gardens*, ou jardins terapêuticos.

Aqueles que sofrem em sua fragilidade e os que cuidam no seu cotidiano de entrega (CAMPOS DA PAZ JR., 1999:9).

No Brasil, o principal exemplo de uma bem sucedida associação entre arquitetura, tecnologia e humanização é sem dúvida o trabalho de João Filgueiras Lima – o Lelé – junto à Rede Sarah de hospitais de reabilitação. Assim, nosso trabalho não poderia deixar de repassar a sua trajetória, pesquisada no livro “João Filgueiras Lima – Lelé” (INSTITUTO LINA BO E P. M. BARDI, 1999), principalmente na entrevista ali publicada, onde Lelé narra suas experiências desde a construção de Brasília, destacando também as suas convicções em relação ao papel do arquiteto e da arquitetura frente à sociedade e às questões urbanas. Outras fontes de consulta foram o livro do próprio Lelé sobre o CTRS – Centro de Tecnologia da Rede Sarah, artigos, entrevistas e a palestra proferida por ele no Congresso da ABDEH – Associação Brasileira do Desenvolvimento do Edifício Hospitalar, em agosto de 2006.

O início da carreira de Lelé se deu na construção de Brasília, no final da década de 50, onde trabalhou desde a implantação dos alojamentos para os operários. A necessidade de construir em larga escala, curto prazo, e sem as mínimas condições de infra-estrutura⁷², despertou no arquiteto um grande interesse pela industrialização e pela pré-fabricação, que, por sua vez, nele desenvolveu uma atitude de constante investigação, invenção e experimentação, na busca do aperfeiçoamento das técnicas e soluções de projeto.

Após a experiência na construção de Brasília, o arquiteto foi chamado por Oscar Niemeyer para trabalhar na Universidade de Brasília, que estava em processo de implantação por Darcy Ribeiro. Nesta época foi criado o CEPLAN – Centro de Planejamento da Universidade, do qual Lelé foi secretário executivo, envolvendo-se diretamente na construção da Universidade. A intenção, compartilhada com Niemeyer, de desenvolver a pré-fabricação, técnica que até então não existia em nosso País, levou o arquiteto a buscar aprofundamento, em 1962, no leste europeu – União Soviética, Polônia, Alemanha Oriental e Tchecoslováquia. O objetivo era implantar uma fábrica na Universidade, mas, com a Revolução de 64, o projeto não foi levado adiante e Lelé foi demitido.

Após a saída da Universidade, Lelé foi trabalhar no Hospital de Taguatinga, sua primeira experiência no campo da saúde. Neste projeto, os principais requisitos estabelecidos pela

⁷² A energia elétrica era provida por meio de geradores, os materiais e equipamentos eram transportados de avião e a comunicação precária era feita via rádio.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal e por Oscar Niemeyer eram a flexibilidade e a extensibilidade da edificação, amplamente explorados no partido arquitetônico em blocos modulados e no sistema construtivo em pré-moldados. Mas, já neste primeiro hospital, Lelé manifestava seu compromisso com a promoção do bem-estar aos pacientes. A solução escalonada, proposta por Lelé para o bloco de internação, proporcionou a criação de terraços-jardins que funcionam como solários para os pacientes hospitalizados. A concepção do projeto também investia amplamente no aproveitamento da iluminação e ventilação naturais nos ambientes, promovido através de *sheds* pré-moldados.



Figs. 26 e 27: Hospital de Taguatinga, Brasília
Fonte: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 1999:47-48

Eu também nunca pensei em ser arquiteto hospitalar. Aliás, eu acho que não existe arquiteto hospitalar, o arquiteto é um só. (LIMA, 1999:20)

Desde os primeiros projetos, toda a aplicação de Lelé no universo da tecnologia e da produção industrializada se fez acompanhar por uma grande sensibilidade às necessidades dos usuários dos ambientes por ele projetados. Sua produção se caracteriza justamente pelo constante empenho em desenvolver novas tecnologias que têm como foco a qualificação do atendimento e, principalmente, a amenização da experiência humana nos ambientes de saúde, que é, em geral, carregada de sofrimento e ansiedade.

Porque é preciso usar a tecnologia disponível sempre atendendo a algo muito mais importante, que é a cidade com seu acervo cultural, com todos os problemas que tem. É colocar a tecnologia a serviço, e não fazer o inverso. (LIMA, 1999:26)

Esta relação com a tecnologia, que, em sua concepção, deve se colocar a serviço das necessidades humanas, se tornou o grande diferencial de sua obra, em meio a toda uma

tendência, a partir dos anos 50, de priorização e supervalorização dos aspectos funcionais, especialmente neste campo da arquitetura hospitalar.

Quando o arquiteto se especializa – um planejador hospitalar, por exemplo – ele passa a ver o espaço hospitalar como um espaço tecnológico, em que ele tem que saber quais as funções de cada equipamento etc. Esse espaço começa a carecer de uma função humana, que é a questão primordial do arquiteto. Então eu acho que a relação do arquiteto com os compromissos que ele deve ter, vamos dizer, com a parte artística e humana do prédio, é muito maior que a relação tecnológica que ele tem com o equipamento. É claro que o equipamento é um instrumento que vai ser usado ali, mas o fundamental é você criar um espaço em que o paciente se sinta bem, em que ele realmente esteja psicologicamente preparado para ser curado, senão não vai ser curado (LIMA, 1999:20).

A partir de meados da década de 70, após outras experiências relacionadas à pré-fabricação, principalmente em Salvador e Rio de Janeiro, a convite de Aloysio Campos da Paz, Lelé foi trabalhar no projeto para construção do primeiro hospital da Rede Sarah, em Brasília, inaugurado em 1980. Naquele contexto, Lelé encontrou as condições ideais para o desenvolvimento de uma experiência pioneira de integração e participação em todas as etapas do processo projetual, desde a formulação das propostas assistenciais e de novos métodos terapêuticos, o reconhecimento das demandas técnicas, biomédicas e sociais, até a concepção arquitetônica, que por sua vez, se estende até o desenvolvimento, detalhamento e produção de novos equipamentos.

A posterior avaliação das soluções projetadas também não é negligenciada, contribuindo para o contínuo aperfeiçoamento e até mesmo para o questionamento tanto da regulamentação do setor, quanto da indiscriminada incorporação tecnológica impingida pelos interesses econômicos, geralmente multinacionais.

Assim, paralelamente ao desenvolvimento, na Rede Sarah, de uma nova abordagem para a medicina de reabilitação, se dava uma incontestável inovação na forma e na intensidade da participação do arquiteto no âmbito da assistência à saúde.

O sucesso deste empreendimento ensejou o estabelecimento de um contrato de gestão entre a Fundação das Pioneiras Sociais, que administrava o Hospital Sarah Kubitschek de Brasília, e o Governo Federal, aprovado por uma lei específica do Congresso Nacional. Assim, a nova Associação das Pioneiras Sociais, uma instituição de interesse privado, assumia o compromisso

de gerir a futura rede pública de hospitais dedicados ao aparelho locomotor, por meio de um orçamento específico. Entre as metas estabelecidas estava, portanto, a ampliação da rede a todo o território nacional.

Em seguida, a criação do CTRS – Centro de Tecnologia da Rede Sarah, em Salvador, além de favorecer o cumprimento das metas de expansão da Rede Sarah pelo Brasil, intensificou a sua atuação no desenvolvimento de tecnologia e do conhecimento no campo da assistência à saúde, especialmente no campo da reabilitação.



Figs. 28 e 29: Hospitais Sarah de Brasília, o primeiro da Rede, e de Salvador, que foi o primeiro sob a vigência do contrato de gestão com o Governo Federal
Fonte: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 1999

Na descrição do projeto do primeiro Hospital Sarah, desenvolvido por Lelé em Brasília, destacavam-se, além dos requisitos mais técnicos de flexibilidade/extensibilidade da construção, facilidade de manutenção, padronização dos elementos construtivos, aspectos mais voltados ao bem-estar dos usuários, como: a criação de espaços verdes acessíveis aos pacientes, visando a promoção de atividades terapêuticas ao ar livre; a iluminação natural e o conforto térmico dos ambientes, visando torná-los mais amenos e acolhedores, além de promover a eficiência energética (INSTITUTO LINA BO E P. M. BARDI, 1999:126).



Figs. 30 e 31: Hospitais Sarah de Fortaleza e São Luís
Fonte: www.sarah.br, 2006



Figs. 32 e 33: Hospitais Sarah de Belo Horizonte e Rio de Janeiro, onde se destaca a intensa relação com a natureza
 Fontes: Instituto Lina Bo e P. M. Bardi, 1999; Espaço Saúde, 2004



Figs. 34 e 35: Hospital Sarah do Rio de Janeiro (em construção), onde o arquiteto está testando novas soluções de cobertura, visando o conforto ambiental
 Fonte: Espaço Saúde, 2004



Figs. 36 e 37: Hospital Sarah do Rio de Janeiro (em construção)
 Fonte: Espaço Saúde, 2004

Nas unidades que se seguiram, Lelé tem constantemente investido no aperfeiçoamento das suas soluções projetuais, conforme ficou claro na palestra proferida recentemente no Congresso da ABDEH. Em sua fala, numa atitude incomum entre os arquitetos, realizou críticas a soluções

por ele adotadas em alguns projetos e apontou as modificações e correções que foram necessárias em projetos posteriores.

Extrapolando a riqueza e coerência de sua obra, talvez a maior contribuição de Lelé, no que se refere à humanização da arquitetura dos ambientes de saúde, seja a humanização do próprio papel e da postura do arquiteto, que se torna explícita em suas lições de humildade e perseverança diante das dificuldades e das situações que todos enfrentam nas rotinas de sua vida profissional e do constante aprendizado que se faz necessário para superá-las.

2.9. Considerações

Neste capítulo apresentamos a evolução da assistência à saúde, buscando evidenciar a mudança de paradigma, abandonando a perspectiva patogênica, em favor da salutogênica (DILANI, 2001:31) e as respectivas manifestações na arquitetura. Depois desta contextualização, passamos a nos dedicar aos sentidos da humanização no campo da saúde, investigados em diversas definições do conceito, nos movimentos e iniciativas internacionais e nacionais.

Pode-se perceber a importância das abordagens do processo saúde-doença como determinantes dos espaços de assistência ao longo da história. Cabe observar a ocorrência, durante esta trajetória, de alguns elementos que agora são reivindicados nas novas abordagens e nos movimentos pela humanização, a saber: a valorização da relação com a natureza e os seus fenômenos, encontrada na arquitetura templária greco-romana; a associação do componente espiritual ao processo de tratamento, presente na arquitetura monástica medieval; a visão do ser humano de uma forma holística, predominante ao longo de toda a história dos espaços da saúde, somente abandonada com a consolidação do modelo biomédico e a ênfase no hospital máquina de curar; alguns dos preceitos desenvolvidos nos primórdios da arquitetura hospitalar, que têm sido recentemente reinterpretados, como o partido pavilhonar.

A recente mudança de abordagem em direção à promoção da saúde não somente amplia os horizontes da assistência, mas traz uma nova responsabilidade para a arquitetura, que é a de expressar estas novas propostas, na medida em que se reconhece o ambiente físico como uma das dimensões da vida e que vão sendo investigados e comprovados os seus efeitos sobre a saúde do homem, por meio de vertentes de estudos como a do projeto baseado em evidências e o projeto como suporte psicossocial. Neste sentido, deve-se aqui enfatizar o sentido da

associação entre a humanização na arquitetura da saúde com a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, valores e processos que podem ser desencadeados nos ambientes da saúde, mas que devem também se estender aos demais ambientes comunitários. Assim, levantamos e apresentamos, ainda, alguns aspectos da relação entre os usuários e os ambientes da saúde, visando a identificar os fatores ambientais que contribuem para o seu bem-estar e, ao contrário, para o desenvolvimento do estresse.

Finalmente, fechamos o capítulo apresentando o principal exemplo brasileiro de abordagem humanizada da arquitetura, o trabalho de Lelé, procurando evidenciar as lições que sua obra tem trazido para as novas abordagens da arquitetura da saúde, onde os principais aspectos são por nós considerados a relação inovadora do projeto com a tecnologia e a intensa participação do arquiteto, desde o engajamento na formulação das propostas assistenciais até a concepção de novos equipamentos que contribuam para o bem-estar dos pacientes e a própria evolução dos métodos terapêuticos.

Acreditamos, enfim, endossados pelas formulações do primeiro capítulo, ter aqui evidenciado a importância da arquitetura e da participação dos arquitetos na abertura destes novos caminhos da arquitetura hospitalar. Passaremos a nos dedicar, a seguir, aos sentidos atribuídos à humanização no senso comum, aqui representado pelas visões de usuários – pacientes, acompanhantes e funcionários – investigado em instituições de saúde no Rio de Janeiro. Para isto, devemos antes apresentar a fundamentação teórica destas investigações, tema do próximo capítulo.



Tal como noutros períodos de transição, difíceis de entender e de percorrer, é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que, como Einstein costumava dizer, só uma criança pode fazer, mas, que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade.
(SANTOS, 1987)

CAPÍTULO 3

FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

Nos dois primeiros capítulos apresentamos os sentidos atribuídos à humanização nos campos da arquitetura e da saúde, dados levantados através de revisão bibliográfica, incluindo os diferentes discursos sobre o tema. Visando a complementar e em seguida identificar as relações entre as diferentes visões, decidimos investigar como o conceito tem sido incorporado, na prática, em algumas instituições de saúde, para correlacioná-lo com o papel atribuído à arquitetura. A partir destas investigações, pudemos melhor avaliar e propor um redimensionamento do papel da arquitetura nos processos de humanização do atendimento. Para o desenvolvimento destes estudos, buscamos uma fundamentação teórica que pudesse contemplar as diversas dimensões envolvidas em nosso problema.

Neste capítulo, apresentamos a fundamentação metodológica e uma breve descrição das pesquisas que realizamos em algumas instituições de saúde da rede municipal do Rio de Janeiro⁷³. Os estudos realizados enfatizaram a investigação do ponto de vista dos usuários dos estabelecimentos de saúde e contaram com um aporte metodológico proveniente do campo da Psicologia Social - a Teoria das Representações Sociais - e incluíram, portanto, a participação e orientação multidisciplinar. Os resultados das investigações que temos realizado à luz desta Teoria atestam o seu potencial de contribuição aos estudos da percepção ambiental e têm subsidiado a formulação de soluções projetuais mais comprometidas com as expectativas e necessidades destes usuários.

3.1. A investigação das representações dos usuários do ambiente construído

Como vimos no capítulo 1, apesar de todo o desenvolvimento vivenciado ao longo do século XX, a partir dos anos 60 disseminou-se a constatação de que o apuro técnico-constructivo e estético da arquitetura não era capaz de garantir a qualidade das edificações e a satisfação dos seus usuários⁷⁴. Tal fato não se restringe aos edifícios destinados à assistência à saúde, mas, pode ser observado na arquitetura em geral. Este reconhecimento tem provocado um crescente interesse, por parte dos profissionais de arquitetura, pelo estudo de temas ligados às relações do ser humano com o ambiente construído. É claro que as questões formais e funcionais não deixam de permear tais relações, mas, outras variáveis que influenciam a percepção e o uso dos espaços começaram a ser consideradas, como a cultura e o sistema de valores dos usuários, as suas condições sócio-econômicas, físicas e psicológicas, entre outros fatores.

⁷³ No próximo capítulo apresentamos detalhadamente estes estudos, com seus resultados e discussões.

⁷⁴ Vale lembrar a crise na arquitetura e reconhecimento das divergências entre alguns dos seus propósitos e efetivos resultados, principalmente no período pós-guerra (ver capítulo 1).

No sentido de dar conta destes aspectos, a arquitetura buscou suporte nas teorias e métodos disponíveis nas ciências do comportamento (SOMMER, 1983:05). Numerosos estudos interdisciplinares têm sido desenvolvidos, principalmente a partir da década de 70, agregando os conhecimentos da Psicologia, das Ciências Sociais, da Antropologia, entre outros campos. Sommer denominou de *social design* esta abordagem, considerada por ele um movimento de humanização do processo de planejamento de edifícios e espaços urbanos (1983:06). Segundo o autor, o *social design* é a combinação de métodos de planejamento participativo com conceitos das ciências sociais.

Design social é trabalhar com as pessoas e não para elas; envolver as pessoas no planejamento e gerenciamento dos espaços à sua volta. [...] Designers sociais não podem atingir estes objetivos trabalhando sozinhos. Os objetivos só podem ser materializados dentro da estrutura de grandes organizações que incluem as pessoas para quem um determinado projeto é planejado. (SOMMER, 1983:07)⁷⁵

Este interesse por um planejamento que envolva a participação do usuário final dos espaços é compartilhado pelo grupo de pesquisa e projeto Espaço Saúde desde a sua formação, e tem sido expresso nas seguintes ações: observar as relações dos usuários com os ambientes de saúde, captar sistematicamente as suas percepções acerca destes espaços e as suas expectativas para espaços ideais, de modo a subsidiar o planejamento de uma arquitetura adequada às atuais propostas de promoção da saúde. Desta forma, a pesquisa passou a representar, para o grupo, uma importante etapa do processo de planejamento, também amplamente valorizada e reconhecida nas instituições onde temos atuado, como forma de orientar um planejamento mais afinado com a sua realidade.

Para lidar com este tipo de informações, cuja maior riqueza reside na sua subjetividade, julgamos apropriada uma fundamentação teórica que contemplasse as diversas dimensões do problema a ser investigado. Através do aporte multidisciplinar viabilizado pela parceria com o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – NESC, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, fomos introduzidos ao estudo da Teoria das Representações Sociais, da psicologia social. Esta teoria tem, então, se mostrado adequada não somente aos propósitos das nossas atividades de avaliação do ambiente construído, na perspectiva de se explorar os sentidos atribuídos aos

⁷⁵ Social design is working with people rather than for them; involving people in the planning and management of the spaces around them. [...] Social designers cannot achieve these objectives working by themselves. The goals can be realized only within the structures of larger organizations, which include the people for whom a given project is planned. (SOMMER, 1983:07)

espaços da saúde, mas, às próprias propostas da humanização da assistência, ao valorizar o discurso destes usuários, levando o seu bem-estar ao centro das preocupações.

3.2. A noção de representação

Toda representação, de qualquer maneira que se especifique seu sentido, é representação de alguma coisa. Portanto, trata-se de um conceito semiótico. (GRIZE, 2001:123)

Os laços que se atam entre o homem e o espaço não são assim redutíveis às relações materiais ou funcionais, incluem também uma valorização que ultrapassa o seu caráter físico e produz esse conjunto de significados sociais ligados à dimensão cultural presente nas nossas representações. (FISCHER, 1994:197)

“Representação” é uma noção antiga e bastante difundida, principalmente entre as ciências humanas e sociais, tendo sido a fonte para o desenvolvimento de conceitos na antropologia, na lingüística, na história, na psicologia infantil e na psicologia social (MOSCOVICI, 2003:306-307), e relacionando-se ao processo cognitivo. No dicionário, o termo representação é definido como “reprodução do que se tem na idéia” (BUENO, 1996:570) ou “idéia que concebemos do mundo ou de uma coisa” (LAROUSSE, 1995:4998), sendo assim, um produto de uma atividade de apreensão e interpretação, por parte de um sujeito, de um determinado objeto ou situação. Para a filosofia, representação é um conhecimento fornecido ao espírito pelos sentidos e pela memória, e na psicologia e na psicanálise, o conceito de representação é visto como uma percepção ou imagem mental, cujo conteúdo se refere a um objeto ou a uma situação do mundo em que vive o sujeito (LAROUSSE, 1995:4999).

Já a noção de representação social, conforme a proposta desenvolvida por Moscovici na década de 60, é a de que se trata de uma forma de saber prático que une um sujeito a um objeto, ou, segundo a formulação clássica, “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001:22). Estes saberes compartilhados configuram um meio ambiente simbólico que permite com que nos comportemos com desenvoltura numa determinada comunidade (JOVCHELOVITCH, 2001:8).

Estes conhecimentos, também denominados de saberes do senso comum, saberes ingênuos ou naturais, atuam, segundo Jodelet, como “sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros”, orientando e organizando as nossas condutas e comunicações

sociais. Outra característica importante das representações é a de serem “abordadas como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade” (JODELET, 2001:22).

Segundo Abric (2000:28), a representação atua como um sistema de interpretação da realidade, orientando as relações dos sujeitos com o seu meio físico e social, determinando também as suas práticas. Neste sentido, segundo o autor, as representações respondem a quatro funções: função de saber, permitindo a aquisição, compreensão e explicação da realidade; função identitária, ou seja, definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos; função de orientação, guiando os comportamentos e as práticas dos grupos sociais; função de justificação, permitindo aos sujeitos e grupos, justificar posteriormente as suas ações e comportamentos.

3.3. A Teoria das Representações Sociais

As representações sociais estão, é claro, relacionadas ao pensamento simbólico e a toda forma de vida mental que pressupõe a linguagem. (MOSCOVICI e MARCOVÁ, 2003:307)

Atualmente, o campo de estudos das representações sociais é um dos mais produtivos da psicologia social de origem europeia, como destaca Sá (1996:13). Por se tratar de um campo de estudos externo aos temas tradicionais da arquitetura, julgamos necessário apresentar alguns esclarecimentos acerca de sua evolução, de seus pressupostos, preocupações e principais abordagens.

3.3.1. Origem e desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais

Se nós falamos sobre as origens das minhas idéias sobre representação social, então diria que a teoria das representações sociais é um fruto da minha idade da inocência. [...] Era, ao final de contas, o problema da modernidade. Nós estávamos todos interessados em compreender de que maneiras a ciência teve um impacto na mudança histórica, no nosso pensamento, em nossas perspectivas sociais. [...] Todas as pessoas jovens que foram atraídas pelo marxismo, comunismo e socialismo estavam preocupadas com a questão da ciência, tecnologia e matérias afins. (MOSCOVICI, 2003:308)

Descrevendo os caminhos que o levaram ao desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais, a despeito do seu reconhecido interesse inicial pelo marxismo, Serge Moscovici partiu do questionamento acerca da sua excessiva valorização do conhecimento científico e da tecnologia, e da conseqüente desqualificação do conhecimento espontâneo e do pensamento das massas. A postura do marxismo considerava que o conhecimento espontâneo – ou senso comum - tinha que ser purificado de suas “irracionalidades ideológicas, religiosas e populares e ser substituído por uma visão científica do ser humano, da história e da natureza”, adotando uma visão materialista (MOSCOVICI e MARCOVÁ, 2003:309).

Depois da guerra, Moscovici passou a se dedicar à compreensão e à reabilitação do senso comum, contrariando a noção vigente de que o povo não é capaz de pensar racionalmente, apenas os intelectuais e cientistas estariam habilitados a isto. O autor destaca que não enxergava este tipo de conhecimento como algo primitivo, tradicional ou folclórico, mas, como algo moderno e que buscava suas origens tanto na ciência como na cultura. O senso comum seria um terceiro elemento a ser considerado entre a ciência e a ideologia. Assim, o autor identificou a transformação do conhecimento científico em conhecimento comum como uma promissora área de estudos. Em seu primeiro estudo nesta área, Moscovici decidiu investigar como a Psicanálise - uma teoria que começava, na época, a despontar na sociedade francesa - era incorporada ao senso comum.

Na minha idade da inocência, tinha uma preocupação: cada ciência tem um “objeto”, um “fenômeno”, uma “matéria-prima” que lhe é própria e que ela estuda através da sua história. E que dizer da psicologia social? Pensei que o senso comum era o “fenômeno”, ou a “matéria-prima” da psicologia social, do mesmo modo que o mito é para a antropologia, os sonhos para a psicanálise, ou o mercado para a economia. (MOSCOVICI e MARCOVÁ, 2003:322)

Moscovici destaca que tanto a teoria da informação como a teoria da comunicação o aproximaram da noção da representação (2003:314). Neste estudo sobre a psicanálise, utilizando métodos da teoria da informação, o autor identificou a existência de estruturas mentais que organizavam os pensamentos compartilhados dentro de uma determinada população pesquisada. Seu objetivo era investigar a apropriação do conhecimento científico da psicanálise por três diferentes grupos populacionais na Paris da década de 50⁷⁶,

⁷⁶ Segundo Jovchelovitch (2001:27), Moscovici queria saber o que aconteceria com a psicanálise, quando deixasse os consultórios e as clínicas privadas e “caísse na real, na vida social”. Moscovici, então,

Lançada, então, na década de 60 por Serge Moscovici com a publicação deste seu paradigmático estudo, intitulado *La Psychanalyse, son image et son public*, a Teoria das Representações Sociais retomava e desenvolvia em novas bases a noção de representações coletivas, de Durkheim, do campo das Ciências Sociais, no final do século XIX. Durkheim havia sido o primeiro a identificar produções mentais de caráter social (JODELET, 2001:21), formas de pensamento compartilhadas consensualmente por sujeitos pertencentes a um determinado grupo ou contexto. Segundo Moscovici, entre o momento do seu nascimento e o do seu reaparecimento, o conceito de representação coletiva passou por muitas metamorfoses (2001:46).

As representações coletivas, conforme o proposto por Durkheim, tinham um caráter estático e permanente, exemplificado pelos mitos, crenças e tradições, contrapondo-se às representações individuais, mais efêmeras e sensíveis às mudanças vivenciadas pelos sujeitos. Já o conceito de representações sociais desenvolvido por Moscovici, embora tenha emergido do mesmo conceito (JOVCHELOVITCH, 2001:23), se caracteriza por levar em conta a dinâmica destes fenômenos representacionais e por sua adequação aos aspectos típicos da sociedade contemporânea. Ou seja, o conceito de representação social leva em consideração as constantes transformações do nosso mundo, estas viabilizadas principalmente pela comunicação. Mas, entre a formulação destes dois conceitos, houve toda uma trajetória de estudos que foram incorporando novos elementos à noção central e produzindo a sua transformação, entre os quais Moscovici destaca como mais importantes os estudos de Lévy-Bruhl, Piaget e Freud.

Compatibilizando a ênfase no indivíduo, própria da Psicologia, com as abordagens sociológica e antropológica, focadas na coletividade, a Teoria das Representações Sociais direciona seu interesse aos processos de interação dialética entre o individual e o coletivo.

Enfim, foi a partir do trabalho de Moscovici que um amplo campo de pesquisas se revelou, despertando o interesse de pesquisadores em todo o mundo. No Brasil, o interesse pela teoria e a sua disseminação se intensificaram a partir da década de 90, gerando inúmeros estudos nas áreas mais diversas, conforme se verá adiante.

observou que este saber, o da psicanálise, no caso, se transformava, sofria um processo de “popularização”.

3.3.2. Pressupostos e campo de interesses da Teoria

A Teoria das Representações Sociais estuda a construção e a transformação dos saberes ingênuos, saberes sociais ou saberes do senso comum. Estes saberes se ativam e renovam através da comunicação, o que lhes confere a condição de fenômenos extremamente dinâmicos. É importante ressaltar que, segundo a Teoria, não existe uma hierarquia entre as diversas modalidades de saberes, do mais científico ao mais popular, relativo ao senso comum. Portanto, as representações sociais são reconhecidas como objetos de estudo tão legítimos quanto o conhecimento científico, pela sua importância na vida social e no entendimento dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2001:22).

A localização da noção de representação social na interface do psicológico e do social faz com que se torne interesse de todas as ciências humanas, conferindo-lhe um de seus principais atributos: a transversalidade. Jodelet (2001:25) menciona que a noção pode ser encontrada, por exemplo, em sociologia, antropologia e história, nos estudos sobre ideologia, sistemas simbólicos e atitudes sociais, em psicologia cognitiva, nos estudos sobre os processos cognitivos.

Diversos estudos têm sido realizados no campo das representações sociais, que adiante mencionados, endossam a pertinência da sua aplicação em nosso trabalho. A partir da definição de Jodelet, de que a representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, e das 3 questões básicas suscitadas por esta definição, 3 grandes grupos de interesses na pesquisa em representações sociais se delimitam (JODELET, 2001:27-28; SÁ, 1998:32):

- a pergunta “quem sabe e de onde sabe?”, relativa a investigações sobre as condições de produção e circulação das representações, induz a investigações sobre “cultura” (valores e modelos culturais), “linguagem e comunicação” (interpessoal, institucional, de massa) e “sociedade” (partilha e vínculo social, contexto ideológico e histórico, inserção e função social, organização, instituição e vida do grupo social);
- a pergunta “o que e como sabe?”, associa-se ao interesse pelos processos e estados das representações, área onde se pesquisam os suportes das representações (discursos, comportamento, documentos e práticas), os conteúdos, a estrutura, os processos e a lógica;
- a última pergunta, “sobre o que se sabe e com que efeito?”, relaciona-se ao estatuto epistemológico das representações, e conduz à investigação das relações da representação com o

real e com a ciência, das relações entre o pensamento natural e o pensamento científico, da difusão dos conhecimentos e da transformação dos saberes, das decalagens entre a representação e o objeto representado⁷⁷.

Sá (1998:33) considera que estas 3 questões e respectivas dimensões envolvidas nos estudos das representações sociais deveriam ser preferencialmente abordadas de modo articulado, mas, reconhece que a maioria dos pesquisadores investe mais sobre um grupo, principalmente devido às dificuldades em termos de recursos e de prazos para sua realização.

Apresenta-se a seguir um mapeamento das áreas temáticas de maior interesse dos pesquisadores de representações sociais⁷⁸.

- Ciência, área que engloba os interesses pelas relações entre o pensamento científico e o popular (representação social), onde se incluem: o estudo inaugural da Teoria, de Moscovici, sobre a representação social da psicanálise; têm recebido destaque nesta área trabalhos sobre o projeto do genoma humano, a fecundação humana, a clonagem, as representações de grupos sociais sobre a economia, a ciência e a tecnologia, a ecologia, formação do pesquisador, a disseminação do conhecimento científico;
- Saúde, uma área de intensa produção, onde se incluem trabalhos sobre as relações entre saúde e doença, em que podemos destacar os seguintes trabalhos paradigmáticos: o de Claudine Herzlich (1969, 1986) sobre o binômio saúde-doença; o de Denise Jodelet (1989), sobre a doença mental, tema que tem sido também muito explorado por outros pesquisadores nos eventos mais recentes; outros temas que têm recebido grande destaque na produção nesta área são a AIDS, a depressão, a saúde do idoso, a doação de órgãos, a anorexia;
- Desenvolvimento humano, onde destacam-se os seguintes estudos: o de Marie-José Chombart de Lauwe (1979/1991), sobre o mundo da infância; o de Gerard Duveen (1994), sobre os papéis sexuais; no Brasil, o de Neuza Guareschi (1993), sobre a representação do poder e da autoridade em crianças; outros temas de interesse têm sido a informática e o uso do computador, inclusive

⁷⁷ Estas decalagens podem acontecer por meio da distorção, onde os fatos ou dados sobre o objeto são moldados ao sistema de valores do sujeito, da supressão, onde acontece um corte ou seleção destes fatos, ou da suplementação, onde são adicionados outros dados a estes fatos (“quem conta um conto aumenta um ponto”).

⁷⁸ Este mapeamento associa as áreas temáticas identificadas por Sá em 1998 (SÁ, 1998:34-42), enfatizando os estudos paradigmáticos, com as outras áreas de interesse mais recentemente evidenciadas na IV e na V Jornada Internacional de Representações Sociais, realizadas, respectivamente, em 2005, em João Pessoa, Paraíba, e em 2007, em Brasília.

mais recentemente as comunidades virtuais, como o Orkut; a velhice e o processo de envelhecimento; estudos sobre a subjetividade, questões relativas a gênero, sexualidade, religiosidade, etnias e família; a infância; a adolescência;

- Educação, onde destacamos os estudos de Michel Gilly (1989), sobre as representações que os alunos têm dos professores; o de Sá, Möller e Medeiros (1990), sobre a escola pública primária; os estudos de Alda Alves-Mazzotti (1994) e Ângela Almeida (1994), sobre a aplicabilidade das representações ao processo educacional; entre os trabalhos mais recentes destacam-se: estudos sobre a pesquisa científica; o ensino em todos os níveis, inclusive o ensino à distância, a educação especial e a educação ambiental; a escola; a escola pública;

- Trabalho, que se refere ao mundo do trabalho e das profissões, das organizações e das empresas, onde se destacam: a pesquisa de Augusto Palmonari (1982), sobre a profissão de psicólogo, na Itália; a de Jean-Claude Abric (1984), sobre a representação social do artesão e do artesanato; a de Pascal Moliner (1993), sobre a representação social da empresa; a pesquisa desenvolvida por brasileiros e portugueses, sobre a representação de estudantes sobre o mundo do trabalho (Jesuíno, Sá, Costa Pereira, Möller, Souto e Batista, 1997); mais recentemente têm sido destacados ainda diversos trabalhos sobre a atuação feminina no mercado de trabalho; condições de trabalho em diversas categorias profissionais;

- Comunidades, cidadania e política: o estudo de Celso Zonta (1997), sobre as representações de aspectos relacionados ao comportamento político e ao exercício da cidadania; o de Clélia Nascimento-Schulze (1996), sobre a identidade da colônia alemã em Santa Catarina; o de Sá, Bello e Jodelet (1997), sobre as práticas de cura da umbanda no Rio de Janeiro; atualmente, têm despertado muito interesse dos pesquisadores temas como: a violência, muitas vezes focada em grupos como os adolescentes; as drogas; a segurança e o risco; a justiça; os direitos humanos; o governo e a política; a qualidade de vida; os grupos e “tribos” urbanas;

- Exclusão/inclusão social, área em que se destacam: as pesquisas coordenadas por Willem Doise (1995), sobre as representações sociais dos itens da Declaração Universal dos Direitos Humanos; nos EUA, os trabalhos de Gina Philogène (1994) sobre a discriminação racial e as mudanças na representação do negro; no Brasil, há diversos trabalhos sobre os meninos de rua, como o de Pedro Campos (1996), que estudou a representação que os educadores têm deles; Margot Madeira (1994) estudou a representação que estes meninos têm de si próprios; mais

recentemente, foram desenvolvidos trabalhos sobre: a mistura de raças, cores e etnias; a inclusão de estudantes com deficiência;

▪ Memória social e cultura: nesta área, que tem se revelado de grande interesse dos pesquisadores nos últimos anos, se destacam; os estudos de Ângela Arruda e equipe sobre o imaginário brasileiro entre jovens cariocas (2005) e sobre as representações de adultos de 50 anos (2005); os trabalhos realizados por Celso Sá e Ricardo Vieiralves de Castro sobre o regime militar (2005), e sobre Getúlio Vargas (2005), estes últimos em parceria com Denise Cristina de Oliveira.

▪ Espaço e meio-ambiente: são temas cujo interesse tem crescido sobremaneira, como têm demonstrado os estudos desenvolvidos nos grupos de pesquisa e projeto Espaço Saúde e LabHab – Laboratório de Habitação, ambos do PROARQ/UFRJ, respectivamente focando os ambientes de assistência à saúde e a habitação; as questões ambientais, como a preservação e a sustentabilidade têm merecido a atenção de diversos pesquisadores; os espaços urbanos e a luta pela moradia; o lazer e o turismo; na última Jornada Internacional de Representações Sociais, em 2007, foi apresentado um trabalho sobre as representações das obras de Oscar Niemeyer.

Esta é uma amostra que ilustra a diversidade das pesquisas referenciadas na Teoria das Representações Sociais, cuja produção vem se avolumando a partir da década de 90, com um intenso intercâmbio possibilitado pela realização sistemática de Encontros e Jornadas Internacionais.

Aproximando a Teoria das Representações de nosso foco de interesse – o espaço arquitetônico e urbano – é importante detalhar o que tem sido desenvolvido neste campo. Jodelet e Milgram estudaram, em 1976, as representações sociais do espaço urbano de Paris, onde tiveram a oportunidade de comprovar que as representações do espaço são também representações sociais, ou representações socio-espaciais, denominação cunhada pela própria Jodelet. Aquele estudo, apoiado na apresentação de mapas da cidade aos entrevistados, revelou aspectos de uma memória social que resgatavam cerca de um século de história e de experiências. Posteriormente, Jodelet desenvolveu um estudo semelhante em Roma, e alunos seus, em Nantes e Vichy⁷⁹.

⁷⁹ Devemos aqui salientar que Kevin Lynch, em seus estudos publicados em 1960 sobre a construção da imagem mental e a legibilidade dos espaços urbanos, já mencionados no capítulo 1, já havia identificado um “processo bilateral entre o observador e o meio”, pelo qual o ambiente “sugere distinções e relações” e o observador “seleciona, organiza e dota de sentido aquilo que vê”(1988:16). O autor também apontou

Esta associação entre representação social e espaço foi também apontada por Jovchelovitch (2001) que, ao definir e exemplificar a noção de representação social, recorreu a uma situação de deslocamento, num determinado ambiente físico, de duas pessoas – uma pertencente àquele local e outra (ela mesma), estranha ao ambiente, circulando ali pela primeira vez.

Vocês têm uma representação social do espaço físico que separa a universidade da cidade, sobre como ir, como chegar. Eu não tenho isso. Por quê? Porque eu não sou daqui. Começo com essas explicações básicas para entender como uma comunidade de pessoas constrói saberes sociais que tenham a ver com seus modos de se relacionar. Eu estou falando de espaços físicos, mas, nós vamos penetrar num mundo de códigos não falados, nas regras de relacionamento, de como as coisas devem ser (JOVCHELOVITCH, 2001:9).

Uma experiência realizada em aula pela Profa. Ângela Arruda, em sua disciplina “Representações Sociais: teoria e prática”, também ilustrou a associação entre as representações do espaço e as representações sociais. A turma, composta de profissionais de diferentes áreas, entre psicólogos, dentistas, médicos, enfermeiras e arquitetos, provenientes de diferentes meios sociais, era solicitada a contemplar, durante alguns minutos, a paisagem da janela da sala de aula. Após este período, todos voltavam aos seus lugares e cada um descrevia brevemente o que havia visto. A diversidade das descrições realizadas e dos elementos priorizados na observação colocava em evidência os mecanismos de apreensão das informações, neste caso, acerca do espaço. As pessoas ou grupos configuraram os mais diferenciados mapas mentais, onde atribuíam maior ou menor relevância aos diversos elementos, conforme os seus respectivos sistemas de valores, conhecimentos e vivências, que têm o poder de atuar como “filtros” durante o processo cognitivo.

3.3.3. Os processos de formação das representações

São dois os processos envolvidos na formação das representações, a objetivação e a ancoragem, conforme detalhado por Jodelet (2001). Estes processos servem para que nós tornemos familiar um novo conhecimento, “transferindo-o à nossa própria esfera particular, onde nós somos capazes de compará-lo e interpretá-lo” (MOSCOVICI, 2003:61).

que “cada indivíduo cria e sustenta a sua própria imagem, mas parece haver uma concórdia substancial entre indivíduos do mesmo grupo” (1960:17). Estas imagens de grupo seriam de grande interesse para os planejadores urbanos, no sentido de produzirem ambientes a serem adequadamente desfrutados por muitos.

A objetivação é a transformação, pelo sujeito, do conhecimento novo e incerto em algo concreto, ou seja, um objeto de mais fácil compreensão e expressão. Neste processo, o excesso de informações é eliminado, permanecendo o essencial à compreensão destes novos conhecimentos.

O processo de objetivação é realizado através da seguinte seqüência de ações: seleção/descontextualização, que consiste na seleção das informações essenciais sobre um determinado conhecimento do seu contexto original (recorte), sendo que esta seleção se baseia na informação prévia, na experiência (ARRUDA, 2002); esquematisação/classificação, que consiste na organização deste conteúdo numa estrutura coerente com a estrutura de pensamento pré-existente no sujeito (colagem); e naturalização, em que o conhecimento, antes abstrato, ganha materialidade e sentido prático, passando a integrar efetivamente este sistema de pensamento, tornando-se algo concreto e fluente para o sujeito e podendo expressar-se de forma simbólica ou metafórica. Em sua explicação sobre o processo de objetivação, Moscovici (2003:71) diz que este processo resulta numa “domesticação” do conhecimento novo.

[...] objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância. Temos apenas que comparar Deus com um pai e o que era invisível, instantaneamente se torna visível em nossas mentes, como uma pessoa a quem nós podemos responder como tal. (MOSCOVICI, 2003:72)

As imagens configuradas na objetivação integram no que Moscovici chamou de “núcleo figurativo”(2003:72), “um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de idéias”.

A ancoragem articula-se com a objetivação, e refere-se ao estabelecimento, pelo sujeito, dos nexos entre o conhecimento novo e os conhecimentos que já integram a sua realidade. Ou seja, o sujeito cria associações entre o dado novo e os que já integram o seu sistema de pensamento, que atua como um quadro de referência. O processo da ancoragem tem o potencial de produzir, portanto, por meio destas incorporações, transformações em representações já constituídas. A ancoragem pode ser considerada, portanto, uma forma de legitimar a representação, além de ser o processo que efetivamente lhe confere o caráter social, com ênfase no estabelecimento de consensos, não necessariamente de verdades. Segundo Moscovici (2003:61), por meio da ancoragem, o novo, que pode ser perturbador, é transferido ao nosso sistema particular de

categorias e comparado com um paradigma que julgemos ser mais apropriado. Ancorar é, portanto, segundo o autor, classificar e dar nome a alguma coisa (rotular).

Mesmo quando estamos conscientes de alguma discrepância, da relatividade de nossa avaliação, nós nos fixamos nessa transferência, mesmo que seja apenas para podermos garantir um mínimo de coerência entre o desconhecido e o conhecido (MOSCOVICI, 2003:61).

O estudo e a compreensão de tais processos de formação das representações, como podemos ver, pode ser facilmente relacionado ao processo projetual na arquitetura, onde o espaço projetado materializa e simboliza uma série de idéias e conceitos (objetivação), que por sua vez foram previamente incorporados a um sistema de valores (ancoragem).

3.3.4. As abordagens mais utilizadas na investigação das representações

Em geral, são três as abordagens mais utilizadas nos estudos das representações sociais: a abordagem processual; a abordagem estrutural; a abordagem sociológica. Tais abordagens são as desenvolvidas respectivamente por Denise Jodelet, Jean-Claude Abric e Willem Doise.

▪ A abordagem processual

Como já foi dito, a Teoria das Representações Sociais se preocupa com a construção psicossocial dos saberes, ou seja, busca entender como o novo é elaborado e incorporado a um sistema de conhecimentos e valores já estabelecidos. Neste sentido, as representações sociais se originam com a função de dar sentido a esta novidade. A abordagem processual constitui a vertente privilegiada por Denise Jodelet e seus pesquisadores associados. Também conhecida como abordagem clássica, por ser considerada a mais fiel à abordagem desenvolvida por Moscovici em seu estudo inaugural, esta abordagem se caracteriza pela ênfase na necessidade de assegurar uma ampla base descritiva dos fenômenos de representação social, visando um contínuo desenvolvimento da Teoria (SÁ, 1998:73).

Os principais interesses desta abordagem se direcionam aos constituintes da representação: informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideológicos etc.

(JODELET, 2001:38), além da compreensão da sua gênese, investindo, para isto, na análise dos seus processos de formação⁸⁰.

Descrevendo as contribuições de Denise Jodelet, Sá menciona o destaque dado pela pesquisadora aos suportes pelos quais as representações circulam na vida cotidiana. Estes suportes são os discursos, os comportamentos e as práticas dos grupos que mantêm determinadas representações, além dos documentos e registros diversos em que estes ficam institucionalmente fixados e codificados (SÁ, 1998:73).

Ainda segundo Sá (1998:74), esta abordagem se caracteriza por uma forte base empírica, que o autor exemplifica pelos trabalhos de Jodelet, onde aponta a sensibilidade para observar e captar “fugidios fenômenos psicossociais”, que obviamente não estão limitados aos discursos. A pesquisa empírica destes fenômenos predomina sobre a própria teoria, contribuindo para a sua manutenção, ou seja, os fatos contribuem para reforçar a teoria.

- A abordagem estrutural

A abordagem estrutural privilegia a investigação da estrutura das representações, trabalhando sobre representações já constituídas (JODELET, 2001:38) e dedicando-se à análise hierárquica dos seus elementos constituintes e à identificação das relações estabelecidas entre eles. Dedicando-se a esta abordagem, Jean-Claude Abric desenvolveu em 1976 a Teoria do Núcleo Central, considerando que toda representação se organiza em torno de um núcleo composto de um ou mais elementos que a ela conferem um significado. Deste núcleo central, também conhecido como núcleo estruturante, fazem parte os elementos mais estáveis da representação, aqueles que asseguram a sua continuidade ao longo do tempo e que possuem, em geral, um caráter mais conceitual. Em torno deste núcleo central organizam-se elementos periféricos, que são os mais individuais, contextuais, transitórios e flexíveis (ABRIC, 2000:31), mais voltados para a prática cotidiana.

Conforme proposto por Abric, o núcleo central assume duas funções básicas: uma função geradora, ou seja, através do núcleo central é que se criam ou se transformam os significados dos outros elementos que integram a representação; uma função organizadora, segundo a qual o núcleo central determina os elos entre os elementos que compõem a representação.

⁸⁰ Cabe ressaltar que estes processos – ancoragem e objetivação - também são tratados nas demais abordagens, como se poderá ver nas suas descrições, adiante. Porém, na abordagem processual, os processos de formação são a preocupação central.

Os elementos periféricos, por sua vez, assumem, conforme o autor, três funções: função de concretização, segundo a qual estes elementos constituem a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é elaborada, isto é, estes elementos atuam na formulação da representação em termos concretos e de mais fácil transmissão, através da sua ancoragem em aspectos da realidade; função de regulação, promovendo a adaptação da representação à evolução do contexto, incorporando novos elementos ou eliminando outros; função de defesa, ou seja, o sistema periférico garante a estabilidade do núcleo central, funcionando como um filtro para as intervenções e transformações da representação, que então só podem se operar por meio destes elementos periféricos.

Enquanto o núcleo central evolui de forma lenta, refletindo a “base comum propriamente social e coletiva que define a homogeneidade de um grupo” (ABRIC, 2000:33), os elementos periféricos, como vimos, promovem uma mediação entre este e a realidade, relacionando-se mais intensamente com as questões práticas e cotidianas.

A evolução e transformação das representações podem ser classificadas em: transformação resistente, na qual somente os elementos periféricos sofrem mudanças, sem, no entanto afetarem o núcleo central; transformação progressiva, que ocorre lentamente e sem uma ruptura radical, isto é, o núcleo central vai sendo transformado progressivamente; transformação brutal, que consiste numa mudança de toda a representação devido a uma mudança no núcleo central.

A abordagem estrutural se mostra a que mais favorece os estudos comparativos de representações, conforme afirma Abric (2000).

Nós afirmamos, então, que é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem estar organizadas em torno de núcleos centrais diferentes. A simples identificação deste conteúdo de uma representação não basta para o seu reconhecimento e especificação. A organização deste conteúdo é essencial: duas representações definidas por um mesmo conteúdo podem ser radicalmente diferentes, caso a organização destes elementos, portanto sua centralidade, seja diferente. (ABRIC, 2000:31)

- A abordagem sociológica

Esta abordagem foi desenvolvida por Willem Doise e se ocupa das condições de produção e circulação das representações sociais, ou como esclarece Sá, se volta para as respostas à pergunta “quem sabe e de onde sabe” (SÁ, 1998:74). Assim, nesta abordagem ganha destaque a inserção social dos indivíduos e grupos, como o principal fator a determinar a construção de suas representações. Para Doise, o sistema social exerce uma influência decisiva sobre a formação das representações, podendo, no entanto, gerar diferentes tomadas de decisão.

O conceito de ancoragem é também tratado pelos estudiosos desta vertente, porém, sua interpretação é direcionada para aspectos do contexto social em que se forma a representação. Doise (2001:190) chama atenção para o fato de que a ancoragem é a incorporação do estranho a uma rede de categorias familiares e que o próprio Moscovici, em seu estudo sobre a psicanálise, vinculou a inserção desta nova ciência em diferentes categorias sociais, como os ricos, os artistas, as mulheres e outros grupos.

O autor também aponta a importância de se estudar a ancoragem das atitudes nas relações sociais como uma forma de aproximar efetivamente o psicológico do social, afastando-se assim de uma ênfase excessiva na organização psicológica individual.

3.4. O processo de pesquisa

As pesquisas que temos realizado no grupo Espaço Saúde têm produzido valiosas informações para o desenvolvimento de projetos em unidades de saúde. É importante ressaltar, no entanto, a necessidade de se estar ciente de que nem sempre os seus resultados podem ser aplicados de forma integral naquele processo de projeto, naquela instituição onde foram levantadas, já que se tratam de reformas em edificações existentes onde as possibilidades de intervenção são, em geral, limitadas.

Outro fato a destacar é que as informações fornecidas por estes sujeitos apresentavam-se, muitas vezes, acompanhadas de outros aspectos aparentemente alheios às questões do espaço, como problemas sociais, insatisfação com o tratamento recebido por parte dos profissionais etc. Em alguns casos era difícil, na situação de tensão em que os usuários se encontravam, direcionar a sua atenção e preocupação às condições do espaço. Este tipo de situação aconteceu com mais frequência nos hospitais de emergência e principalmente naqueles setores onde se verificava

uma maior dificuldade nas condições em geral (seja de atendimento, como demora e grandes filas, falta de material ou instalações precárias). Os usuários, por estarem focados na resolução do seu problema de saúde, em muitos casos, além de fornecerem as informações solicitadas, aproveitavam a oportunidade da entrevista para expressar uma insatisfação ou apresentar as mais diversas reivindicações. Havia, então, que se levar em conta estas insatisfações ou necessidades como algo que vinha a influenciar o seu julgamento acerca do espaço físico. Alguns dados, a princípio, podiam parecer desconexos em relação ao que se estava buscando, mas, durante o processo de análise contribuíam para esclarecer e complementar as informações principais. Foi necessário, pois, uma minuciosa orientação da equipe e do estabelecimento de uma sintonia entre os pesquisadores envolvidos, de modo a não bloquear o fluxo das informações, mas, também impedir que elas se desviassem totalmente das questões de interesse da pesquisa. Com todos estes cuidados tomados, o conjunto final de informações converteu-se, efetivamente, em um acervo de subsídios para projetos.

Realizamos, então, levantamentos das representações de humanização e ambiente construído em instituições de diferentes perfis, integrantes da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, trabalhos nos quais os sujeitos participantes da pesquisa foram os usuários comuns das edificações (pacientes, acompanhantes e funcionários destas instituições).

As instituições estudadas foram: dois hospitais gerais (Hospitais Municipais Lourenço Jorge e Souza Aguiar); dois hospitais especializados (Hospital Municipal Jesus, de pediatria, e IMAS Nise da Silveira, de psiquiatria). Os estudos de casos foram desenvolvidos em instituições de diferentes perfis assistenciais de modo a possibilitar a percepção das particularidades relativas à humanização em cada contexto, permitindo identificar, também, o que é geral, consensual entre as diferentes situações.

A abordagem definida para o trabalho focalizava a apreensão do conteúdo e também da estrutura das representações. Para tanto, foram desenvolvidos instrumentos de levantamento que possibilitassem o posterior tratamento dos dados em procedimentos específicos para cada caso, como a análise do conteúdo e a identificação da estrutura. A utilização de múltiplas técnicas permitiu a complementação mútua das informações ou mesmo o aparecimento de contradições, configurando o que Bauer denomina de “triangulação de olhares” (BAUER, 2002:482-483).

Embora tivéssemos desenvolvido para cada instituição um desenho próprio para a investigação, todas as pesquisas realizadas tiveram como técnicas básicas a observação, a aplicação de questionários e a realização de entrevistas com informantes especialmente escolhidos nas instituições. Conforme as características de cada caso e do campo a ser estudado, foram acrescentadas outras técnicas, como a elaboração de mapas cognitivos, dadas as condições especiais e as aptidões dos usuários e a realização do “caminho do paciente”, técnica desenvolvida pelo grupo Espaço Saúde (SANTOS e BURSZTYN, 2004), visando o reconhecimento do espaço através da vivência do paciente. Detalhamos os aspectos de cada uma destas técnicas adiante, e aprofundamos a descrição dos procedimentos utilizados em cada estudo no capítulo 4 .

A observação do campo foi, em todos os casos, a técnica utilizada como ponto de partida para a formulação das estratégias específicas para cada caso e, posteriormente, percorrendo todo o processo de realização da pesquisa. Em geral, no início do trabalho de campo, a tarefa de observação foi assistemática e aconteceu por ocasião das primeiras visitas às instituições. Como as pesquisas realizadas geralmente acompanharam processos de desenvolvimento de projetos, esta etapa coincidia com o período de reconhecimento da instituição, das primeiras discussões sobre as necessidades em termos de intervenções na estrutura física. A observação, nesta etapa, permitiu a identificação das possibilidades da pesquisa e a definição dos demais procedimentos a serem ali empregados.

Nas etapas subsequentes, a observação tornava-se sistemática, ou seja, se realizava visando atender a objetivos pré-estabelecidos, como por exemplo: observar a apropriação e a personalização que os usuários realizam nos espaços; observar o comportamento dos diferentes tipos de usuários nos espaços, entre outros⁸¹. No caso da instituição psiquiátrica, pela maior disponibilidade e permanência e menor rotatividade da clientela na Instituição e pela rotina de reuniões semanais entre profissionais e pacientes, o uso da técnica de observação foi ampliado, incluindo também a nossa participação nestes eventos, onde inserimos o tema ambiente construído na pauta das discussões. Já nos hospitais gerais, pela maior rotatividade e, portanto, pelo maior número de usuários, um maior peso foi dado à técnica de aplicação de questionários.

A aplicação de questionários nas instituições de saúde é uma tarefa complexa, devido à intensa atividade própria da assistência (especialmente nos hospitais gerais, que oferecem atendimento

⁸¹ Devemos chamar a atenção para o fato de que a simples presença de um observador, mesmo sem interferir, deliberadamente, no contexto estudado, altera substancialmente o comportamento dos observados, como pudemos constatar em diversas oportunidades.

de emergência) e também dadas as condições dos entrevistados, pacientes ou acompanhantes em situação de estresse, ou funcionários atarefados em suas rotinas. Neste sentido, os questionários foram concebidos com o cuidado de minimizar a interferência nas atividades dos participantes e garantir a qualidade das informações.

Em todos os estudos, além dos usuários comuns já mencionados (pacientes, acompanhantes e funcionários), também foram entrevistados informantes-chaves das instituições, geralmente membros da diretoria e os chefes ou responsáveis pelos diferentes setores. As entrevistas foram semi-estruturadas e constaram da discussão de temas específicos das instituições em questão, ou da descrição das condições de funcionamento de setores ou unidades.

Em duas instituições pesquisadas - no hospital psiquiátrico e no hospital infantil - foi utilizada uma atividade de elaboração de mapas cognitivos, que em cada caso assumiu um papel específico. No caso da instituição psiquiátrica, os mapas cognitivos, além de ajudarem a endossar e complementar as informações prestadas pelos participantes, possibilitaram a captação de informações dos pacientes com dificuldade de comunicação verbal. Era solicitado que o usuário desenhasse o espaço existente na instituição, descrevesse o seu desenho, em seguida desenhasse o espaço que considerava ideal, descrevesse este segundo desenho, e depois respondesse algumas questões sobre os espaços preferidos e os que menos gostava. O desenho deveria sempre acontecer antes da descrição, pois esta, geralmente, envolve a formulação de discursos mais elaborados. A intenção era priorizar, assim, a espontaneidade das respostas. No caso do hospital infantil, a atividade de elaboração dos mapas cognitivos foi realizada somente com as crianças, representando um meio apropriado de abrir um canal de comunicação entre os pesquisadores e os participantes.

Nas instituições pesquisadas, utilizamos também a técnica "caminho do paciente", que foi desenvolvida pelo grupo Espaço Saúde, através da qual reproduzimos os passos deste usuário incorporando o seu ponto de vista desde a porta de entrada até a alta e em seguida de dentro para fora, observando o espaço do ponto de vista do prestador da atenção à saúde (SANTOS e BURSZTYN, 2004:20). As informações eram registradas, depois analisadas e expressas em um relatório. A técnica era empregada nas primeiras visitas à instituição, na fase de reconhecimento do seu ambiente físico, para que se pudesse efetivamente captar e compreender as experiências vivenciadas pelos usuários, sem um conhecimento prévio dos espaços.

Para a investigação das representações de humanização utilizamos, em três das instituições pesquisadas (hospitais gerais e hospital pediátrico), a abordagem estrutural, desenvolvida por Jean-Claude Abric, através da qual conseguimos identificar os elementos centrais, mais consensuais, e os periféricos, mais contextuais, conforme visto no item 3.3.3. Os bancos de dados sobre o conceito de humanização foram constituídos a partir de um teste de associação de palavras realizado nas instituições. O teste consistia na solicitação para que o entrevistado evocasse as quatro primeiras idéias que viessem à sua cabeça a partir do termo indutor *humanização do hospital*. O tratamento dos dados ali coletados foi iniciado com uma análise para categorização das palavras ou expressões em temas, para posterior processamento com o auxílio do software EVOC 2000, desenvolvido por Pierre Vergès. Este software processa as expressões segundo a frequência com que foram citadas e segundo a ordem média em que apareceram nas falas dos entrevistados (primeira, segunda, terceira ou quarta posição na ordem de citação). Para definição desta ordem média de evocação de uma expressão, é realizada uma média ponderada atribuindo pesos 1, 2, 3 ou 4, conforme a posição em que aparece nos diversos questionários (ver detalhamento no capítulo 4, nos estudos de caso). Este cruzamento das variáveis frequência e ordem média de evocação resultou em quadros, para cada instituição, que representam a provável estrutura das representações, composta por elementos organizados em níveis (núcleo central, sistema intermediário e sistema periférico), conforme descrito no item anterior e detalhado na apresentação dos casos, no próximo capítulo.

Este resultado, no entanto, segundo as propostas da abordagem estrutural, não poderia ser considerado definitivo, sendo necessária a sua confirmação. A confirmação se deu por dois procedimentos adicionais. No teste de associação de palavras, pedíamos também que os participantes apontassem, entre as evocações por eles realizadas, as duas mais importantes. Esta hierarquização é um dado que contribui para a confirmação da estrutura. O outro procedimento de confirmação consistiu no retorno ao campo para aplicação de outras técnicas. Nos três hospitais utilizamos a técnica da *dupla negação*, na qual se realiza um procedimento inverso ao do teste inicial de associação. Neste caso, perguntamos aos participantes se poderíamos falar de humanização sem falar em cada um dos elementos constituintes do núcleo central das representações. As respostas possíveis eram: *sim, pode-se; não, não se pode; não sei dizer*. Desta forma se verificou, então a pertinência dos elementos ao núcleo central.

Os procedimentos de análise das informações basearam-se na análise de conteúdo, conforme as propostas de Bardin (1977). O primeiro procedimento realizado, em todos os casos foi uma “leitura flutuante”, que visava uma primeira aproximação para apreensão geral do conteúdo

levantado. A partir desta leitura, foram identificados temas, a partir dos quais se configuraram categorias, cuja ocorrência foi quantificada e analisada.

No caso dos três hospitais onde foi usada a abordagem estrutural, estas categorias integraram o banco de dados posteriormente processado no software EVOC, conforme já descrito, configurando um quadro demonstrativo da estrutura da representação. Após todos os procedimentos de confirmação da estrutura, foram analisadas e inferidas as possíveis relações entre os elementos da representação, considerando o impacto de uns sobre os outros no caso de intervenções. Posteriormente, os resultados foram confrontados com as informações levantadas sobre os ambientes em que os usuários se encontravam no momento da entrevista. Estas informações continham os aspectos positivos, negativos e sugestões por eles formuladas para os ambientes.

No hospital psiquiátrico, as categorias obtidas entre o material pesquisado referiam-se à condição na qual o entrevistado freqüentava a instituição (cliente morador da Casa do Sol, cliente morador de outra unidade do complexo, cliente ambulatorial, profissional de terapia, profissional do cuidado, profissional de apoio). Optamos por esta categorização de cunho sociológico por termos percebido, na leitura flutuante, a existência de uma similaridade na visão sobre o ambiente construído por pessoas dentro destas categorias. A partir desta primeira categorização, realizamos novas categorizações, desta vez identificando temas dentro das categorias sociais.

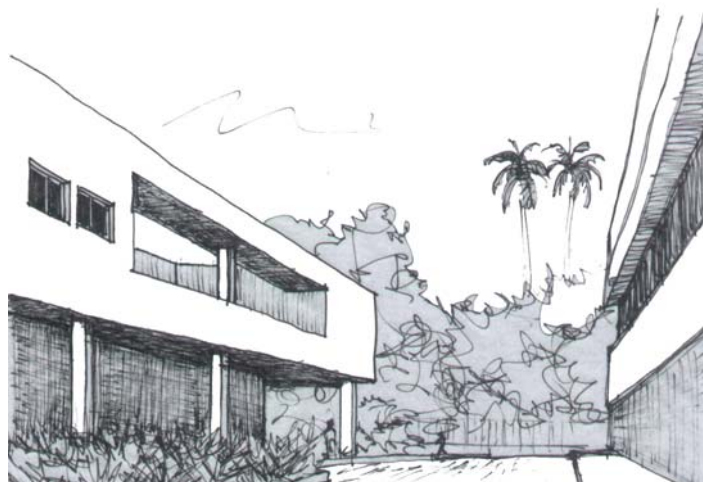
3.5. Considerações

Neste capítulo, apresentamos a fundamentação e o percurso metodológico básico das pesquisas que realizamos, cujos processos, resultados e discussões se apresentam detalhados no capítulo a seguir. Por se tratar de um campo de estudos externo à arquitetura, julgamos adequado esclarecer a noção de representação, a origem e a evolução do conceito e da Teoria, os pressupostos e os campos de estudos onde esta tem sido aplicada, as abordagens mais utilizadas e o processo de pesquisa por nós desenvolvido.

A Teoria das Representações Sociais, como vimos, encontrou nestes tempos de mudança de paradigmas na ciência⁸² o campo fértil para um amplo desenvolvimento. E neste processo de desenvolvimento dos estudos baseados na Teoria, consideramos promissores aqueles relacionados à arquitetura e aos espaços, em geral, que nos cercam. Estes estudos podem, a nosso ver, contribuir sobremaneira para a compreensão das relações entre o ambiente e o comportamento de seus usuários, tema de grande interesse da arquitetura, como vimos nos dois primeiros capítulos.

Investigar a forma que o conceito de humanização tem assumido ao ser incorporado ao conhecimento dos usuários das instituições era, a nosso ver, imprescindível para o entendimento da sua expressão, na prática, e da sua relação com o ambiente físico. Conforme se poderá verificar no próximo capítulo, a utilização desta metodologia possibilitou uma imersão no universo de cada instituição, favorecendo o aprofundamento da nossa compreensão das vivências dos usuários nos seus ambientes.

⁸² Como vimos na Introdução desta tese, o novo paradigma tende a revalorizar os estudos humanísticos e também a reconhecer o senso comum, conforme apontou Santos (1987).



O retorno dos dados a quem os ofereceu, sempre que possível, e mais, o destino que se dá a eles, são parte da visada metodológica, se ela é entendida como a outra face da teoria, como co-extensiva do seu projeto epistemológico que toma o sujeito anônimo como um ser integral, dotado de discernimento, e o seu saber, digno de respeito e fonte para reflexão.

(ARRUDA, 2003)

CAPÍTULO 4

ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM UNIDADES MUNICIPAIS DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo tem o propósito de apresentar os resultados encontrados nos estudos de caso e discutir a incorporação do conceito de humanização entre os usuários (pacientes, acompanhantes e funcionários) das instituições municipais pesquisadas. Algumas das questões que aqui tratamos envolvem: a forma com que o tema tem sido tratado na prática; a identificação das reais demandas destes usuários em relação à humanização, especialmente no que diz respeito aos ambientes da saúde; a comparação entre as representações de humanização e as visões do ambiente construído nos casos estudados.

As instituições pesquisadas foram: Hospital Municipal Lourenço Jorge, Hospital Municipal Souza Aguiar, Hospital Municipal Jesus e Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira – unidade de pacientes psiquiátricos crônicos denominada de Casa do Sol. A metodologia utilizada baseia-se na Teoria das Representações Sociais, conforme descrito no capítulo anterior. Nas três primeiras instituições foi utilizada a abordagem estrutural e na última instituição foi utilizada a abordagem processual.

4.1. Hospital Municipal Lourenço Jorge

Aqui nem parece hospital. (Fala de um acompanhante de paciente, 2003)

A integração do paciente com o meio externo reduz a tensão e o uso de drogas sedativas e analgésicas. (Fala de um profissional, 2003)

Em 2003, o Hospital Municipal Lourenço Jorge foi objeto de intervenção do Espaço Saúde, no desenvolvimento de um plano diretor para a ampliação da sua estrutura física. Esta intervenção visava a sua adaptação a um novo perfil - o de centro de referência em trauma - e porte, incluindo o planejamento da incorporação do Hospital Materno-infantil Mariana Crioula, que se encontra em construção, que deveria compartilhar a infra-estrutura de apoio técnico e logístico já existente. Além disso, o Hospital deveria ser capacitado a integrar a rede de suporte aos Jogos Panamericanos de 2007.

Como parte de uma avaliação do ambiente construído que visava subsidiar o planejamento, realizamos um levantamento das representações dos usuários da unidade sobre o conceito de humanização e sobre as características do espaço físico existente. A metodologia da pesquisa baseou-se na Teoria das Representações Sociais (ver capítulo 3). As contribuições dos usuários

nesta pesquisa puderam ser incorporadas ao processo projetual que se desenvolveu, em seguida, no escritório técnico do grupo de pesquisa e projeto Espaço Saúde, buscando preservar e valorizar os aspectos considerados positivos e solucionar os problemas levantados.

4.1.1. Histórico e caracterização arquitetônica

O Hospital Municipal Lourenço Jorge, inaugurado em 1996, é um hospital geral, pertencente à AP 4.0 (Área de Planejamento que engloba a Barra da Tijuca, Jacarepaguá e adjacências), e atende a um grande número de situações de emergência de alta complexidade, principalmente relacionadas a acidentes de trânsito e violência urbana. O projeto original foi desenvolvido pela equipe de arquitetura da Secretaria Municipal de Saúde, e sua construção visava substituir o antigo Hospital Lourenço Jorge, então localizado na avenida Sernambetiba.

A sua estrutura física conta com 113 leitos de internação (geral, semi-intensiva e intensiva), 40 leitos na emergência e 5 salas de cirurgia. A principal característica da unidade é o partido arquitetônico, que resgata a tipologia pavilhonar (ver capítulo 2)⁸³, aspecto que o diferencia da maioria dos hospitais da rede municipal. Além disso, a Instituição é reconhecida como um hospital humanizado desde a concepção da sua arquitetura, que proporciona condições ambientais que agradam a pacientes e funcionários. A Unidade é composta de 14 blocos térreos, interligados por meio de passarelas cobertas. Entre os blocos existem grandes áreas livres ajardinadas, que conferem boas condições de iluminação e ventilação naturais e possibilitam aos pacientes usufruir destes ambientes externos, evitando que fiquem restritos aos espaços das enfermarias.



Figs. 38 e 39: Vistas dos pátios do Hospital Lourenço Jorge
Fonte: Espaço Saúde, 2003

⁸³ O partido pavilhonar foi muito utilizado no século XIX, mas praticamente abandonado ao longo do século XX, em favor do partido em monobloco vertical.



Figs. 40 e 41: Vistas dos pátios do Hospital Lourenço Jorge
Fonte: Espaço Saúde, 2003



Figs. 42 e 43: Espera da triagem e setor de emergência
Fonte: Espaço Saúde, 2003



Figs. 44 e 45: Vistas gerais do Hospital
Fonte: Espaço Saúde, 2003

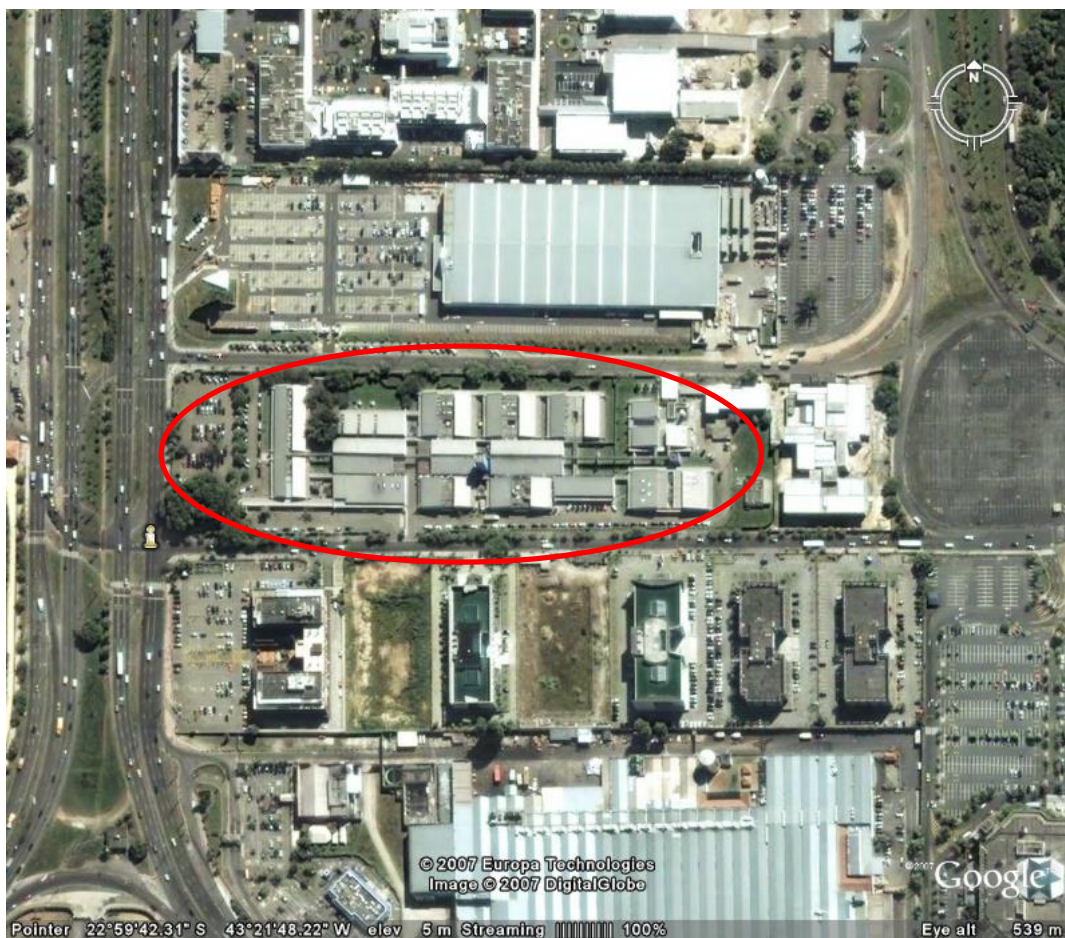


Fig. 58: Foto aérea/localização do Hospital Municipal Lourenço Jorge
 (à esquerda está a avenida Ayrton Senna)
 Fonte: Google Earth, 2007

Quadro 02: Quadro de áreas da situação atual do Hospital Municipal Lourenço Jorge

BLOCO	ÁREA
Bloco A - Administração e ambulatório	1068,18m ²
Bloco B - Internação de curta permanência (24 leitos)	499,78m ²
Bloco C – Emergência (40 leitos)	794,32m ²
Bloco D – SPA (Serviço de Pronto-atendimento), vestiários	599,33m ²
Bloco E - Internação clínica (34 leitos)	678,81m ²
Bloco F - Setor de imagens	351,69m ²
Bloco G - Farmácia, almoxarifado e CPD	516,37m ²
Bloco H - Internação cirúrgica (34 leitos)	667,92m ²
Bloco J - Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado	807,72m ²
Bloco K - Refeitório, cozinha e lavanderia	595,85m ²
Bloco L - UTI e UI - Unidade Intermediária (21 leitos)	678,81m ²
Bloco M - Central de gases, bombas, subestação e caldeira	808,67m ²
Bloco N - Anatomia patológica e necrotério	336,32m ²
Bloco P - Vestiários, refeitório, manutenção, doc. médica e dep. da farmácia	963,59m ²
TOTAL	9367,36m ²

4.1.2. A pesquisa de campo

O primeiro levantamento de dados no Hospital Lourenço Jorge foi realizado de março a junho de 2003, envolvendo a participação de 11 pesquisadores (graduandos, mestrandos e doutorandos em arquitetura e professores das áreas de arquitetura e saúde coletiva). Neste levantamento, realizamos uma verificação e atualização do projeto arquitetônico e uma análise técnico-funcional de sua arquitetura, mas, o foco principal do trabalho foi a captação de informações junto aos usuários daquela edificação – pacientes, acompanhantes e funcionários⁸⁴.

Foram aplicados questionários a 188 usuários (31 pacientes, 59 acompanhantes e 98 funcionários) tratando dos temas humanização e o ambiente construído da instituição. Dos pacientes entrevistados, 53% eram mulheres de 16 a 50 anos; dos acompanhantes, 75% eram mulheres de 16 a 50 anos; dos funcionários, 51% eram mulheres de 21 a 50 anos.

Utilizamos também a técnica "caminho do paciente" (ver descrição no capítulo 3), criada pelo grupo Espaço Saúde, na qual, investidos da perspectiva dos usuários em seus percursos no hospital, complementamos o processo de avaliação do ambiente construído. Como vimos, a técnica consiste em reconstituir os percursos do paciente no processo de atendimento, permitindo a compreensão do seu ponto de vista e das suas vivências durante o atendimento.

O questionário aplicado possuía uma primeira parte dedicada à identificação dos participantes, constando de dados como sexo, idade, local/bairro onde mora, condição de permanência na instituição (paciente, acompanhante, funcionário), cargo ou setor onde se encontrava no momento da entrevista. A segunda parte tratava do tema “humanização e o hospital”, onde era proposta uma tarefa de associação de palavras com o termo indutor *humanização do hospital*; indagava-se, em seguida, a missão do Hospital Lourenço Jorge e se esta missão estava sendo cumprida; se paciente ou acompanhante, porque estava no hospital, porque escolheu aquele hospital e se já havia estado lá ou em outros hospitais anteriormente. A terceira e última parte do questionário dedicava-se à percepção do usuário em relação ao ambiente em que se encontrava no momento da entrevista. Decidimos limitar o foco dos questionamentos à unidade “ambiente”, visando suscitar a diversidade de opiniões em relação a cada setor e aspecto do hospital, evitando respostas genéricas como "o hospital é bom", "o hospital é ruim". Esta conduta favoreceu, ainda, a condução da atenção dos usuários para a arquitetura, já que estes tendem a focar o seu interesse às questões do atendimento, sua prioridade naquele momento.

⁸⁴ Neste trabalho não nos deteremos na parte técnico-funcional do levantamento, focando nossa atenção no levantamento das representações de humanização e sua relação com o ambiente físico.

Nesta parte, indagamos os pontos positivos, negativos e sugestões para o ambiente, e depois solicitamos que qualificassem e justificassem os conceitos (bom, regular ou ruim) atribuídos aos seguintes quesitos: acesso, dimensionamento, iluminação, ventilação, acústica, layout e cores.

No início de 2006, a partir de uma solicitação da SMS, retornamos ao hospital para atualizar e aprofundar nossas análises, desta vez com o foco direcionado aos aspectos técnico-funcionais do desempenho do ambiente construído. No final deste ano pudemos também realizar um procedimento de confirmação da estrutura da representação social de humanização.

Na pesquisa realizada no Hospital Lourenço Jorge, pudemos observar que a avaliação dos usuários sobre o ambiente construído é, em linhas gerais, positiva, e com frequência associada a aspectos da sua arquitetura. Destacamos, por exemplo, declarações como "aqui nem parece hospital" e "o acesso ao ar livre e a exposição ao sol contribuem para a redução do tempo de internação", proferidas por pacientes e funcionários. Apresentamos a seguir os resultados de cada parte do levantamento. Após os resultados, se encontra a sua discussão geral.

4.1.3. O teste de associação de palavras: os sentidos da humanização

O teste de associação de palavras é uma técnica que tem como objetivo levantar dados que ajudem a identificar a estrutura da representação, conforme as propostas de Abric (2003, 2000, 1994). A atividade consistia em pedir aos participantes que a partir do termo indutor *humanização do hospital* evocassem as quatro primeiras palavras ou expressões que viessem à sua cabeça. Em seguida, era solicitado também que apontassem entre as evocações as duas que julgassem mais importantes, atividade complementar de hierarquização que visava fornecer mais um indício da estrutura da representação.

O material obtido com o teste de evocação foi analisado a partir do cruzamento das variáveis frequência e ordem média de evocação dos diversos elementos (Abric, 1994; Sá, 1996). Para tanto, as evocações foram organizadas em categorias temáticas que constituíram um banco de dados formatado numa tabela do software Excel - Microsoft. As linhas desta tabela se referiam a cada usuário entrevistado e as colunas às quatro evocações proferidas. As duas evocações apontadas como mais importantes eram precedidas de um asterisco. O arquivo foi então exportado para o formato CSV - Comma Separated Values File (arquivo com os valores separados por vírgulas) e posteriormente importado no software EVOC 2000, desenvolvido por Pierre Vergès, que auxilia no processamento das informações. Este software é composto de

vários módulos, que entre outros procedimentos: contabilizam a freqüência de evocação dos elementos; atribuem pesos de 1 a 4 aos elementos, segundo a ordem em que é evocado em cada questionário, calculando a média ponderada e gerando como resultado a ordem média de evocação de cada elemento; geram quadros e gráficos que organizam os elementos cruzando as variáveis freqüência e ordem média de evocação.

De um total de 402 associações realizadas, foram categorizadas 77 expressões diferentes. As três expressões mais freqüentemente encontradas foram *atendimento*, *recursos humanos* e *tratamento*. Foi realizado um corte, selecionando os elementos com freqüência igual ou superior a 5, o que corresponde a 75,4% das evocações, sendo desprezados, portanto, aqueles de menor freqüência. No quadro abaixo apresenta-se, então, a provável estrutura da representação. Nas colunas, os elementos organizam-se pela ordem média de evocação (OME), tendo como ponto de corte a média de todas as ordens médias. Nas linhas, organizam-se pela freqüência de evocação, tendo como corte a média das freqüências. Os números entre parênteses indicam, respectivamente, a freqüência e ordem média de evocação do elemento. No quadrante superior esquerdo situam-se os elementos mais prontamente e mais freqüentemente evocados, que configuram o provável núcleo central da representação, responsável pela geração e organização dos demais elementos, conforme visto no capítulo 3. No quadrante inferior direito situa-se o sistema periférico, composto pelos elementos mais contextuais, ancorados na realidade e sensíveis às suas mudanças, e os demais quadrantes configuram o sistema intermediário, responsável pela interface entre os sistemas central e periférico (ABRIC, 2003, 2000, 1994; SÁ, 1996).

Quadro 03: Distribuição dos elementos segundo freqüência e ordem média de evocação

	OME < 2,0	OME >= 2,0
FREQ. >= 13	Atendimento (63 – 1,49) Recursos humanos (22 – 1,86) Tratamento (26 – 1,73)	Atenção (16 – 2,06) Estrutura (17 – 2,12) Limpeza (19 – 2,11)
FREQ. < 13	Bom (9 – 1,44) Humano (12 – 1,25) Paciência (10 – 1,70) Relação (7 – 1,71) Solidariedade (6 – 1,50)	Acolhimento (5 – 2,40) Acompanhante (5 – 2,20) Carinho (9 – 2,33) Compreensão (6 – 2,50) Conforto (6 – 2,00) Dedicação (8 – 2,30) Diálogo (6 – 2,17) Educação (8 – 2,38) Nutrição (6 – 2,33) Organização (6 – 2,33) Rapidez (10 – 2,10) Respeito (10 – 2,20) União (11 – 2,00)

A solicitação para que os participantes apontassem entre as suas próprias evocações as duas mais importantes forneceu mais uma indicação da configuração da estrutura da representação de humanização naquela instituição. Nesta atividade, a evocação *atendimento* foi, então, reforçada como central na estrutura da representação. Veja abaixo o quadro-resumo da atividade de associação de palavras.

Quadro 04: Quadro-resumo da primeira etapa da associação de palavras

ível da estrutura	Palavra	FREQ	No. de ocorrências em cada posição				OME	FREQmi
			1	2	3	4		
núcleo central	atendimento	63,00	43,00	12,00	5,00	3,00	1,49	14,00
	recurso-humano	22,00	10,00	6,00	5,00	1,00	1,86	3,00
	tratamento	26,00	14,00	7,00	3,00	2,00	1,73	5,00
intermediário 1 (superior direito)	atenção	16,00	5,00	5,00	6,00	0,00	2,06	4,00
	estrutura	17,00	7,00	4,00	3,00	3,00	2,12	2,00
	limpeza	19,00	5,00	9,00	3,00	2,00	2,11	3,00
intermediário 2 (inferior esquerdo)	bom	9,00	6,00	2,00	1,00	0,00	1,44	0,00
	humano	12,00	9,00	3,00	0,00	0,00	1,25	1,00
	paciência	10,00	5,00	4,00	0,00	1,00	1,70	0,00
	relação	7,00	4,00	2,00	0,00	1,00	1,71	1,00
sistema periférico	solidariedade	6,00	4,00	1,00	1,00	0,00	1,50	2,00
	acolhimento	5,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,40	0,00
	acompanhante	5,00	1,00	3,00	0,00	1,00	2,20	0,00
	carinho	9,00	2,00	4,00	1,00	2,00	2,33	1,00
	compreensão	6,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,50	1,00
	conforto	6,00	3,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00
	dedicação	8,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,25	1,00
	diálogo	6,00	0,00	5,00	1,00	0,00	2,17	0,00
	educação	8,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,38	0,00
	nutrição	6,00	1,00	2,00	3,00	0,00	2,33	0,00
	organização	6,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,33	2,00
	rapidez	10,00	3,00	3,00	4,00	0,00	2,10	1,00
respeito	10,00	2,00	4,00	4,00	0,00	2,20	3,00	
união	11,00	5,00	3,00	1,00	0,00	2,00	0,00	
Legenda								
FREQ	freqüência com que a palavra foi citada							
OME	ordem média de evocação da palavra							
FREQmi	freqüência com que a palavra foi apontada como uma das duas mais importantes							

No entanto, estas atividades – a evocação de palavras e a indicação das duas mais importantes - em geral, não apontam de forma definitiva a estrutura, sendo necessário um retorno ao campo para confirmação dos resultados.

Em outubro de 2006, retornamos, então, ao hospital para realizar a atividade de confirmação dos resultados encontrados no teste de evocação. Para a confirmação, utilizamos a técnica a *dupla*

negação, que consiste em inverter o questionamento sobre os elementos relacionados à humanização em relação à formulação feita no teste inicial de evocação. Ou seja: no primeiro teste havíamos pedido que evocassem as 4 primeiras palavras ou expressões que viessem à cabeça dos participantes a respeito de humanização; já neste teste de confirmação, tomamos os elementos encontrados no núcleo central da representação e perguntamos aos 58 participantes se podemos falar em humanização sem mencionar cada um daqueles elementos encontrados.

Os resultados desta atividade, apresentados no quadro a seguir, confirmam, então, os elementos do núcleo central da representação de humanização.

Quadro 05: Resultados da atividade de confirmação do núcleo central utilizando o método da *dupla negação*

PERGUNTAS	Sim, pode-se	Não, não se pode	Não sei dizer	TOTAL
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em ATENDIMENTO?	5,17%	91,37%	3,45%	100%
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em RECURSOS HUMANOS?	8,62%	87,93%	3,45%	100%
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em TRATAMENTO?	5,17%	91,37%	3,45%	100%

A estrutura da representação social de humanização encontrada no Hospital Municipal Lourenço Jorge, em especial a evocação *atendimento*, reflete as questões fundamentais que hoje são discutidas no serviço público. A evocação *atendimento* envolve não somente a questão da qualidade técnica, mas, também o direito de acesso ao serviço – que na rede pública em nosso país encontra-se em um nível crítico - e, em seguida, o princípio da integralidade, ou seja, o acesso ascendente a níveis de complexidade maiores, de acordo com as necessidades de cada caso. Estas duas questões são reconhecidas como pilares do sistema de saúde (CECÍLIO, 2001), uma vez que o custo crescente da assistência, causado pela incorporação de tecnologias cada vez mais complexas, acaba por obstaculizar o acesso ou produzir imensas filas de espera para aqueles procedimentos classificados como eletivos. Portanto, os sentidos atribuídos ao conceito de humanização ressaltam a missão primordial do serviço de saúde - que é a de atender às pessoas - e corroboram a persistência do paradigma biomédico.

Já a evocação *tratamento* envolve a reivindicação de melhorias no modo com que os profissionais tratam os pacientes e os acompanhantes, aspecto que alguns dos pacientes e acompanhantes identificam como deficiente. Tal evocação relaciona-se ao que Howard (1975; ver capítulo 2) aponta como um aspecto da desumanização: a visão dos pacientes como seres inferiores. A evocação *recursos humanos* envolve tanto a carência de profissionais (evocações

como “mais médicos”, “mais profissionais”) verificada em toda a rede de saúde, quanto a qualidade requerida destes profissionais (“bons médicos”, “boa equipe de enfermagem” etc.). Cabe ressaltar que tanto *tratamento*, quanto *recursos humanos* são elementos cujas propriedades influenciam o *atendimento*, que seria, então, a questão mais central.

No sistema periférico, percebemos as necessidades mais subjetivas e individuais, como *carinho*, *compreensão* e *respeito*, que refletem as carências relacionadas ao estado emocional característico dos pacientes e acompanhantes que recorrem aos serviços, em especial em situação de emergência. Além disso, estas evocações objetivam e endossam a evocação central *tratamento*. Na periferia encontramos também os elementos mais característicos do contexto daquela instituição, os requisitos relacionados ao seu perfil (atendimento imediato), como a preocupação com o *acolhimento* e com a *rapidez*.

No sistema intermediário podemos identificar elementos de transição, que promovem a interface entre o núcleo central e os sistema periférico, alguns deles encontrados nas definições formais de humanização, como: *humano*, que se refere a “tornar humano”, “ser mais humano”; *relação*, que envolve as interações entre os atores (profissionais x pacientes, profissionais de diferentes níveis entre si). Estes elementos intermediários refletem o momento de revisão do modelo assistencial em que se valorizam as necessidades integrais do paciente e seu papel de protagonista no processo de restabelecimento e cura. Outra evocação que integra o sistema intermediário, *estrutura*, indica tanto a valorização deste ítem dentro da proposta de humanização, quanto a preocupação com as dificuldades que a unidade vivenciava naquele momento com a insuficiência e necessidade de expansão de sua estrutura física, de adequação de algumas instalações e de ampliação e de incorporação de novos serviços, além da falta de manutenção, aspectos que geram sérias dificuldades à plena realização das atividades. Nesta categoria foram também associadas à humanização algumas sugestões de melhorias pontuais, como a instalação de toldos para amenizar a incidência de sol nos ambientes, e a definição de uma ala exclusiva para crianças.

Analisando as possíveis relações entre os elementos evocados, podemos inferir a seguinte categorização, utilizando como organizadores os elementos centrais da estrutura da representação:

- o elemento central *atendimento* organiza os elementos que atuariam como suporte à sua viabilização e qualificação, conferindo, assim, atributos de qualificação deste atendimento

(*estrutura, conforto, acolhimento, atenção, limpeza, nutrição, organização, rapidez e acompanhante*). Vale chamar a atenção de que este suporte envolve tanto os aspectos mais físicos e objetivos, quanto aqueles mais subjetivos e intangíveis.

- o elemento recursos humanos engloba todos aqueles que dizem respeito às condições de trabalho, às relações profissionais e também à hierarquia entre os diferentes níveis de profissionais (*relação, união, educação, dedicação e diálogo*).

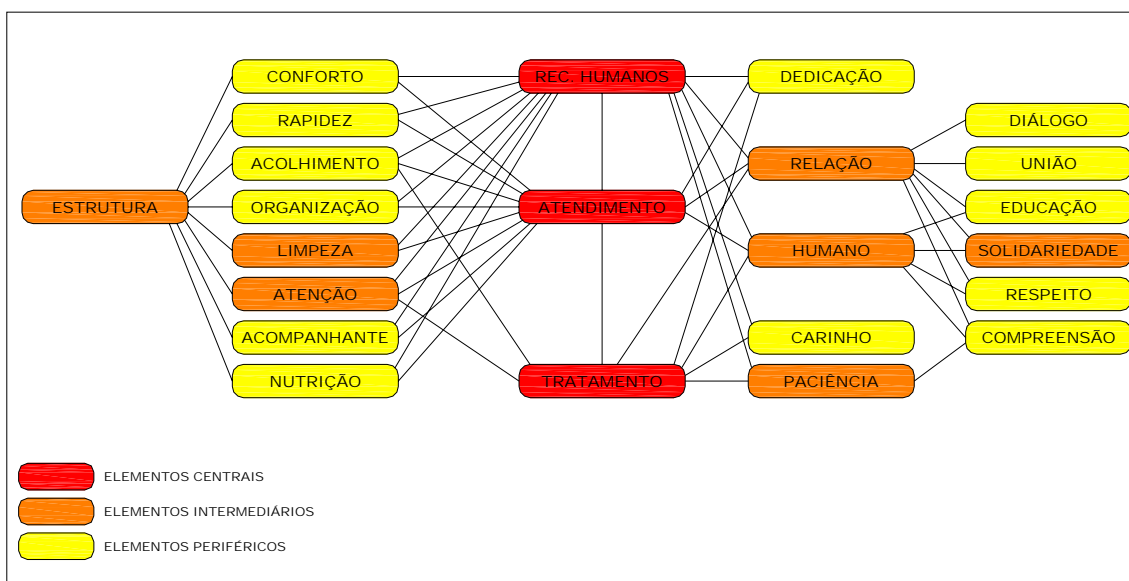
- o elemento tratamento reúne os aspectos envolvidos na relação entre os profissionais e pacientes e na maneira com que é transmitido o cuidado (*carinho, compreensão, humano, solidariedade, educação, dedicação, paciência e respeito*). Podemos perceber que aqui se inclui uma série de demandas subjetivas a serem consideradas, adicionais aos imperativos da técnica.

Cabe observar que alguns elementos, como *educação* e *dedicação*, foram incluídos em duas categorias, por considerarmos que estes mantêm estreita relação com *recursos humanos*, mas, se convenientemente tratados, produzem um impacto no *tratamento*.

Avançando um pouco mais na análise e interpretação das relações entre os elementos, podemos visualizar a seguinte estrutura, ilustrada adiante, produzida a partir da identificação dos possíveis impactos entre os elementos.

A compreensão da estrutura da representação, a nosso ver, revela-se de grande utilidade para a formulação de propostas de intervenção, neste caso, visando a qualificação do elemento central *atendimento* em direção à humanização. Ao estabelecermos esta rede de relações e hierarquias entre os diversos elementos, tornam-se mais evidentes os impactos que as intervenções podem ir gerando sucessivamente em cada nível, até produzirem efeitos no elemento mais central, que é o atendimento (humanizado).

Quadro 06: Esquema da estrutura da representação, baseado nas relações e impactos entre os elementos



Para esclarecer o esquema ilustrado acima, destacamos como exemplos:

- os itens *diálogo* e *união*, se estimulados, poderão causar um impacto na *relação* entre os funcionários, que por sua vez poderão produzir melhorias no quesito *recursos humanos*, que finalmente poderá beneficiar o *atendimento*.
- o item *conforto* depende, em grande parte, de uma qualificação do item *estrutura*, para que possa impactar o *atendimento*.
- o item *acompanhante* (que se refere à participação/presença do acompanhante) depende também, em grande parte, do item *estrutura* (no caso, através do provimento de espaços adequados a este tipo de usuário), para que possa se efetivar e mais adiante, contribuir para um *atendimento* melhor.

E analisando assim por diante, pode-se programar uma seqüência de intervenções naquele contexto, onde se evidencia a importância do elemento *estrutura* para o desenvolvimento de alguns outros quesitos apontados pelos usuários na humanização do atendimento.

4.1.4. O espaço físico e sua relação com a representação de humanização

A investigação da representação de humanização nos forneceu um quadro geral e uma rede de relações entre os diversos elementos que a constituem. Nesta estrutura, vimos que o espaço

físico – representado pelo elemento *estrutura* – tem um papel relevante, no sentido de oferecer um suporte à expressão de vários outros elementos integrantes da representação.

Considerando o nosso objetivo central de investigar a relação entre humanização e arquitetura, precisávamos aprofundar o conhecimento da representação do ambiente físico. Este aprofundamento foi realizado por meio do questionamento dos pontos positivos, negativos e o levantamento de sugestões para os ambientes do Hospital, e revelou a percepção dos usuários sobre as suas características nos diversos setores.

Cabe destacar que as informações, apesar de apresentarem impressões e sugestões pontuais, formuladas por leigos em arquitetura, são de grande valia na sua qualidade de resultados de uma avaliação do ambiente construído, além de expressarem as vivências e exercitarem um maior envolvimento dos usuários com as questões do espaço e com a obra dos arquitetos, conforme propôs Rasmussen (1986; ver capítulo 1). É necessário também ressaltar que as sugestões formuladas pelos usuários não devem ser seguidas literalmente, mas interpretadas pelos projetistas e expressas segundo a sua linguagem. Apresentamos abaixo os resultados dos principais setores:

Quadro 07: Pontos positivos, negativos e sugestões para as áreas de espera

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Área de espera do Ambulatório (12 entrevistas)	-ventilação -espaço adequado -segurança	-área muito aberta -recebe chuvas de vento e sol da tarde -poucos assentos -muitas filas -passagem de carros próxima à espera	-instalar toldos, complementando a proteção oferecida pelas marquises
Área de espera do SPA – Serviço de Pronto-atendimento (4 entrevistados)	-sombra -ventilação -espaço grande -telefone público -muitos bancos	-existem bancos fixos instalados sob o sol	-colocação de mais bancos na Sombra
Área de espera das visitas para a internação (17 entrevistados)	-espaço agradável -ventilação -iluminação -limpeza -ambiente tranquilo -segurança	-poucos bancos -espaço pequeno para a demanda -pessoas invadem locais de acesso restrito protegidos por correntes	-instalação de mais bancos para os visitantes -estudar alternativa para restrição de acesso

Estes ambientes de espera acima caracterizados são localizados externamente ao Hospital, possuindo apenas coberturas ou marquises. Assim, ficam sujeitos aos efeitos mais intensos do

clima, como eventuais chuvas de vento e forte insolação durante o período da tarde, para os quais muitos usuários solicitavam providências.

As três áreas de espera se misturam, e era ali evidente a desorientação das pessoas, devido à ineficiência da sinalização e a existência de acessos diferenciados para cada serviço, uns restritos, outros não. Esta desorientação e restrição de acessos geravam muito estresse entre os pacientes e acompanhantes, o que agravava o estado de ansiedade próprio das situações de emergência. A carência de recursos humanos fazia com que acessos de ambientes de atendimento fossem regulados por seguranças, que tinham que julgar a gravidade dos casos e o encaminhamento ao respectivo setor. Por outro lado, pacientes ambulatoriais e crianças acabavam também, desnecessariamente, “influenciados” por este ambiente de estresse.

A questão do conforto, neste setor, é crítica, pois, como foi apontado pelos usuários, os assentos são insuficientes (pelo menos os localizados à sombra), e a incidência do sol e da chuva extremamente prejudiciais.

Mas, devemos também apontar as vantagens desta espera externa: a ligação com a natureza e o ar livre amenizam, de certa forma, o estresse (se compararmos com o outro hospital geral pesquisado, as vantagens são evidentes). Além disso, promove-se uma “transição” capaz de amenizar a passagem entre o exterior e o interior, que podemos julgar benéfica, conforme vimos em Costa (2002; capítulo 2) e Riboulet (1994; capítulo 2). Caberia somente, ali, uma melhoria na sinalização e na orientação das pessoas.

Entre os elementos da representação de humanização, portanto, a serem desenvolvidos nestes setores, estão o *conforto*, o *acolhimento* e a *organização*, que envolvem, por sua vez, intervenções na *estrutura* e nos *recursos humanos*.



Figs. 47 e 48: Esperas externas do Hospital Lourenço Jorge
Fonte: Espaço Saúde, 2003

Quadro 08: Pontos positivos, negativos e sugestões para os ambientes de internação

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Setor de internação geral (62 entrevistas)	<ul style="list-style-type: none"> -espaços amplos e bem divididos -somente 4 leitos por enfermaria -limpeza -jardim com bancos -TV nas enfermarias -música ambiente -ventilação natural -iluminação natural -liberdade -acesso ao ar livre, jardins e solários -boas condições de acesso e visibilidade (posto de enfermagem) -boas condições de estoque de material (posto de enfermagem) 	<ul style="list-style-type: none"> -ruídos provenientes dos serviços de limpeza das circulações -mobiliário desconfortável -ventilação insuficiente -banheiros sujos e sem manutenção -falta local para descanso dos profissionais -falta bebedouro -excesso de aberturas prejudica privacidade dos pacientes -crianças e adultos internados no mesmo setor -incidência do sol à tarde 	<ul style="list-style-type: none"> -setor exclusivo para pediatria -ar condicionado -antena para TV -camas melhores -construir segundo pavimento -reformatar banheiros -consertar telhado -dormitório para profissionais -instalar bebedouro -criar área de lazer para as crianças -criar sala de refeições para as crianças -alojamento para residentes -instalação de toldo ou marquise

As enfermarias do Hospital são, de forma geral, ambientes que agradam aos usuários, principalmente pela ligação que possuem com pátios, jardins e solários.

Os espaços são amplos, porém, se tornam insuficientes com a presença dos acompanhantes. Estes, por sua vez, só contam com a tradicional e desconfortável poltrona para sua acomodação junto ao paciente. No entanto, neste Hospital, este desconforto é amenizado pela possibilidade de usufruir de outros ambientes que não as enfermarias, principalmente os jardins. Este contato com os jardins ameniza também a tradicional ruptura com o mundo exterior, apontada por Costa (2002; capítulo 2).

Os elementos da representação de humanização mais relacionados com estes ambientes são *acompanhante, conforto, atenção*, que por sua vez demandam, para sua melhoria, intervenções *n a estrutura e nos recursos humanos*.



Figs. 49 e 50: Enfermarias do Hospital Lourenço Jorge
 Fonte: Espaço Saúde, 2003

Quadro 09: Pontos positivos, negativos e sugestões para a UTI e UI

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
UTI/UI (Unidade Intermediária) (13 entrevistas)	<ul style="list-style-type: none"> -espaços amplos -bom espaçamento entre leitos -amplos vãos permitem percepção dia/noite (ciclo circadiano), e mudanças climáticas -integração do interior com o exterior -iluminação natural -boa localização dos postos de enfermagem, permitindo a visualização adequada dos leitos 	<ul style="list-style-type: none"> -ar condicionado ineficiente -som ambiente em volume alto -pouco espaço para deambulação -mobiliário inadequado -faltam divisórias entre os leitos (privacidade) -excesso de vãos para o exterior expõe muito os pacientes -excesso de luz e calor nos equipamentos 	<ul style="list-style-type: none"> -criação de estar para pacientes -reformatar os banheiros -prever espaços para estar/espera de visitas -local para conversa reservada entre médicos e familiares -integrar arquitetura e controle de infecção -instalar biombos ou persianas entre leitos -mais pontos de instalações (água, energia elétrica para equipamentos) -copa maior

Esta UTI/UI se diferencia das demais existentes na rede municipal, apresentando inúmeras vantagens, que são apontadas por seus usuários (especialmente funcionários), conforme vimos acima. A possibilidade de acompanhar o ciclo circadiano e a exposição à luz natural produzem comprovados resultados positivos nos indicadores biomédicos dos pacientes (ULRICH, 2001), além de beneficiarem o estado de ânimo dos pacientes (FONSECA, 2000). Conforme informado pelos responsáveis pelo setor, há ali uma redução do estresse e da necessidade de aplicação de medicamentos e diminuição também no tempo de internação, o que é por eles atribuído e estes aspectos do ambiente.

A divisão da UTI e da UI em vários salões de atendimento oferece a possibilidade de separação dos pacientes segundo os níveis de gravidade e consciência, minimizando a influência mútua da tensão provocada pelas intervenções das equipes e pelos familiares em suas visitas. Na UI, os pacientes podem deambular e permanecer na área de estar fora do salão de atendimento, o que proporciona também um alívio da tensão e um incremento do convívio social.



Figs. 51 e 52: Bloco e acesso à UTI e UI
Fonte: Espaço Saúde, 2003

Quadro 10: Pontos positivos, negativos e sugestões para o setor de imagens

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Setor de Imagens (15 entrevistas)	-higiene e limpeza -ligação dos ambientes com os jardins -ambiente agradável	-falta comunicação visual adequada para a identificação e localização do setor (a atual foi improvisada com adesivos no piso)	

A grande questão a ser tratada neste setor é a sinalização, já que este se localiza no “miolo” do complexo, o que dificulta o acesso e a orientação dos usuários. Assim, a principal intervenção a ser programada é no elemento *estrutura*, de modo a favorecer a *organização* do acesso e no final melhorar o *atendimento*. A *organização* também necessita de uma revisão no que se refere aos fluxos internos do serviço, prejudicados por reformas e adaptações feitas ao longo dos anos. Os itens *conforto* e *rapidez*, embora não mencionados pelos usuários durante esta etapa da pesquisa, a nosso ver, com base em observações feitas em horários diversos, também necessitam de um melhor tratamento, em função do crescimento da demanda ao longo dos anos. Dependendo do horário e da disponibilidade de profissionais, percebemos um acúmulo de pacientes na área de espera, resultando em muito desconforto e estresse no setor.



Figs. 53 e 54: Área de espera e bloco do setor de imagens do Hospital Lourenço Jorge
Fonte: Espaço Saúde, 2003

Quadro 11: Pontos positivos, negativos e sugestões para setores de apoio

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Lavanderia (10 entrevistados)	-limpeza -organização -espaço operacional adequado -ventilação	-falta área para repouso -excesso de calor das máquinas -falta espaço para armazenamento de roupas	-ambientes de repouso para funcionários -ampliar área de estoque -criar sala para a chefia
Cozinha (7 entrevistados)	-área adequada para demanda atual -iluminação -ventilação	-excesso de ruídos -excesso de calor e vapor -dimensionamento -localização	-fogão maior -ampliar a cozinha para a nova demanda proposta
Central de Material Esterilizado – CME (5 entrevistados)	-organização -limpeza -circulação adequada -espaço operacional adequado para a demanda atual	-espaço insuficiente para o crescimento do hospital -condicionamento de ar ineficiente -localização inadequada de cubas de lavagem -fluxo inadequado de funcionários -pouco espaço para estoque de material -falta banheiro -falta sala de desinfecção	-instalação de mais prateleiras para estoque -relocar alguns equipamentos, como bancadas e cubas -prever um banheiro para funcionários -prever sala de desinfecção química de materiais -prever local para descanso de func.
Laboratório (4 entrevistados)	-equipamentos atualizados -automação	-espaço físico -falta chuveiro de emergência -falta copa -difícil controle do acesso ao setor	-ampliação do laboratório -prever copa para funcionários -prever local para repouso

O maior problema enfrentado nos setores de apoio referia-se à insuficiência de área em relação às demandas dos serviços. Tal fato tende a se agravar quando da inauguração da Maternidade Mariana Crioula, anexa ao Hospital, que deverá compartilhar estes setores de apoio. Outra questão apontada em todos estes setores é a precariedade, e em alguns casos, inexistência de ambientes de repouso para os funcionários, o que afeta as suas condições de trabalho. Na CME

existe, ainda, uma inadequação do fluxo do serviço no setor em relação às normas atuais, o que compromete as condições de biossegurança.

Considerando os elementos da representação de humanização a serem tratados nestes setores, temos: *conforto* e *organização*, que demandarão intervenções na *estrutura física*. Espera-se que estas intervenções promovam uma melhoria para os *recursos humanos*.



Figs. 55 e 56: Cozinha do Hospital Lourenço Jorge
Fonte: Espaço Saúde, 2006



Figs. 57 e 58: Central de material esterilizado do Hospital Lourenço Jorge
Fonte: Espaço Saúde, 2006



Figs. 59 e 60: Laboratório do Hospital Lourenço Jorge
Fonte: Espaço Saúde, 2003

4.1.5. A satisfação dos usuários com o ambiente construído

Nesta etapa da pesquisa, a partir da atribuição, pelos usuários, de conceitos para cada quesito técnico, pudemos extrair dados que demonstram a sua satisfação geral com os ambientes do hospital, conforme apresentado no quadro abaixo. Cabe ressaltar que para cada quesito o usuário deveria justificar a sua resposta, gerando, assim, dados qualitativos que orientaram o desenvolvimento do projeto arquitetônico. Os elementos que receberam melhor avaliação foram a iluminação, as cores e o acesso. Os quesitos de pior avaliação foram o dimensionamento e a acústica, que mesmo assim, foram apontados como bons por mais de 60% dos usuários.

Quadro 12: Resultados do julgamento dos usuários sobre os ambientes do Hospital

QUESITO	CONCEITO	PAC. (31)		ACOMP. (59)		FUNC. (98)		TOTAL (188)	
		Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
Acesso	Bom	25	80,6%	48	81,4%	81	82,7%	154	81,9%
	Regular	4	12,9%	10	16,9%	12	12,2%	26	13,8%
	Ruim	2	6,5%	1	1,7%	5	5,1%	8	4,3%
Dimensionamento	Bom	22	71,0%	43	72,9%	57	58,2%	122	64,9%
	Regular	7	22,6%	14	23,7%	25	25,5%	46	24,5%
	Ruim	2	6,5%	2	3,4%	16	16,3%	20	10,6%
Iluminação	Bom	24	83,3%	55	93,2%	86	87,8%	165	87,8%
	Regular	4	13,3%	3	5,1%	6	6,1%	13	6,9%
	Ruim	1	3,3%	1	1,7%	6	6,1%	8	4,3%
Ventilação	Bom	23	74,2%	52	88,1%	57	58,2%	132	70,2%
	Regular	4	12,9%	4	6,8%	21	21,4%	29	15,4%
	Ruim	4	12,9%	3	5,1%	20	20,4%	27	14,4%
Acústica	Bom	20	66,7%	41	69,5%	61	63,5%	122	64,9%
	Regular	8	26,7%	10	16,9%	17	17,7%	35	18,6%
	Ruim	2	6,7%	8	13,6%	18	18,8%	28	14,9%
Layout	Bom	20	71,4%	43	71,2%	66	68,0%	129	68,6%
	Regular	4	14,3%	13	22,0%	20	20,6%	37	19,7%
	Ruim	3	10,7%	4	6,8%	11	11,3%	18	9,6%
Cores	Bom	24	77,4%	47	79,7%	87	89,7%	158	84,0%
	Regular	3	9,7%	10	16,9%	7	7,2%	20	10,6%
	Ruim	3	9,7%	2	3,4%	3	3,1%	8	4,3%

4.1.6. O caminho do paciente

Com a colaboração de funcionários e pacientes, refizemos os percursos dos diferentes tipos de pacientes, desde a entrada no hospital até o efetivo atendimento nos setores, quando pudemos

perceber, através das suas vivências, nuances específicos daquele contexto e do partido arquitetônico, neste caso pavilhonar, dados que as normas e recomendações projetuais para a arquitetura hospitalar não dão conta de detalhar. Por exemplo, a ineficiência do sistema de comunicação visual para a situação atual do hospital se tornou explícita quando, na entrada do hospital, pacientes vinham pedir informações a respeito da localização dos setores a nós, pesquisadores, e entre si. Percebemos também, através desta técnica, os conflitos de fluxos entre os diversos tipos de pacientes (crianças, adultos e idosos, convivendo entre si em diferentes níveis de situações de emergência), profissionais em suas rotinas, distribuição de materiais e insumos e recolhimento dos resíduos. Os dados apontados pela técnica ensejaram uma ampla reformulação da setorização e do planejamento do sistema de “porta de entrada”, onde se dá o acolhimento dos pacientes.

Caminho dos pacientes adultos em situações de pequena emergência

Os pacientes podem chegar a pé, por um portão próprio, ou de carro, pelo mesmo portão onde entram os funcionários e profissionais externos que irão visitar ou realizar alguma tarefa no hospital. Caso cheguem de carro, têm permissão de parar, por pouco tempo, na área em frente à triagem e acesso da pequena emergência, antes da cancela controlada por um segurança (após a cancela só são permitidos os funcionários).

Quando estes pacientes chegam ao hospital, observamos que têm dificuldade de orientação quanto ao local aonde devem se dirigir, pois a comunicação visual para sinalização é pouco eficiente. Em geral, eles obtêm informações com outros pacientes ou com seguranças ou outros funcionários que encontram no local. Daí, são encaminhados à triagem, que é feita por um médico ou enfermeiro, numa pequena construção existente chamada de “casinha”, onde normalmente se forma uma grande fila. Da triagem, os pacientes podem ser encaminhados à pequena emergência, à grande emergência, em casos graves, ou a outros estabelecimentos, se não houver ali o serviço de que necessitam.

Quando são encaminhados à pequena emergência, os pacientes se dirigem ao acesso localizado próximo à triagem, controlado por um segurança. Neste local se verifica um alto nível de estresse, pois ali permanecem acompanhantes que, em geral, são impedidos de entrar. Ao entrarem no setor, passam por um balcão onde é feito o seu registro e depois se dirigem a uma grande sala de espera onde aguardam o atendimento nas salas ao seu redor.

Quando é necessário realizar exames de patologia clínica, a coleta é feita numa sala neste mesmo setor. No caso de exames de imagem, o paciente vai ao centro de imagens, pela circulação interna do hospital, seguindo a sinalização colocada no piso, por meio de adesivos, para contornar as deficiências da sinalização original e a localização distante do setor.

Caminho dos pacientes infantis em situações de pequena emergência

As crianças em situação de pequena emergência não necessitam passar pela triagem e são encaminhadas diretamente ao bloco onde contam com ambientes exclusivos. Chegando ao local, são registradas e aguardam a chamada eletrônica num salão de espera. Após o atendimento neste setor, o paciente pode ser encaminhado para exames no centro de imagens, para atendimento na ortopedia (que funciona dentro da pequena emergência de adultos), ou, em casos mais graves, para internação ou grande emergência.

Cabe aqui destacar as condições do ambiente de espera destinado a estes pacientes. Trata-se de um salão com cadeiras, iguais às da pequena emergência de adultos, com televisão e painel eletrônico de chamadas das senhas. No entanto, o ambiente não oferece opções de entretenimento para as crianças, que ficam inquietas durante a espera do atendimento.

Caminho dos pacientes da grande emergência

Estes pacientes, em geral, chegam de ambulâncias ou por meios de transporte próprios, e acessam o Hospital por um portão exclusivo. Há um pátio de manobras e estacionamento que facilita o desembarque na porta da grande emergência. Ali existe um ambiente onde é feito o registro do paciente e a arrecadação de seus pertences. Em torno deste pátio se localizam, também, o posto policial, para o registro de ocorrências, e o serviço de assistência social.

Outra possibilidade de acesso à grande emergência é o encaminhamento a partir do atendimento na pequena emergência, quando ali é constatada uma gravidade maior nos casos.

Na grande emergência, os pacientes recebem um primeiro atendimento nos salões apropriados a cada caso (reanimação, politrauma, atendimento geral masculino e feminino) e depois podem ficar em observação por algumas horas nas salas do lado oposto do bloco, ou podem ser encaminhados à internação, centro cirúrgico ou UTI/UI.

Caminho dos pacientes do ambulatório

O ambulatório do Hospital funciona principalmente em sistema de *follow-up*, isto é, atende pacientes (adultos ou crianças) que foram atendidos anteriormente na unidade e necessitam de revisão e avaliação da evolução dos seus casos. As consultas são marcadas previamente, em geral na própria data do atendimento na emergência. A única exceção em relação ao sistema de *follow-up* é o trabalho ambulatorial realizado junto a um grupo de portadores de hipertensão.

Os consultórios possuem 2 acessos, que originalmente eram utilizados da seguinte forma: os externos ao bloco, pelos pacientes; os internos, pelos profissionais, configurando no interior do bloco uma circulação branca. No entanto, os acessos externos foram desativados, devido às dificuldades de controle e segurança, e também às reclamações dos pacientes quanto às condições da área de espera (incidência de sol à tarde e abrigo precário em caso de chuvas de vento). Atualmente a espera se faz na circulação interna do setor. Esta mudança, apesar de ter solucionado a questão da segurança e aqueles problemas de conforto ambiental, trouxe outros problemas: o ambiente é confinado e abriga grande concentração de pessoas; foi necessária a instalação de um sistema de ar condicionado do tipo *split*; a localização do acesso ao setor acarreta em mais dificuldades de orientação dos usuários; o acesso é o mesmo da pequena emergência infantil (as crianças têm que passar por dentro do ambulatório para chegar ao seu setor), acarretando em mistura de públicos diferenciados.

Caminho dos funcionários

Os funcionários não têm uma entrada exclusiva, acessando o hospital pelos mesmos portões que os pacientes, sendo que, caso venham de carro, podem utilizar o estacionamento. Ao entrarem no hospital, se dirigem aos setores onde atuam e, em geral, ali guardam os seus pertences e, se necessário, trocam de roupa. Algumas categorias utilizam os vestiários centrais, dotados de escaninhos, como a maioria dos auxiliares de enfermagem e pessoal de nível técnico, as equipes de limpeza/zeladoria e as equipes de nutrição/dietética.

A circulação dos funcionários em suas atividades se dá primordialmente através dos corredores internos que atravessam o hospital longitudinalmente, configurando uma circulação preferencialmente branca, segundo o projeto original⁸⁵.

⁸⁵ Foram feitas algumas modificações de acessos em relação ao projeto original, devido à carência de recursos humanos para controle de todas as entradas, o que gerou circulação de pacientes em alguns destes corredores.

4.1.7. Resultados

O conjunto das informações colhidas através dos diferentes métodos utilizados no levantamento de campo forneceu um quadro de aspectos que, apesar de específicos daquele hospital, podem constituir subsídios ou reflexões para projetos de outras unidades. Estes aspectos estão, segundo a nossa análise dos dados coletados, diretamente ligados à qualidade do atendimento, questão central da humanização. Sintetizamos estas informações a seguir.

Porta de entrada do Hospital – o acolhimento dos usuários

O chamado sistema de porta de entrada do Hospital Municipal Lourenço Jorge necessitava, na ocasião da pesquisa, de uma revisão em termos de fluxos, conforto, organização e sinalização para orientação do público. Esta é uma questão crucial para o acolhimento dos usuários (questão associada à humanização, conforme revelou a pesquisa), visto que na porta de entrada, em geral, acontecem os principais “gargalos” nos hospitais de emergência, onde ocorre a formação de grandes filas e o compartilhamento dos espaços por usuários de diferentes faixas etárias e em diferentes condições de saúde, fatos que podem contribuir para o agravamento do estresse e da insegurança entre os pacientes, e também da tensão e angústia entre os funcionários. Na porta de entrada do Lourenço Jorge, apesar do empenho dos administradores em discutir a questão e promover iniciativas no sentido de modificar o sistema, ainda observamos a formação de uma grande fila na varanda em frente ao ambiente de triagem de pacientes adultos. Neste local prevalece a desorientação dos pacientes, devido a uma sinalização deficiente e à mistura de públicos ali existente – pacientes chegando ao hospital em situação de urgência/emergência, acompanhantes que aguardam notícias ou a saída de pacientes, pacientes ambulatoriais. O acesso das crianças pôde ser separado a partir da criação de um pronto-atendimento infantil no bloco vizinho, o que promoveu uma melhora nos fluxos de acesso. Faltava, no entanto, neste setor um tratamento dos interiores mais adequado ao público infantil, com a criação de áreas para recreação. Ali só havia cadeiras comuns de espera dispostas como em um auditório, onde as crianças relutavam em permanecer sentadas.

Sinalização e orientação dos usuários

A desorientação dos pacientes e acompanhantes no hospital era evidente, e pode ser atribuída: à configuração e distribuição dos blocos que não oferecem condições imediatas de legibilidade; sendo portanto dependentes de um eficiente projeto de sinalização; à sinalização deficiente e corrigida de forma improvisada; às modificações dos acessos e fluxos previstos no projeto original. A desorientação no espaço, além de ser um fator gerador de estresse, contribui para a desorganização do atendimento, especialmente na porta de entrada do hospital. Os pacientes

que chegam por conta própria, através de transporte público ou próprio, não sabem aonde se dirigir para obter o atendimento e ficam muitas vezes procurando informações entre si na área de espera externa.

Conforto para pacientes, acompanhantes e funcionários

Apesar das boas condições oferecidas, em geral, pela arquitetura do Lourenço Jorge, observamos e foram apontadas deficiências decorrentes de alguns aspectos, como: aumento da demanda; modificações da concepção dos fluxos e processos; modificações de uso dos espaços, entre outros. Por exemplo, a grande demanda da emergência gera, em certos momentos, superlotação dos ambientes de acolhimento, e muitas pessoas são obrigadas a esperar de pé numa fila, por um atendimento na triagem. Naquele local não há bancos suficientes, e a maioria dos existentes está localizada ao ar livre, sujeita, portanto, às chuvas e ao sol. Nas enfermarias, o paciente goza de certo conforto e pode circular pelos jardins, mas, para o repouso do acompanhante, como na maioria dos hospitais, só é disponibilizada a tradicional e desconfortável poltrona. Os funcionários de nível médio e fundamental, por sua vez, se encontram privados de ambientes adequados para o repouso e convívio. Alguns destes ambientes foram improvisados em pequenos depósitos desativados, com péssimas – ou desprovidos de - condições de ventilação e iluminação naturais. Tal situação, a nosso ver, ao prejudicar as condições de trabalho, compromete seriamente a disposição dos profissionais para o atendimento.

Privacidade

As amplas aberturas dos ambientes de internação para as áreas externas de jardins e a possibilidade de circulação em torno dos blocos neste hospital pavilhonar, embora configurem uma solução extremamente favorável à recuperação da saúde e elogiada por muitos dos entrevistados, por outro lado, em algumas situações, como a da higiene e da realização de intervenções nos pacientes no leito, gera um excesso de exposição que compromete a privacidade. Tal problema, é, no entanto, de fácil solução, com a instalação de cortinas, biombos ou dispositivos que possibilitem restringir a visibilidade dos leitos. A privacidade entre os leitos da UTI também foi apontada como necessária, requerendo, então, a instalação de biombos ou dispositivo equivalente.

Manutenção da infra-estrutura física

O Hospital se encontrava em precárias condições por falta de procedimentos de manutenção, tanto da infra-estrutura predial quanto do parque de equipamentos, o que comprometia a

qualidade e a eficácia do atendimento. A unidade carecia de procedimentos básicos como: pintura externa e interna; correção dos graves problemas de infiltrações em diversos setores; reparos nos sistemas de instalações prediais (hidro-sanitárias e ar condicionado, por exemplo); tratamento de trincas, especialmente no piso; jardinagem; recuperação ou reposição de equipamentos médico-hospitalares.

Organização dos fluxos

A separação dos fluxos de pacientes e serviços era um aspecto para o qual foram apresentadas demandas e sugestões, principalmente pelos profissionais responsáveis por setores do Hospital. Foi, por exemplo, requerida a separação de acessos e ambientes de espera e acolhimento para crianças e idosos, visando proporcionar a estes um atendimento diferenciado em ambientes projetados especialmente para as características destes públicos. Esta medida evitaria, por exemplo, que crianças presenciassem cenas mais fortes de sofrimento e tensão.

Ligação entre o espaço interior e exterior

Esta característica marcante do Hospital Lourenço Jorge é extremamente valorizada pelos seus usuários e requer um cuidado especial de preservação, já que as áreas livres também são cobiçadas quando se discute a necessidade de ampliação da estrutura física. A potencialização desta característica positiva do Hospital requer também um melhor tratamento paisagístico destas áreas externas, incluindo a jardinagem, a oferta e manutenção de equipamentos como bancos, mesas, brinquedos e outros, a organização das áreas de estacionamento.

4.1.8. Conclusões

Quanto à estrutura da representação de humanização por parte dos usuários desta instituição, a identificação do item *atendimento* reflete a persistência do modelo assistencial centrado no paradigma biomédico em detrimento da abordagem holística de saúde. Além disso, *atendimento* reflete também as deficiências relativas ao seu provimento e, portanto, ao cumprimento dos princípios da universalidade do acesso e da integralidade, propostos pelo SUS. Os hospitais com atendimento de urgência e emergência, em geral, enfrentam este tipo de dificuldades, por se encontrarem permanentemente sobrecarregados em função da carência de estabelecimentos de atenção básica ou de menor complexidade e também de ações de promoção de saúde.

O item *tratamento*, também presente no núcleo central da representação, indica a necessidade de se dar uma maior atenção às necessidades psicológicas dos usuários, conforme preconizado por Howard (1975; ver capítulo 2). A autora associa humanização à personalização do cuidado, o que envolve o desenvolvimento da empatia (compromisso com o paciente; se colocar no seu lugar), e do que ela chama de afeto positivo, que é abandonar a tradicionalmente recomendada neutralidade médica e científica, e transmitir carinho e segurança ao paciente.

Mas, a qualificação deste dois itens se inviabiliza, caso não se cuide dos profissionais de saúde. A presença do elemento *recursos humanos* no núcleo central deixa clara a dificuldade da Instituição – e também das demais pesquisadas - com relação a este tema, refletindo não só a carência no quantitativo de profissionais, mas, a necessidade de capacitação para lidar de forma mais humana com os pacientes, e também as dificuldades relativas às condições de trabalho. A hierarquia entre os diferentes níveis de profissionais se faz notar a todo instante, principalmente na área física destinada a cada grupo para as suas atividades profissionais e de repouso. Este é um elemento marcante em todas as instituições visitadas e que requer um trabalho profundo de intervenção na cultura deste setor.

Com relação à pesquisa realizada, cabe ressaltar a riqueza das informações e o potencial de contribuição que este tipo de levantamento pode proporcionar ao processo projetual, em especial quando se tratam de programas arquitetônicos complexos como os de estabelecimentos de assistência à saúde. Os resultados da pesquisa forneceram relevantes subsídios para a iminente reestruturação do Hospital Lourenço Jorge, dados fundamentais que não se encontram especificados nas normas e manuais para o desenvolvimento de projetos e que variam de acordo com o perfil de assistência de cada unidade, com o público e com a relação que este estabelece com o ambiente físico. Podemos citar como exemplos: a previsão de áreas de lazer e recreação para as crianças, assim como a definição de acessos e ambientes diferenciados para este público; a criação de ambientes de estar e repouso para os profissionais, que apresentam especificidades conforme a política de recursos humanos de cada instituição; a atenção aos ambientes destinados aos acompanhantes.

Verificamos, ainda, que muitas das respostas não apresentam menções explícitas às questões do espaço, aproximando-se com frequência de questões sociais e de relações humanas. Entretanto, as declarações de alguns usuários, quando estabelecem comparações com outros hospitais em que já estiveram ou trabalharam, nos levam a confiar na contribuição de um ambiente agradável e acolhedor ao estado de ânimo de pacientes e profissionais.

4.2. Hospital Municipal Souza Aguiar

[Humanização é] trabalhar a cabeça do paciente, para que ele melhore, levantar a auto-estima do paciente. (Fala de um voluntário, 2005)

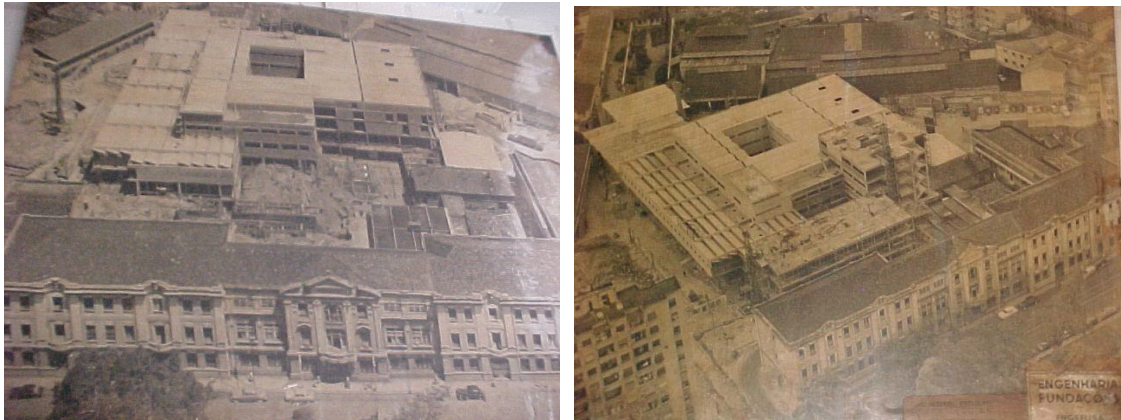
O servidor médico se sente ultrajado pela condição de trabalho e atendimento aos pacientes, que são o público alvo desta instituição de saúde. (Fala de um profissional, 2005)

Outro hospital estudado foi o Hospital Municipal Souza Aguiar, hospital geral onde se situa a maior unidade de emergência da rede municipal do Rio de Janeiro. A primeira fase do trabalho de campo foi realizada de janeiro a março de 2005, quando foi realizado um amplo trabalho de levantamento e avaliação de desempenho do ambiente construído. Em outubro de 2006 retornamos ao Hospital para realizar uma atividade de confirmação da estrutura das representações, conforme preconiza a Teoria das Representações Sociais (ver capítulo 3).

4.2.1. Histórico e caracterização arquitetônica

O atual Hospital Municipal Souza Aguiar é o sucessor do Posto Central de Assistência, o primeiro serviço de pronto-socorro da cidade do Rio de Janeiro, criado em 1907 pelo Marechal Francisco Marcelino de Souza Aguiar, então prefeito do Distrito Federal (GUANABARA, 1972). Desde 1910, situa-se na Praça da República, onde em 1925 recebeu novas instalações e passou a se chamar Hospital de Pronto-socorro. Em 1955, o Hospital recebeu a denominação de Hospital Geral Souza Aguiar. Em 1962, o Hospital foi vinculado à SUSEME, com o nome de Hospital Estadual Souza Aguiar. Nesta mesma época, encontrava-se em desenvolvimento o projeto para a construção do novo Hospital Souza Aguiar, no escritório do arquiteto Ary Garcia Rosa. A nova edificação deveria ser construída por etapas, atrás da existente, de modo a não interromper a rotina de funcionamento da unidade, conforme ilustram as fotos abaixo⁸⁶.

⁸⁶ As fotos foram tiradas de pôsteres existentes no Museu da Saúde, que funciona no próprio Hospital Municipal Souza Aguiar.



Fotos 61 e 62: Imagens da construção do atual Hospital Souza Aguiar, tendo à frente o antigo hospital
Fonte: Museu da Saúde do Hospital Souza Aguiar, 2005

Em 1965, havia sido inaugurado o setor de emergência, num bloco onde também se localizam os centros cirúrgico e radiológico. Posteriormente, foi concluída a lâmina destinada às enfermarias, ambulatórios e à entrada principal do Hospital, e o bloco anterior do prédio, destinado à administração, ao auditório nobre e ao centro de estudos, treinamento e aperfeiçoamento. Posteriormente, foi concluído um pavilhão de anatomia patológica e instalações para residência médica, escola auxiliar de enfermagem, cozinha industrial e capela ecumênica.

A partir da época de sua construção, o novo Hospital Souza Aguiar passou a ser referido como a maior emergência da América Latina, dado que ainda hoje é mencionado, embora não se tenha podido confirmar a sua veracidade.

A localização do Souza Aguiar é condição estratégica para a atração de um imenso contingente de usuários, não somente por estar na região central do Rio, mas, principalmente, pela proximidade do terminal ferroviário da Central do Brasil, do Metrô e de importantes terminais rodoviários. Assim, a unidade representa a principal referência em atendimento de emergência para aquela região da cidade, para bairros longínquos e até mesmo para outros municípios, que diariamente enviam ambulâncias com pacientes, no sentido de suprir a assistência que não podem oferecer em seus territórios.



Figs. 63 e 64: Fachadas do Hospital Souza Aguiar
Fonte: Espaço Saúde, 2005



Fig. 65: Foto aérea/localização do Hospital Municipal Souza Aguiar
(em frente ao Hospital está a Praça da República)
Fonte: Google Earth, 2007

A estrutura física do HMSA é composta de: uma edificação principal com subsolo, 3 pavimentos conformando um embasamento e uma lâmina com 5 pavimentos; uma edificação anexa com subsolo e 2 pavimentos. Esta estrutura oferece os seguintes recursos assistenciais: serviço de emergência com 70 leitos; centro de imagens com 6 salas de raios X, uma de tomografia e uma de ultrassonografia; centro cirúrgico com 10 salas; internação geral com 330 leitos; internação intensiva com 48 leitos (incluindo os leitos da unidade coronariana e centro de tratamento de queimados); internação semi-intensiva com 30 leitos.

Quadro 13: Distribuição de áreas e serviços na estrutura do Hospital Municipal Souza Aguiar

SUBSOLO		4.550,54m²
Apoio logístico	Manutenção	
	Vestiários de funcionários	
	Processamento de roupas	
	Central de lixo	
	Casas de bombas	
	Central de ar condicionado	
	Depósitos	
	Casas de máquinas	
	Subestação	
TÉRREO (PRIMEIRO PAVIMENTO)		9.346,72m²
Pronto-socorro adultos	3 consultórios	
	Sala de medicação	
	Sala de sutura	
	Sala de nebulização	
	Ortopedia	
	Sala de raios X	
	Sala de drenagem	
	Ambientes de apoio	
Pronto-socorro infantil	3 consultórios	
	Sala de nebulização	
	Sala de medicação	
	Sala de raios X	
Ambulatório (<i>follow-up</i>)	6 consultórios	
	Sala de endoscopia	
	Sala de gesso	
Administração/subgerência infraestrutura	-	
Cozinha	600 refeições/horário de almoço	
Refeitório	130 lugares	
Farmácia	-	
Documentação médica	-	
Material e Patrimônio	-	
Necrotério	Câmara frigorífica com 28 gavetas	
Setor de limpeza (empresa terceirizada)	-	

SEGUNDO PAVIMENTO		8.348,08m²
Internação clínica	46 leitos	
Grande emergência	36 leitos	
	4 leitos em isolamento	
Emergência infantil	17 leitos	
	2 leitos em isolamento	
UPG – Unidade de Pacientes Graves	11 leitos	
Centro de imagens	6 salas de raios X	
	1 sala de tomografia	
	1 sala de ultrassonografia	
Patologia clínica	-	
Anatomia patológica	5 laboratórios	
Centro de estudos	Sala de aula	
	Biblioteca	
	Sala de estudo	
Auditório	168 lugares	
Documentação médica	-	
Administração	-	
Direção	-	
TERCEIRO PAVIMENTO		4.892,86m²
Internação	43 leitos	
Unidade coronariana	7 leitos	
Unidade intermediária	4 leitos	
Unidade intermediária otorrino/ofタルmo	6 leitos	
Diálise peritoneal	4 leitos	
Cardiologia (diagnóstico)	1 sala ecocardiograma	
	4 leitos eletrocardiograma	
UTI adultos	9 leitos	
	1 leito em isolamento	
UTI infantil	4 leitos	
	2 leitos em isolamento	
Centro cirúrgico	10 salas cirúrgicas	
	6 leitos de RPA (há espaço para os 11 leitos exigidos por norma)	
Centro cirúrgico ambulatorial de urologia	1 sala	
CME – Central de Material Esterilizado	5 autoclaves (2 muito antigas, em funcionamento precário)	
	4 estufas desativadas	
Residência médica	13 suítes para até 3 residentes cada	
QUARTO PAVIMENTO		1.865,14m²
Internação	66 leitos	
Unidade intermediária	13 leitos	
QUINTO PAVIMENTO		1.685,14m²
Internação	36 leitos	
CTI – Centro de Tratamento Intensivo	8 leitos	
CTQ – Centro de Tratamento de Queimados; adultos	15 leitos, sendo 9 em UTQ	
SEXTO PAVIMENTO		1.684,82m²
Internação	74 leitos	
	4 leitos em isolamento	

SÉTIMO PAVIMENTO		1.684,52m²
Internação infantil	56 leitos	
	4 leitos de isolamento	
CTQ – Centro de Tratamento de Queimados; infantil	10 leitos	
UTI neonatal	Desativada	
OITAVO PAVIMENTO		437,24m²
Casas de máquinas		
Depósitos utilizados pela documentação médica		
ÁREA TOTAL		34.495,74m²

4.2.2. A pesquisa de campo

Para a realização das atividades de levantamento em campo constituímos uma equipe de 9 pesquisadores que, num período de 45 dias, percorreram os ambientes do hospital, levantando dados da estrutura física, aplicando questionários aos usuários e realizando entrevistas com os responsáveis pelos setores.

O trabalho no Hospital Municipal Souza Aguiar caracterizou-se pela sua extrema complexidade, superior à vivenciada nos trabalhos de avaliação do ambiente construído anteriormente desenvolvidos, pelas seguintes razões: o grande porte do hospital demandou um minucioso planejamento capaz de otimizar as atividades a serem realizadas, gerando um cronograma viável para o trabalho em campo; o porte e a intensa e ininterrupta atividade do hospital impôs a submissão ao cumprimento diário dos rigorosos procedimentos de segurança e controle do acesso às dependências, bem como uma ampla divulgação, em cada setor, das atividades e objetivos da pesquisa; por ser um hospital de emergência com grande afluência de público, a tarefa de compatibilizar as atividades da pesquisa com o funcionamento do hospital foi especialmente complexa nos setores de emergência; a inexistência de plantas atualizadas do hospital exigiu a realização de uma atualização cadastral da unidade, paralelamente à avaliação dos ambientes e entrevistas com os usuários.

Dados o porte do hospital, a quantidade e a complexidade dos dados a serem levantados, foi elaborado um questionário que buscava equilibrar as seguintes atividades: confronto das plantas disponíveis com a situação existente e levantamento físico para a atualização cadastral; avaliação dos ambientes do hospital pelos pesquisadores; levantamento das representações dos usuários sobre *humanização do hospital*, dos pontos positivos, negativos e sugestões para o espaço físico do ambiente onde se encontrava no momento. Além do preenchimento do

questionário, foram realizadas entrevistas com a maioria dos chefes ou responsáveis pelos diferentes setores do hospital, visando a complementação dos dados e esclarecimento de dúvidas sobre o funcionamento das unidades.

O trabalho de campo teve seu início com uma visita dos pesquisadores ao Hospital, acompanhados por uma representante da administração, visando realizar o “caminho do paciente”, para identificar as vivências dos diferentes tipos de pacientes durante todo o processo de atendimento. Depois, nas visitas seguintes, nós pesquisadores, devidamente autorizados e identificados, passamos a percorrer o hospital em duplas compostas de um arquiteto e um graduando em arquitetura. Ao longo do levantamento eram distribuídas, diariamente, as áreas ou setores a serem percorridos por dupla, procurando entrar em cada ambiente do hospital e, sempre que possível, realizando também um registro fotográfico.

O questionário utilizado na pesquisa de campo dividia-se em 5 partes: caracterização do ambiente, onde se anotavam dados como área, perímetro, pé-direito, quantificação e dimensionamento de vãos e materiais de revestimento; uso e ocupação, onde se registravam e quantificavam os usuários, as atividades ali desenvolvidas, o mobiliário e equipamentos fixos ali existentes; condições do ambiente, onde se avaliavam e justificavam os quesitos localização, acessibilidade, dimensionamento, layout, conforto antropodinâmico, segurança de uso, condições das esquadrias, condições dos revestimentos, conforto olfativo, estanqueidade, conforto lumínico (natural e artificial), conforto térmico (natural e artificial) e conforto acústico (ruídos provenientes de fontes internas e externas), e registravam-se as patologias da construção ali verificadas; esquemática gráfica do ambiente, onde se elaboravam, quando necessário, os croquis das modificações realizadas no ambiente em relação ao projeto disponível; levantamento das representações sociais dos usuários, onde se realizavam testes de associação de palavras para a expressão “humanização do hospital” e se questionavam os pontos positivos, negativos e sugestões para a melhoria daquele ambiente.

Embora todo o trabalho tenha resultado num imenso volume de informações técnicas de grande importância para a caracterização da situação da estrutura física do hospital, esta última parte, relativa às representações dos usuários, é a de maior interesse para esta tese e que, portanto, trazemos para nosso foco daqui em diante. Nesta etapa foram entrevistadas 232 pessoas, sendo 26 pacientes de 9 a 74 anos (12 homens e 14 mulheres), 52 acompanhantes de 16 a 79 anos (5 homens e 47 mulheres) e 154 funcionários de 20 a 63 anos (47 homens e 107 mulheres).

4.2.3. O teste de associação de palavras: os sentidos da humanização

O teste de associação de palavras tem como objetivo, conforme já mencionado no caso anterior, levantar dados que ajudem a identificar a estrutura da representação, e consistia em pedir aos participantes que falassem as quatro primeiras palavras ou expressões que viessem à sua cabeça a partir do termo indutor *humanização do hospital*. Em seguida se pedia que apontassem as duas evocações mais importantes dentre as realizadas, com o objetivo de que o próprio entrevistado realizasse uma hierarquização dos elementos por ele citados.

O material obtido com o teste foi analisado a partir do cruzamento da frequência com a ordem média de evocação dos elementos citados (Abric, 1994; Sá, 1996). Para isto, constituímos numa tabela Excel - Microsoft um banco de dados com as evocações organizadas em categorias temáticas. Nesta tabela, as linhas se referiam a cada usuário entrevistado e as colunas às quatro evocações por ele proferidas. As duas evocações apontadas como mais importantes eram marcadas com um asterisco. O arquivo foi então exportado para o formato CSV - Comma Separated Values File (arquivo com os valores separados por vírgulas) e em seguida importado no software EVOC 2000, desenvolvido por Pierre Vergès, que auxilia no processamento das informações. Como mencionamos no item 4.1.3, este software se compõe de vários módulos, que entre outros procedimentos: contabilizam a frequência de evocação dos elementos; atribuem pesos de 1 a 4 aos elementos, segundo a ordem em que é evocado em cada questionário, calculando a média ponderada e gerando como resultado a ordem média de evocação de cada elemento; geram quadros e gráficos que organizam os elementos cruzando as variáveis frequência e ordem média de evocação.

Como mencionado, foram entrevistadas 232 pessoas, entre funcionários, pacientes e acompanhantes. No teste de associação foram selecionados 217 questionários válidos⁸⁷, que geraram um total de 744 associações, cujos termos análogos foram agrupados em categorias (BARDIN, 1977), por sua vez nomeadas por meio de 112 palavras ou expressões diferentes. Em seguida foi realizado um corte que seleciona os elementos com frequência igual ou superior a 8, o que corresponde a 75,4% das evocações, sendo as demais, de frequência inferior, desprezadas. As seis palavras mais frequentemente e mais prontamente encontradas foram: *atendimento; recursos humanos; tratamento; condições de trabalho; estrutura; e humano*.

⁸⁷ Neste teste algumas pessoas disseram “não sei”, “nada” ou outras respostas equivalentes, que foram desprezadas. Algumas destas pessoas produziram respostas válidas para as outras partes do questionário.

Quadro 14: Distribuição dos elementos segundo frequência e ordem média de evocação

	OME < 2,37	OME >= 2,37
FREQ. >= 20,05	Atendimento (80 – 1,84) Recursos humanos (59 – 2,22) Tratamento (28 – 1,86) Condições de trabalho (24 – 2,08) Estrutura (22 – 2,23) Humano (21 – 1,86)	Limpeza (28 – 2,46) Material (28 – 2,68) Respeito (28 – 2,75)
FREQ. < 20,05	Remédio (16 – 2,25) Conforto (15 – 2,06) Amor (13 – 2,0) Melhoria (11 – 1,82) Educação (11 – 2,27) Ambiente (8 – 1,88) Paciente (8 – 1,88)	Carinho (19 – 2,63) Qualidade (17 – 2,47) Atenção (17 – 2,53) Cuidado (16 – 2,44) Relação (15 – 2,53) Organização (14 – 2,71) Informação (13 – 2,77) Equipamento (13 – 3,15) Rapidez (10 – 2,70) União (8 – 2,63) Capacitação (8 – 2,63) Companheirismo (8 – 2,88)

No quadro acima apresentamos a até então provável⁸⁸ estrutura da representação de *humanização do hospital*. Nas colunas, os elementos organizam-se pela ordem média de evocação (OME), tendo como linha de corte a média de todas as ordens médias. Nas linhas, os elementos organizam-se pela frequência de evocação, tendo como corte a média das frequências. Os números entre parênteses indicam, respectivamente, a frequência e ordem média de evocação do elemento.

Segundo a abordagem estrutural das representações sociais, os elementos situados no quadrante superior esquerdo são os mais freqüentemente e mais prontamente evocados, constituindo, então, o provável núcleo central da representação. Estes elementos constituintes do núcleo central são, em geral, segundo Abric (2000, 1994) e Sá (1996), os mais gerais, mais estáveis e mais propriamente sociais dentro da estrutura da representação. No quadrante inferior direito se situam os elementos mais tardiamente e menos freqüentemente evocados, ou seja, os elementos periféricos. Estes, por sua vez, tendem a ser os elementos mais instáveis e mais contextuais, ou seja, os mais ligados às situações e às práticas do dia-a-dia daquela instituição e dos sujeitos participantes. Segundo os autores citados acima, estes elementos periféricos são também, em geral, pelo seu caráter mais objetivo, os mais fáceis de serem tratados em uma intervenção. Já o sistema intermediário, representado pelos demais quadrantes, é geralmente composto pelos

⁸⁸ É necessário confirmar a estrutura da representação, através de outros procedimentos, conforme se verá adiante.

elementos que promovem a interface entre os elementos do núcleo central (geral, conceitual) e o sistema periférico (particular, contextual). Ali também podem estar os elementos que estão em processo de migração entre o núcleo central e o sistema periférico.

No caso do Souza Aguiar, no entanto, observamos a presença de elementos muito específicos daquele contexto e do dia-a-dia da unidade nas três faixas do sistema estrutural (central, intermediária e periférica). Por exemplo, temos os elementos *condições de trabalho* e *estrutura* situados no núcleo central, e elementos como *remédio*, *melhoria* e *ambiente*, no sistema intermediário. Tal situação pode ser associada às dificuldades enfrentadas pela Instituição com relação a estes temas. Nos questionários e nas entrevistas, os profissionais expressaram com veemência a sua angústia em relação a estes temas. “Tentamos fazer o melhor, mas faltam as mínimas condições materiais e estruturais”, é um discurso comum nos setores. Esta situação fazia com que elementos relacionados às dificuldades que o hospital enfrentava, ganhassem destaque e estabilidade no núcleo central da representação.

No sentido de avançar no processo de confirmação da estrutura da representação, obtivemos mais um indício desta configuração a partir da indicação dos dois elementos mais importantes, feita pelos usuários, conforme indicado no quadro 15, adiante. Mais uma vez se destaca *atendimento* como o elemento mais frequentemente indicado entre os dois mais importantes, seguido por *recursos humanos*, *tratamento*, *limpeza*, *respeito* e *condições de trabalho*. Estes resultados reforçam, então, a posição dos elementos *atendimento*, *recursos humanos*, *tratamento* e *condições de trabalho* no núcleo central da representação de humanização neste hospital.

Posteriormente, em novembro de 2006, foi realizada uma atividade de confirmação do núcleo central da representação. A técnica escolhida foi a da “dupla negação” (SÁ, 1996), que consiste em retornar ao campo e perguntar a uma amostragem menor de entrevistados se aqueles elementos destacados como pertencentes ao núcleo central são imprescindíveis à representação. Em nosso caso, elaboramos um questionário, onde perguntamos aos usuários, por exemplo: se podemos pensar em *humanização* sem pensar em *atendimento*; se podemos pensar em *humanização* sem pensar em *recursos humanos*; e daí por diante, em relação aos demais quatro elementos do provável núcleo central. Foram entrevistadas 82 pessoas, sendo 20 pacientes, 43 acompanhantes e 19 funcionários. Os resultados desta atividade estão no quadro 16, adiante.

Quadro 15: Quadro-resumo da primeira etapa da associação de palavras

Nível da estrutura	Palavra	FREQ	No. de ocorrências em cada posição				OME	FREQmi
			1	2	3	4		
núcleo central	Atendimento	80,00	43,00	15,00	14,00	8,00	1,84	53
	Recursos humanos	59,00	14,00	25,00	13,00	7,00	2,22	32
	Tratamento	28,00	14,00	7,00	4,00	3,00	1,86	19
	Condições-trabalho	24,00	5,00	12,00	7,00	0,00	2,08	14
	Humano	22,00	9,00	7,00	4,00	1,00	2,23	5
	Estrutura	21,00	8,00	6,00	3,00	5,00	1,86	11
intermediário 1	Limpeza	28,00	7,00	8,00	6,00	7,00	2,46	17
	Material	28,00	4,00	8,00	9,00	7,00	2,68	12
	Respeito	28,00	4,00	9,00	5,00	10,00	2,75	16
intermediário 2	Remédio	16,00	3,00	7,00	5,00	1,00	2,25	7
	Conforto	15,00	5,00	5,00	4,00	1,00	2,06	8
	Amor	13,00	4,00	7,00	0,00	2,00	2,00	9
	Melhoria	11,00	5,00	4,00	1,00	1,00	1,82	6
	Educação	11,00	3,00	3,00	4,00	1,00	2,27	5
	Ambiente	8,00	3,00	3,00	2,00	0,00	1,88	3
	Paciente	8,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,88	3
sistema periférico	Carinho	19,00	3,00	6,00	5,00	5,00	2,63	9
	Qualidade	17,00	6,00	2,00	4,00	5,00	2,47	11
	Atenção	17,00	4,00	5,00	3,00	5,00	2,53	8
	Cuidado	16,00	3,00	6,00	4,00	3,00	2,44	5
	Relação	15,00	3,00	4,00	5,00	3,00	2,53	5
	Organização	14,00	2,00	4,00	4,00	4,00	2,41	7
	Informação	13,00	2,00	2,00	6,00	3,00	2,77	4
	Equipamento	13,00	1,00	1,00	6,00	5,00	3,15	6
	Rapidez	10,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,70	5
	União	8,00	3,00	0,00	2,00	3,00	2,63	7
	Capacitação	8,00	3,00	1,00	0,00	4,00	2,63	1
	Companheirismo	8,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,88	4
Legenda								
FREQ	freqüência com que a palavra foi citada							
OME	ordem média de evocação da palavra							
FREQmi	freqüência com que a palavra foi apontada como uma das duas mais importantes							

Quadro 16: Resultados da atividade de confirmação do núcleo central utilizando o método da *dupla negação*

PERGUNTAS	Sim, pode-se	Não, não se pode	Não sei dizer	TOTAL
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em ATENDIMENTO?	7,32%	91,46%	1,22%	100%
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em RECURSOS HUMANOS?	4,88%	93,90%	1,22%	100%
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em TRATAMENTO?	6,10%	92,68%	1,22%	100%
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em CONDIÇÕES DE TRABALHO?	13,425	82,93%	3,66%	100%
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em ESTRUTURA?	12,20%	87,81%	0,00%	100%
Pode-se pensar em humanização sem se pensar em HUMANO?	6,10%	91,46%	2,44%	100%

Os resultados apurados nesta atividade demonstram o quão imprescindíveis à representação de *humanização do hospital* são os elementos *atendimento*, *recursos humanos*, *tratamento*, *condições de trabalho*, *estrutura* e *humano*, segundo os participantes da pesquisa. Tal quadro vem a confirmar, então, a sua pertinência ao núcleo central.

O elemento *atendimento* é a categoria que envolve citações como “atender bem”, “melhor atendimento”, “atender às necessidades das pessoas”, “atendimento bom e rápido” e outras semelhantes, denotando uma preocupação com a certeza do atendimento, sua qualidade e sua continuidade. Conforme já havia sido evidenciado na pesquisa do Hospital Municipal Lourenço Jorge, esta categoria relaciona-se diretamente aos princípios básicos propostos pelo SUS: o direito e o acesso integral a serviços de qualidade.

Sob a categoria *recursos humanos* foram agrupadas as menções aos profissionais atuantes na instituição, como médicos, enfermeiros e outros. Entre estas menções destacam-se “bons médicos”, “médicos e enfermeiros humanos” “mais médicos”, “quantidade de profissionais suficiente/insuficiente para a demanda”, “boa equipe profissional” etc., demonstrando uma preocupação não só com a quantidade de profissionais – um problema grave no hospital atualmente – mas, também com os aspectos subjetivos da relação médico-paciente.

A categoria *tratamento* refere-se à forma de tratar, de lidar com as pessoas, como se percebe nas citações “tratar as pessoas bem”, “melhorar o tratamento dos pacientes”, “melhorar o tratamento dos funcionários” e “tratar as pessoas como gostaríamos de ser tratados”.

Condições de trabalho é uma categoria que envolve principalmente as reivindicações dos funcionários pela melhoria das condições de trabalho. Destacam-se, neste contexto, falas como “um funcionário feliz é tudo” e “se o funcionário é bem tratado ele pode transmitir também um melhor tratamento aos pacientes”. Tais reivindicações por melhores condições de trabalho são endossadas também por pacientes e acompanhantes, principalmente na atividade de confirmação do núcleo central. Cabe mencionar declarações como “a falta de condições de trabalho não pode justificar o tratamento desumano”.

A categoria *estrutura* engloba todas as menções a aspectos físicos do hospital, principalmente relacionados a carências e reivindicações por melhorias pontuais e ampliações. Destacam-se evocações como “melhorar as instalações”, “criar banheiros para as crianças”, “melhorar os elevadores”, “reformular o hospital” e outras.

A última categoria do núcleo central, *humano*, envolve explicações mais literais do que seria *humanização*, como por exemplo, “ser mais humano”, “as pessoas serem mais humanitárias umas com as outras” e “calor humano”.

Como visto no capítulo 3, estas categorias, pela sua centralidade, têm um caráter mais ideológico e tendem a ser os princípios que organizam a representação (ABRIC, 2000). Os elementos periféricos são aqueles mais objetivos, menos conceituais, e que promovem a mediação com o cotidiano, a adaptação maleável às condições apresentadas pelo contexto. Já os elementos do sistema intermediário são em geral, elementos em condição de transição, que podem, portanto, estar se estabilizando em direção ao núcleo central. Estes elementos são também os que promovem a interface entre os elementos centrais e os periféricos.

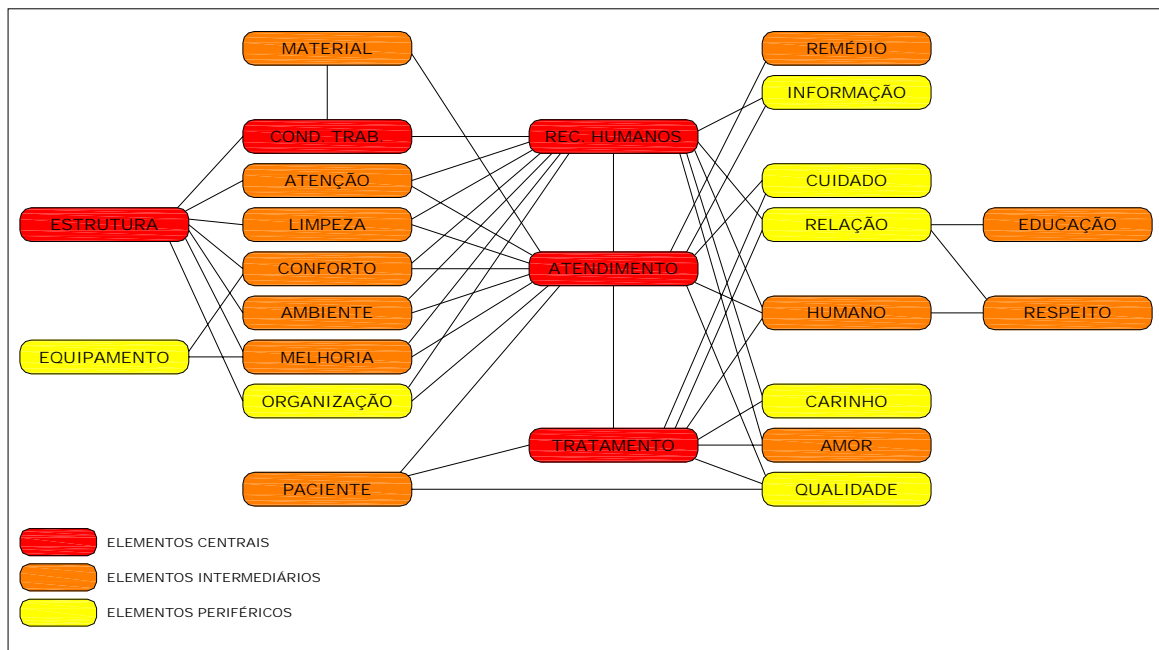
Conforme foi feito na pesquisa do Hospital Lourenço Jorge, estabelecemos uma classificação temática que toma como princípios organizadores os elementos do núcleo central:

- O elemento *atendimento* organiza os elementos de suporte à sua viabilização, conferindo os atributos deste atendimento (*condições de trabalho, qualidade, atenção, cuidado, organização e rapidez*). Vale chamar a atenção de que este suporte envolve tanto os aspectos mais físicos e objetivos, quanto aqueles mais subjetivos e intangíveis. Inserimos também aqui *condições de trabalho* e *estrutura*, embora sejam também pertencentes ao núcleo central, pela forte relação que têm com o atendimento.

- O elemento recursos humanos organiza todos aqueles que dizem respeito à capacitação dos profissionais, às relações profissionais e também à hierarquia entre os diferentes níveis de profissionais (*relação, informação, união, capacitação e companheirismo*).
- O elemento tratamento reúne os aspectos envolvidos na relação entre os profissionais e pacientes e na maneira com que é transmitido o cuidado (*humano, amor, educação, paciente, respeito, carinho, atenção, cuidado*). Podemos perceber que aqui se inclui uma série de demandas a serem consideradas, adicionais aos imperativos da técnica. O elemento *humano*, embora presente no núcleo central, foi também aqui incluído, pois também está diretamente relacionado à forma de tratar.
- O elemento condições de trabalho reúne os que evidenciam as carências encontradas no hospital (*remédio, material, equipamento, limpeza*). Este elemento, apesar de estar diretamente ligado ao contexto da instituição, talvez pela preocupação que causava aos participantes, ganhou importância e estabilidade na representação, integrando o núcleo central.
- O elemento estrutura inclui os elementos relacionados ao ambiente físico, instalações, e aqueles que dão suporte material ao atendimento (*conforto, melhoria, ambiente, limpeza, equipamento*). Este elemento, tal como o anterior, condições de trabalho, apesar de contextual, alçou o núcleo central, pela preocupação que representava para os participantes.
- O elemento humano organiza os elementos que qualificam a forma de lidar com os pacientes e acompanhantes, e também a relação entre os funcionários (*paciente, respeito, relação, companheirismo*).

Para melhor compreender as relações entre os diversos elementos revelados na estrutura da representação, analisamos também a cadeia de impactos entre estes elementos, o que julgamos poder contribuir para o planejamento de intervenções na Instituição. Chamamos atenção para o fato de que outros elementos, externos ao tema humanização, ou seja, não apontados pelos usuários nesta pesquisa, podem também impactar estes elementos. Por exemplo, sabemos que não são somente intervenções na *estrutura* e a aquisição de *materiais* que irão promover uma melhoria nas *condições de trabalho*.

Quadro 17: Esquema da estrutura da representação, baseado nos impactos entre os elementos



Assim, podemos ilustrar, como exemplos desta rede de relações e impactos:

- determinadas intervenções na *estrutura* podem beneficiar o *conforto* e a *organização*, que irão, por sua vez, impactar o *atendimento*;
- intervenções no ítem *material* irão favorecer as *condições de trabalho*, melhorando os *recursos humanos* e em seguida o *atendimento*;
- melhorias nos *equipamentos* poderão favorecer o *conforto* e conseqüentemente o *atendimento*.

4.2.4. O espaço físico e sua relação com a representação de humanização

A estrutura da representação de humanização forneceu um quadro geral e uma rede de relações e impactos, onde vimos que ao espaço físico – o elemento *estrutura* – é atribuída grande importância, localizando-se no núcleo central.

Retomando o objetivo de investigar a relação entre humanização e arquitetura, aprofundamos o conhecimento da representação do ambiente físico. Esta etapa foi realizada por meio do questionamento dos pontos positivos, negativos e o levantamento de sugestões para os ambientes do Hospital, e revelou a percepção dos usuários sobre as suas características nos

diversos setores. Lembramos que as informações, embora apresentem impressões e sugestões pontuais formuladas por leigos em arquitetura, conforme já dissemos no caso anterior, são de grande valia na sua qualidade de resultados de uma avaliação do ambiente construído, expressam as vivências nestes ambientes e exercitam o envolvimento dos usuários com as questões do espaço e com a obra dos arquitetos (RASMUSSEN, 1986). Novamente ressaltamos que, no caso de se projetar uma intervenção, as sugestões formuladas pelos usuários não devem ser tomadas ao pé da letra, mas, interpretadas e expressas segundo a linguagem dos projetistas. Apresentamos abaixo os resultados dos principais setores:

Quadro 18: Pontos positivos, negativos e sugestões para as áreas de espera

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Área de espera do Ambulatório (7 entrevistas)	-nada	-iluminação -ventilação -falta de higiene -goteiras	-melhorar iluminação -melhorar ventilação -melhorar conforto (mais assentos) -bebedouros -limpeza -reforma dos sanitários -manutenção predial
Área de espera do SPA – Serviço de Pronto-atendimento (32 entrevistados)	-nada	-poucos assentos -ambiente muito quente -banheiros em precárias condições -área insuficiente (ocupa a circulação) -falta de informação e sinalização -falta de higiene	-melhorar iluminação -melhorar ventilação -melhorar conforto (mais assentos) -manutenção predial -ampliar a área -criação de sanitários também na área de espera externa -criação de sanitário infantil -implantar sistema de sinalização e posto de informações -limpeza
Salas de atendimento do SPA – Serviço de Pronto-atendimento (9 entrevistados)	-algumas salas, como a de otorrinolaringologia e endoscopia sofreram modificações, portanto, alguns aspectos agradam, como a divisão em boxes, a distribuição dos equipamentos e os acessos diferenciados para pacientes e médicos na otorrino, e a praticidade e o dimensionamento da endoscopia	- pouco espaço -falta de higiene -equipamentos ultrapassados e insuficientes -total inadequação de estrutura física para as atividades -faltam armários e bancadas em várias salas	-ampliação dos ambientes de atendimento -separação de ambientes de procedimentos dos de consultas -melhorar iluminação -melhorar ventilação -limpeza -atualização dos equipamentos -adequação dos ambientes às atividades -instalar armários para guarda de remédios e insumos

As áreas de espera do Hospital, à época da pesquisa, se apresentavam em condições precárias no que se refere ao estado de conservação da estrutura física. Logo após o levantamento de campo, a emergência, pronto-atendimento e ambulatório entraram em obras de reestruturação, que atualmente está em fase de acabamento. O projeto de reforma foi desenvolvido com base nas propostas do HumanizaSUS.

Para o pronto-atendimento, os pacientes em situação de urgência, esperavam de pé numa fila que se formava na porta de entrada (ver figura abaixo, à esquerda). Este acesso era controlado por um segurança que, quando não havia funcionários na triagem (figura à direita), fazia a regulação e encaminhamento dos pacientes.

Vencida esta espera externa e o processo de triagem, os pacientes esperavam na circulação em frente às salas de atendimento. Não havia assentos suficientes e, portanto, a maioria dos pacientes aguardava de pé.

O ambulatório funcionava em sistema de *follow-up*, ou seja, só atendia casos de revisão de algum procedimento realizado anteriormente na emergência. O acesso era o mesmo do pronto-socorro, o que gerava muita desorientação nos usuários, devido à falta de sinalização e acolhimento. O acesso era controlado por um segurança que tinha que administrar os inúmeros conflitos que ocorriam no local.



Figs. 66 e 67: Áreas de espera do SPA e da triagem

Fonte: Espaço Saúde, 2005



Figs. 68 e 69: Áreas de espera do SPA
Fonte: Espaço Saúde, 2005

Quadro 19: Pontos positivos, negativos e sugestões para as áreas de atendimento imediato

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Grande emergência de adultos (8 entrevistas)	-limpeza	-sinalização deficiente -sanitários para funcionários insuficientes -locais de repouso para funcionários insuficientes -elevadores precários -iluminação precária -área insuficiente	-melhorar sinalização -modernização dos elevadores -melhores acomodações para os profissionais -melhorar iluminação -ampla reforma no setor -ampliação da área (ou redução do atendimento)
Emergência infantil (5 entrevistados)	-espaço amplo	-muito desconforto para as mães e acompanhantes -desconforto para os profissionais	-acomodações para o acompanhante (cadeira mais confortável ou sofá-cama) -melhores acomodações para os profissionais

As áreas de grande emergência (emergência de adultos, infantil e UPG -Unidade de Pacientes Graves) apresentavam condições bastante variadas e contrastantes. Esta situação, no entanto, tende a se reverter, pois estes setores também estariam contemplados na obra para reestruturação que se iniciaria em seguida.

As salas de emergência de adultos apresentavam as piores condições, especialmente a sala de atendimento de homens. Havia superlotação e o ambiente estava em precárias condições de conservação, gerando alto nível de estresse. A UPG apresentava as melhores condições dentro do setor de emergência, pois recebeu recentemente pequenas reformas e doações de equipamentos. No entanto, também necessitava de manutenção predial. A emergência infantil apresentava melhores condições e espaço amplo, porém, carecia de acomodações para os acompanhantes, que por direito podem permanecer ao lado das crianças.



Figs. 70 e 71: Circulação da grande emergência e emergência infantil
 Fonte: Espaço Saúde, 2005

Quadro 20: Pontos positivos, negativos e sugestões para as áreas de internação

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Enfermarias de adultos (20 entrevistas)	-limpeza -paisagem das janelas (enfermarias da frente) -luz natural	-ambiente muito quente -falta de manutenção predial, de equipamentos e mobiliário -banheiros pequenos (embora sejam dois por enfermaria) -faltam acomodações para acompanhantes -não tem água quente nos banheiros -insolação sobre os leitos	-reforma, manutenção predial, recuperação de equipamentos e móveis -armários individuais -barras de apoio nos banheiros
Enfermarias pediátricas (9 entrevistados)	-limpeza -paisagem das janelas (enfermarias da frente) -ambientes alegres	-faltam acomodações para acompanhantes	-melhorar ventilação -reforma geral e manutenção predial
Postos de enfermagem (12 entrevistados)	-as cores -a distribuição da planta -a disposição dos armários -área física -a localização (centralizado em relação às enfermarias)	-tudo quebrado, falta manutenção -ambiente muito quente -espaço improvisado -faltam armários, inclusive para guarda de medicamentos controlados -sanitários ruins	-manutenção predial -ar condicionado -bancadas melhores -instalar chuveiros nos sanitários

Os setores de internação do Hospital ocupam quatro pavimentos da torre e parte de um pavimento do embasamento da edificação. No período do levantamento de campo não observamos problemas relacionados a superlotação. Algumas enfermarias estavam, inclusive, vazias, e outras, desativadas.

A configuração original das plantas é muito boa e flexível para adaptações às normas e às demandas atuais, com uma adequada distribuição das enfermarias em relação aos postos de enfermagem e ambientes de apoio. As enfermarias são bem iluminadas naturalmente, mas, recebem intensa insolação, especialmente na fachada frontal. Embora amplas, carecem de acomodações adequadas para os acompanhantes, que atualmente são admitidos em alguns casos (idosos, crianças ou em casos especiais). Os armários existentes são insuficientes e necessitam recuperação. Por falta de local para guarda de pertences, os usuários se apropriam dos espaços entre os leitos para esta finalidade, utilizando a cadeira do acompanhante como barreira de proteção dos seus pertences. Em alguns casos, utilizam também os peitoris das janelas para guarda de objetos pessoais, celulares etc. Os banheiros das enfermarias demandam atualização em relação aos requisitos de acessibilidade.

Faltam nos setores de internação, ambientes de lazer, recreação ou simples estar, que permitam a pacientes e acompanhantes sair por momentos dos ambientes das enfermarias (os patamares intermediários das escadas, por exemplo, são utilizados como área de estar e “fumódormo”).

O principal problema destes setores, na época da pesquisa, era a falta de manutenção geral da estrutura física, além da carência de materiais, equipamentos e insumos. As piores enfermarias eram as do sexto pavimento, que abrigavam, em geral homens adultos, sendo alguns condenados por crimes. Estes últimos ocupavam uma das enfermarias e permaneciam algemados aos leitos. Por causa destes pacientes, era necessária a permanência de policiais militares no hall de acesso ao setor.



Figs. 72 e 73: Circulação da internação e enfermaria
Fonte: Espaço Saúde, 2005

Quadro 21: Pontos positivos, negativos e sugestões para o setor de imagens

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Setor de imagens (8 entrevistas)	-espaços amplos -limpeza -boa iluminação natural nas salas onde é necessária -a configuração é funcional	-pouca ventilação -as salas de raios X -pouca capacidade de atendimento -falta de manutenção da estrutura e equipamentos -ambientes muito quentes -ar condicionado não funciona	-separar o setor de raio X do setor de tomografia -equipamentos mais modernos -informatização do setor -manutenção da estrutura física e dos equipamentos

O setor de imagens se localiza no segundo pavimento e originalmente oferecia uma boa configuração de planta, com amplas salas de raios X, um bom fluxo, com circulação separada para pacientes e uma circulação interna de serviço. No entanto, a falta de capacidade de atendimento acusada pelos usuários se devia à precariedade de funcionamento de alguns dos equipamentos. Na época da pesquisa, de seis salas de raios X, apenas uma tinha o equipamento funcionando. Existia também uma sala de tomografia desativada, porque o aparelho não estava funcionando.



Figs. 74 e 75: Circulação/espera do setor de imagens; câmara clara
Fonte: Espaço Saúde, 2005

Quadro 23: Pontos positivos, negativos e sugestões para o centro cirúrgico

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Centro cirúrgico (6 entrevistas)	-espaço suficiente -boa distribuição da planta	-sistema de climatização não funcionava direito -equipamentos quebrados -mobiliário precário	-reforma geral -manutenção de estrutura e equipamentos -novos equipamentos e mobiliário

O centro cirúrgico é amplo e conta com dez salas de cirurgia, porém, só metade delas estava em condições de funcionamento. A configuração da planta é adequada, conforme foi apontado acima, mas, as inúmeras reformas realizadas ao longo dos anos descaracterizaram o projeto

original, gerando alguns ambientes exíguos e improvisados. O grande problema do setor é, como na maior parte do Hospital, a manutenção predial e de equipamentos.



Figs. 76 e 77: Circulação e posto de enfermagem do centro cirúrgico
Fonte: Espaço Saúde, 2005

Quadro 23: Pontos positivos, negativos e sugestões para a UTI/UTQ

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
UTQ – Unidade de Tratamento de Queimados (10 entrevistas)	<ul style="list-style-type: none"> -luz natural nas salas de tratamento -paisagem das janelas 	<ul style="list-style-type: none"> -ambientes de repouso de profissionais exíguos - ventilação ou climatização deficiente em todo o setor -salas de banho (balneoterapia) em precárias condições -uma das salas de tratamento não é bem visualizada a partir do posto de enfermagem -materiais de revest. inadequados (não laváveis) -faltam acomodações para acompanhantes na UTQ infantil -falta distração para as crianças 	<ul style="list-style-type: none"> -melhoria dos espaços de trabalho -reformas e ampliação dos banheiros, que não permitem que pacientes entrem acompanhados com auxiliares -reforma geral e manutenção predial e de equipamentos -visores para melhorar o controle da enfermagem -espaços de lazer para pacientes
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo (6 entrevistados)	<ul style="list-style-type: none"> -boxes amplos (na UTI de adultos) -posto de enfermagem grande (na UTI de adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> -não há boxes na UTI infantil, nem espaço para acompanhantes -não tem banheiro para pacientes -isolamento não pode funcionar como tal, por falta de climatização -insolação sobre os leitos na UTI de adultos 	<ul style="list-style-type: none"> -manutenção e reforma geral -melhoria do sistema de climatização

No Hospital existem setores separados de UTI – Unidade de Tratamento Intensivo e UTQ – Unidade de Tratamento de Queimados para adultos e crianças. A UTQ de adultos funciona no quinto pavimento e a UTQ infantil funciona no sétimo pavimento. Somente a UTQ de adultos possui sala cirúrgica. A estrutura física carecia de manutenção e reformas. O sistema de climatização não funcionava adequadamente e duas das enfermarias só contavam com ventiladores. Na UTQ infantil havia pouco espaço para acomodar os acompanhantes, assim como pouco espaço para atividades de recreação dos pacientes.

Quanto à UTI, também existem setores separados para crianças e adultos, que funcionam no mesmo pavimento. O grande problema aqui é também a falta de manutenção predial e de equipamentos. Nas duas UTIs (adulto e infantil), existem quartos de isolamento que, no entanto, não podiam funcionar como tal, já que os sistemas de climatização não estavam funcionando adequadamente. Na UTI infantil havia espaço suficiente para acomodação dos acompanhantes, que são permitidos para estes pacientes.



Figs. 78 e 79: Sala de banho e sala cirúrgica da UTQ
 Fonte: Espaço Saúde, 2005

Quadro 25: Pontos positivos, negativos e sugestões para o setor de hemodiálise

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Setor de hemodiálise (4 entrevistas)	-organização da planta	-espaço físico exíguo e insuficiente -não há espaço para circulação de macas -climatização deficiente -falta de manutenção -insolação sobre as poltronas e equipamentos -sala amarela muito pequena e inadequada, sem janelas	-ampliação do setor -manutenção predial e de equipamentos -corrigir climatização

O setor, apesar de reformado recentemente, mostrava sinais de desgaste por falta de manutenção. As áreas de tratamento são pequenas, dificultando a circulação em macas, que são comuns no setor, já que a maioria do público é composta de pacientes internos. As áreas de repouso de profissionais são precárias e exíguas, prejudicando as suas condições de trabalho.

Foi também apontado como negativo o fato de que a nefrologia, que compartilha com a hemodiálise a chefia e parte da equipe, funciona em outro pavimento, dificultando o serviço.



Figs. 80 e 81: Sala branca e sala amarela da hemodiálise
Fonte: Espaço Saúde, 2005

Quadro 25: Pontos positivos, negativos e sugestões para alguns setores de apoio

SETOR	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
CME – Central de material esterilizado (4 entrevistas)	-espaço adequado	-climatização não funciona adequadamente -os fluxos de trabalho não atendem às normas	-resolução do sistema de fluxos de trabalho -manutenção predial
Cozinha (8 entrevistados)	-espaço amplo	-desconforto acústico, por causa da câmara frigorífica -pouca ventilação	-manutenção predial -resolver problema acústico -melhorar ventilação

A CME foi reformada recentemente, mas, tem o seu fluxo de trabalho prejudicado tanto pela carência de profissionais e pela necessidade de ajustes na estrutura física. Os ambientes são amplos e a maioria deles bem iluminada naturalmente. As deficiências da climatização fazem com que os profissionais trabalhem com janelas abertas em ambientes onde isto não deveria ser permitido.

A cozinha é ampla e foi reformada recentemente, porém, já demonstra sinais de falta de manutenção. Não há local adequado para abrigo dos resíduos.



Figs. 82 e 83: Circulação e área de esterilização física da CME
Fonte: Espaço Saúde, 2005



Figs. 84 e 85: Cozinha
Fonte: Espaço Saúde, 2005

4.2.5. O caminho do paciente

Na primeira visita ao Hospital, realizamos o “caminho do paciente”, visando uma melhor compreensão das suas experiências durante o processo de atendimento. É importante lembrar que os percursos e processo então vigentes serão em breve modificados, por ocasião da conclusão nas obras de reestruturação da emergência, que incluirá uma nova concepção de atendimento e acolhimento dos pacientes.

Pacientes adultos do Pronto-socorro (pequenas emergências)

O paciente que chega a pé entra no hospital pelo portão ao lado da guarita, onde não há controle de segurança. Dirige-se ao guichê de triagem (com grades), onde é atendido e orientado por profissional de enfermagem ou assistência social, que encaminha o paciente ao pronto-socorro, se for o caso, para outro setor, ou mesmo para outra instituição. Nesta espera externa (sob os pilotis), em alguns momentos, aglomera-se um grande número de pacientes, geralmente vindos

de bairros distantes ou outros municípios. Assim, o ambiente se caracteriza pelo elevado nível de estresse dos seus ocupantes.

Ao lado, está a entrada do pronto-socorro de adultos, que atende somente a urgências e pequenas emergências. Nesta entrada, geralmente forma-se uma fila em frente à porta, controlada por um segurança que presta informações ao paciente, quando este não encontra profissionais na triagem. Ao entrar no setor, o paciente dirige-se ao balcão de abertura da ficha cadastral e registro do boletim de emergência. Em seguida, aguarda o atendimento. A espera acontece num ambiente que se mistura com as circulações do setor (na verdade é a própria circulação, que se alarga em alguns trechos, formando ambientes de espera). O local caracteriza-se pelas más condições de iluminação e ventilação, além das dimensões reduzidas face à demanda. Após o atendimento ali, o paciente pode ser liberado ou encaminhado para outros procedimentos, como diagnóstico e terapia (imagens, análises clínicas, etc.). Se necessário, o paciente pode ser colocado em observação na emergência (2º. pavimento). Entre os tipos de atendimento imediato prestado no local estão: otorrinolaringologia, oftalmologia e retirada de corpos estranhos (único serviço no gênero no estado).



Figs. 86 e 87: Primeiro pavimento (térreo) – Acesso ao pronto-socorro
Fonte: Espaço Saúde, 2005



Figs. 88 e 89: Primeiro pavimento (térreo) – pronto-socorro e ambulatório
Fonte: Espaço Saúde, 2005

Pacientes infantis do Pronto-socorro

Estes pacientes entram pelo mesmo acesso dos pacientes que chegam de ambulância (principalmente grandes emergências). A solução, embora não seja satisfatória (as crianças podem presenciar cenas chocantes), foi a mais adequada, dada a menor incidência de eventos de grande emergência. Caso o acesso infantil fosse compartilhado com o pronto-socorro e o ambulatório, a situação seria pior, pois as crianças estariam, também, expostas a maiores riscos de infecção e contaminação, além de congestionar ainda mais os espaços exíguos daqueles setores.

Quanto ao fluxo dos pacientes infantis, temos a seguinte seqüência: o paciente entra pelo mencionado acesso; encontra logo em frente um balcão onde é feito o seu registro; é conduzido ao segundo pavimento, ao setor de atendimento pediátrico, onde recebe os primeiros cuidados e fica, se necessário, em observação; a partir do primeiro atendimento neste local, a criança pode ser, conforme o caso, liberada, submetida a exames de diagnóstico, ou encaminhada à cirurgia (no terceiro pavimento), à UTI infantil (no terceiro pavimento), à UTQ infantil ou à internação pediátrica (ambas no sétimo pavimento).



Figs. 90 e 91: Acesso da Grande Emergência e Emergência Infantil
(balcão onde é feito o registro dos pacientes pediátricos)
Fonte: Espaço Saúde, 2005

Pacientes da Grande Emergência

Estes pacientes chegam, em geral, de ambulância ou outros veículos, e entram pelo acesso lateral específico para esta finalidade (entretanto, este acesso é compartilhado com os pacientes infantis). Em seguida, são transportados para o segundo pavimento, onde acontece a seguinte seqüência de procedimentos: efetua-se o registro do paciente no balcão em frente aos elevadores; os pertences do paciente são guardados numa sala próxima; procede-se o primeiro atendimento num dos grandes salões compostos de boxes (salões de atendimento masculino e

feminino, politrauma, odontologia/otorrinolaringologia/ofthalmologia); a partir daí, o paciente pode ser submetido, então, a exames de diagnóstico (ainda no segundo pavimento), ou encaminhado ao centro cirúrgico, à UTI, UC (estes 3 setores localizados no terceiro pavimento), CTQ de adultos (no quinto pavimento) ou unidades de internação nos pavimentos, conforme o caso.

Os acompanhantes de pacientes da grande emergência não são autorizados a entrar pelo mesmo acesso, nem a permanecer no local (apenas os acompanhantes de pacientes infantis têm esta permissão). Assim, estes acompanhantes de pacientes adultos, assim como os visitantes de pacientes internados, entram no Hospital pelo acesso social, na fachada oposta, para terem notícias de seus familiares hospitalizados na emergência. Ou seja, eles têm que deixar o paciente no acesso da emergência, contornar o Hospital e entrar pelo outro acesso para obter informação.

Pacientes do ambulatório

Pelo mesmo acesso ao pronto-socorro de adultos entram os pacientes cujo destino é o ambulatório (este atende somente em sistema de *follow-up*, para acompanhamento pós-operatório ou após o atendimento de emergência)⁸⁹. O ambiente fica, então, congestionado pelos dois tipos de pacientes: ambulatoriais e de pequenas emergências. Há poucos assentos no local, por isso, muitos pacientes ficam esperando o atendimento de pé, junto às portas dos consultórios.

4.2.6. Resultados

As informações levantadas por meio dos diferentes métodos utilizados forneceu um quadro de aspectos capazes de constituir subsídios para projetos de outras unidades. Estes aspectos estão diretamente ligados à qualidade do atendimento, questão central da humanização. Sintetizamos estas informações a seguir.

Porta de entrada do Hospital – o acolhimento dos usuários

Assim como no caso anterior do Hospital Lourenço Jorge, também no Souza Aguiar a porta de entrada se configura como um aspecto crítico no que se refere à humanização. Dificuldades em relação à superlotação e à fila na entrada da emergência, ao fluxo dos diferentes tipos de

⁸⁹ O ambulatório estava para ser desativado durante as obras da nova emergência, que encontram-se atualmente em final de execução.

pacientes, organização, sinalização e principalmente conforto dos usuários (tanto pacientes quanto funcionários) eram problemas críticos já na época da pesquisa e integravam, portanto, o escopo do projeto de reformulação da emergência que se encontrava em implantação.

Sinalização e orientação dos usuários

Estes foram pontos apontados como negativos nos setores e ambientes do Hospital contemplados na pesquisa. O grande porte do Hospital por si só já gera enormes dificuldades desta ordem, demandando um meticuloso sistema de sinalização dos setores e percursos e orientação dos processos e fluxos de atendimento.

Conforto para pacientes, acompanhantes e funcionários

Neste hospital era crítica a condição de conforto dos usuários, sejam eles pacientes e acompanhantes ou funcionários. Espaços com área insuficiente e inadequados do ponto de vista da iluminação e ventilação, equipamentos e instalações danificados eram as características dominantes na unidade, comprometendo seriamente a qualidade e resolutividade do atendimento e chegando a gerar uma sensação de desumanização. A falta de condições naturais de iluminação e ventilação e as deficiências dos sistemas artificiais também geravam enorme desconforto em vários setores, conforme apontado pelos usuários na pesquisa. Dentro deste item podemos também incluir a falta de dispositivos de apoio às pessoas com dificuldades de locomoção.

Manutenção da infra-estrutura física

O Hospital enfrentava graves dificuldades por conta da falta de manutenção predial e de equipamentos médico-hospitalares, aspecto associado na pesquisa como um fator capaz de qualificar o atendimento e, em conseqüência, favorecer a sua humanização.

Espaços para estar, lazer e recreação

O Hospital apresentava grande carência de ambientes para lazer, recreação e estar, tanto para pacientes e acompanhantes, quanto para funcionários. Os pacientes e acompanhantes não contavam com suficientes espaços deste tipo para que pudessem sair um pouco e amenizar o estresse típico das enfermarias, especialmente em setores como CTI e CTQ – Centro de Tratamento de Queimados. No CTQ infantil esta situação era mais difícil, dada a superlotação e a gravidade dos quadros das crianças. Os funcionários também apresentaram demandas de espaços para lazer e convívio, a seu ver capazes de aliviar a tensão a que são submetidos nas jornadas de trabalho.

4.2.7. Conclusões

Como pudemos verificar neste caso, na estrutura da representação de humanização por parte dos usuários do Hospital Souza Aguiar, o item central *atendimento*, assim como no caso do Hospital Lourenço Jorge, reflete a continuidade do paradigma biomédico em detrimento de uma abordagem holística de saúde. Além disso, *atendimento*, aqui neste caso, pela elevada demanda a que o Hospital tem que fazer frente, ressalta as deficiências relativas ao seu provimento. Como já mencionamos no caso anterior, os hospitais com atendimento de urgência e emergência se encontram permanentemente sobrecarregados, em função da carência de estabelecimentos de atenção básica ou de menor complexidade, e também de ações de promoção de saúde. Neste caso do Souza Aguiar, a procura pelo Hospital é ainda maior, dada a sua localização central no município e a proximidade de importantes terminais de transporte, o que faz com que um grande contingente de usuários venha de regiões distantes e até de outros municípios que não contam com uma rede de saúde minimamente resolutive.

O item *tratamento*, indica a urgência de se dar uma maior atenção às necessidades psicológicas dos usuários, conforme preconizado por Howard (1975; ver capítulo 2), que neste Hospital se encontram ainda menos favorecidas, devido às próprias características sócio-econômicas da clientela. A autora associou humanização, entre outras coisas, à personalização do cuidado, envolvendo o desenvolvimento da empatia (compromisso com o paciente; se colocar no seu lugar dele), e do que ela chama de afeto positivo, que é abandonar a tradicionalmente recomendada neutralidade médica e científica, e transmitir carinho e segurança ao paciente.

Para que estes dois itens se viabilizem integralmente, como já dissemos no caso anterior, é necessário que melhores *condições de trabalho* sejam oferecidas também aos profissionais de saúde. A presença do elemento *recursos humanos* no núcleo central enfatiza a dificuldade da Instituição com relação a este tema, refletindo não só a carência no quantitativo de profissionais, mas, as precárias *condições de trabalho* a que são submetidos, pela falta de materiais e equipamentos e até mesmo pelas condições ambientais. Também neste Hospital se verifica um desequilíbrio na distribuição dos espaços ocupados pelas equipes, que é determinada pela hierarquia entre os diferentes níveis de profissionais. Por exemplo, profissionais de diferentes níveis não ocupam um mesmo ambiente de conforto técnico.

Neste hospital, como vimos, a humanização é também fortemente associada ao ambiente físico (elemento *estrutura*), para o qual os usuários apontaram os aspectos positivos, negativos e

sugestões. Com vistas à humanização e considerando o que foi evidenciado na pesquisa, podemos recomendar para a arquitetura da Instituição algumas medidas gerais⁹⁰, como:

- criação de espaços de lazer, atividades e estar para pacientes, acompanhantes, em todos os pavimentos de internação (atualmente só o pavimento destinado à internação infantil conta com ambientes deste tipo);
- melhoria das condições de permanência dos acompanhantes nas enfermarias, medida que deverá exigir a diminuição de pelo menos um leito em cada uma delas;
- criação de espaços de lazer e estar para funcionários e melhoria dos ambientes de repouso e vestiários dos funcionários menos graduados;
- criação de áreas de lazer e jardins no nível térreo, medida que poderia ser executada, por exemplo, a partir da transferência de parte do estacionamento, que hoje ocupa quase todas as áreas livres em torno da edificação, para a área posterior do terreno;
- reversão do aspecto sombrio dos ambientes, através de renovação de materiais de acabamento, tratamento de cores, iluminação, atualização do mobiliário;
- melhoria da sinalização para melhor orientação dos usuários dentro da Instituição;
- promoção de melhores condições de conforto térmico, recuperando os sistemas de climatização existentes e utilizando meios naturais nos ambientes onde não servidos pelos sistemas artificiais;
- atualização da edificação em relação aos requisitos de acessibilidade.

Encontramos, em geral, durante a pesquisa no Hospital, condições desfavoráveis de todas as ordens, conforme foi aqui apresentado. Tais condições envolvem desde as carências diversas, como a de recursos humanos e materiais, até os excessos da demanda de pacientes. Alguns destes aspectos fogem dos limites de atuação da arquitetura, outros relacionam-se de uma forma indireta com ela, como destacamos na análise das relações entre os elementos componentes da estrutura da representação. No entanto, acreditamos que dois fatores principais podem ser tomados como alavancas para uma revitalização do Hospital Souza Aguiar: a qualidade técnica e a confiança atribuída pelos usuários às equipes, aspectos desenvolvidos ao longo de décadas, que carecem de revalorização e suporte material e estrutural; a qualidade do projeto original, que apesar do grande porte e das modificações empreendidas ao longo do tempo, revela, por um lado, a sua atualidade na concepção dos espaços, especialmente nos setores de internação, e por outro lado, a sua flexibilidade para atualização tecnológica, programática e conceitual.

⁹⁰ Medidas específicas são necessárias em cada setor, conforme foi detalhado no relatório de avaliação do ambiente construído que desenvolvemos no grupo Espaço Saúde, que poderão ser contempladas nos projetos desenvolvidos pela SMS.

4.3. Hospital Municipal Jesus

Tinha que ter bichinhos, palhaço, porque as crianças têm medo. Umas mesinhas para as crianças desenharem, com cadeiras pequenas. (Fala de uma criança, 2003)

Esse hospital nem parece que é de criança. Tinha que ter umas coisas coloridas. (Fala de uma criança, 2003)

[A missão deste hospital é] trazer um pouco de carinho, afeto, para as mães poderem suportar a carga que enfrentam. (Fala de um profissional, 2003)

No setor de atendimento infantil apresenta-se aqui o estudo sobre o Hospital Municipal Jesus, unidade de referência em atendimento pediátrico no município do Rio de Janeiro. O Hospital Jesus foi tema da dissertação de mestrado “Humanização: Representações Sociais do Hospital Pediátrico” (BERGAN, 2005), da qual foi extraída uma grande parte das informações aqui apresentadas e de cuja pesquisa de campo tive a oportunidade de participar intensamente, na qualidade de pesquisadora do grupo Espaço Saúde. No presente trabalho, propomos retomar e comentar os dados e resultados daquela pesquisa, de modo a comparar as relevantes informações ali captadas com os demais estudos de caso realizados.

4.3.1. Histórico e caracterização arquitetônica

O Hospital Municipal Jesus, principal referência municipal em medicina e cirurgia pediátrica, está localizado no bairro de Vila Isabel, no Rio de Janeiro, pertencendo à AP 2.0. Anteriormente denominado de Hospital Estadual Jesus e Hospital Geral Jesus, foi inaugurado em 1935, numa época de grande preocupação com o alto índice de mortalidade infantil. No início de suas atividades, o hospital era composto de uma edificação principal, de quatro pavimentos, e duas edificações anexas. A internação era restrita às crianças de 3 a 13 anos, e os lactentes eram atendidos somente em regime ambulatorial. Ao longo do tempo, o hospital foi sofrendo inúmeros acréscimos, como ocorre com a maioria dos estabelecimentos de assistência à saúde. (BERGAN, 2005)

Conforme apresentado pela autora, o Hospital teve um papel crucial no combate à poliomielite e firmou-se como referência por seu enfrentamento de doenças de alta complexidade. Em 1953, época onde se registrou um surto da doença, inaugurou um serviço de isolamento exclusivo para

o tratamento desta doença e recebeu o primeiro pulmão de aço⁹¹ para o tratamento do filho do então Presidente da República Getúlio Vargas. Em 1958 passou a funcionar na Instituição a clínica de cirurgia infantil, dedicada ao tratamento de anomalias congênitas. Em 1963 foi inaugurada a Emergência, para atender aos casos de maior gravidade que surgiam no ambulatório, como meningite ou broncopneumonia, que necessitavam de um atendimento imediato. A partir da inauguração, em 1965, do centro de estudos, passaram a ser firmados diversos convênios com instituições de ensino. Entre estes, foi firmado um convênio com a Escola de Enfermagem Ana Neri, que passou a utilizar o Hospital como campo de treinamento, criando ali, inclusive, um curso de pós-graduação em enfermagem (BERGAN, 2005).

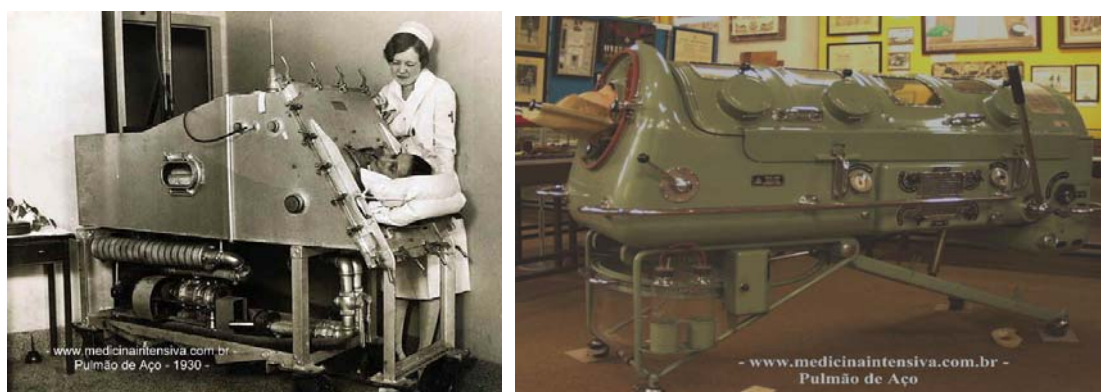


Fig. 92 e 93: Pulmão de aço
Fonte: www.medicinaintensiva.com.br, 2007

Atualmente, o hospital oferece atendimento ambulatorial, internação, internação intensiva, cirurgias, inclusive de alta complexidade e serviços de anatomia patológica. Sua estrutura física é composta de quatro grandes edifícios, de até seis pavimentos, alguns deles interligados por meio de passarelas, cujos projetos arquitetônicos objetivaram contornar, através de uma alta taxa de ocupação, as limitações do terreno (BERGAN, 2005).

A primeira edificação, composta de seis pavimentos abriga o ambulatório e o serviço de documentação médica. O edifício que se apresenta em seguida é o denominado edifício principal, com três pavimentos, onde estão localizadas a direção e administração, além do setor de internação. Interligado a este bloco por meio de passarelas, encontra-se um outro edifício, também com três pavimentos, onde estão localizados o centro cirúrgico, a enfermaria neonatal, o CTI e a unidade intermediária, a escola, a cozinha, o refeitório, a lavanderia e a rouparia. O

⁹¹ O equipamento conhecido como pulmão de aço era um ventilador mecânico não invasivo. No Hospital Jesus ainda existe um destes equipamentos, obviamente fora de uso.

quarto edifício, localizado junto à capela do hospital, possui dois pavimentos e abriga o setor de anatomia patológica (BERGAN, 2005).

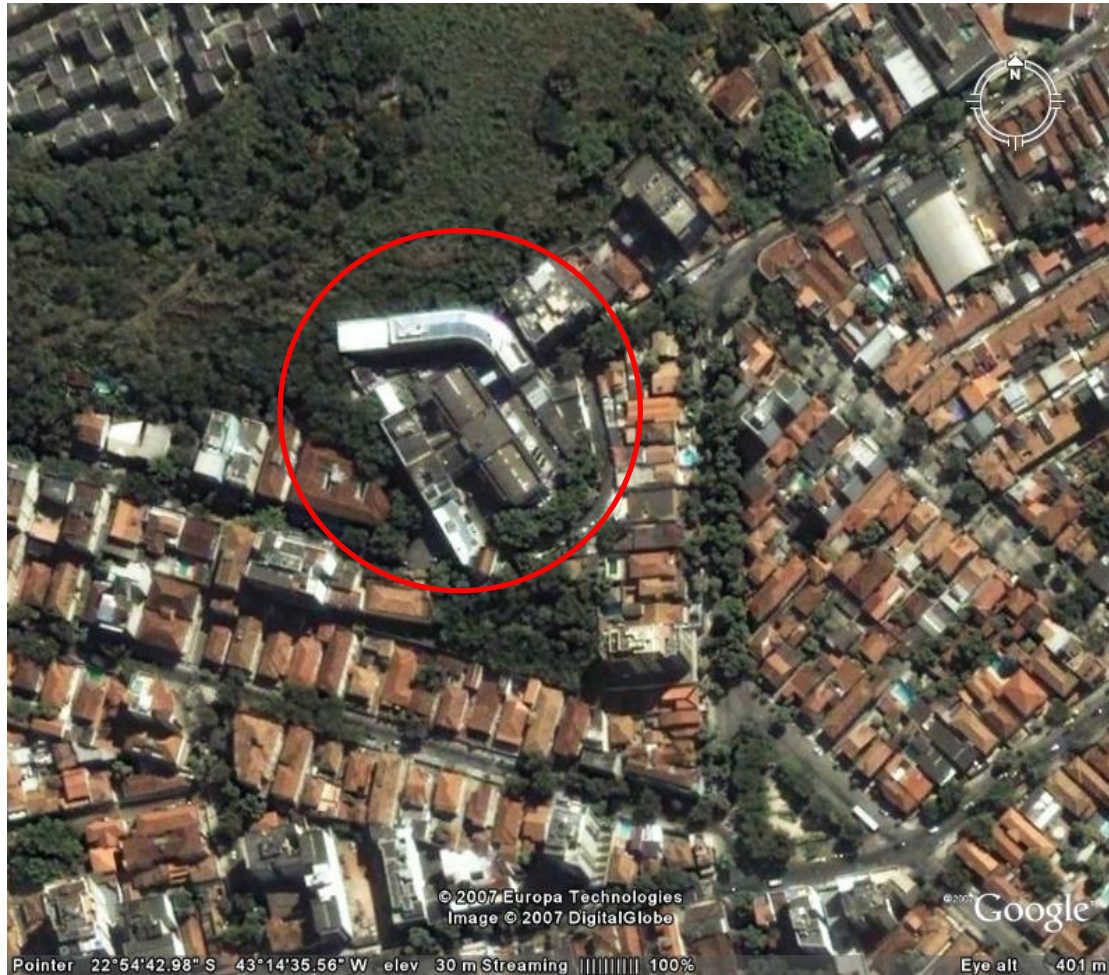


Fig. 94: Foto aérea da Instituição
Fonte: Google Earth, 2007



Figs. 95 e 96: Prédio do ambulatório e documentação médica; acesso ao bloco principal
Fonte: Espaço Saúde, 2003



- bloco principal
- documentação médica
- bloco anexo
- anatomia patológica
- capela

Fig. 97: Planta de situação do Hospital Municipal Jesus
 Fonte: Espaço Saúde, 2003

Quadro 26: Quadro de áreas dos edifícios do Hospital Municipal Jesus
Fonte: Espaço Saúde, 2003

BLOCO	ÁREA
Bloco 01 (ambulatório e documentação médica)	3.700,00m ²
Bloco 02 (internação, direção e administração)	3.054,00m ²
Bloco 03 (centro cirúrgico, internação neonatal, CTI, UI, escola, cozinha, refeitório, lavanderia e rouparia)	1.981,00m ²
Bloco 04 (anatomia patológica)	380,00m ²
Capela	108,00m ²
TOTAL	9.223,00m²

4.3.2. A pesquisa de campo

A pesquisa de campo no Hospital Jesus, coordenada por Carla Bergan (2005) foi realizada de setembro de 2002 a maio de 2003 e envolveu a participação de dez pesquisadores, entre professores, arquitetos, mestrandos e graduandos em arquitetura. Utilizando a abordagem estrutural das representações sociais⁹², o trabalho visava investigar a representação de humanização entre os usuários do Hospital, correlacionado-a às questões relativas ao espaço físico. Além disso, as informações ali coletadas iriam subsidiar o desenvolvimento de um projeto para requalificação da estrutura física da Instituição. Participaram da pesquisa 204 usuários, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 27: Participantes da pesquisa do Hospital Jesus
Fonte: Bergan, 2005

PARTICIPANTES	Masculino	Feminino	TOTAL
Crianças (pacientes ou visitantes)	21	12	33
Acompanhantes/visitantes	7	68	75
Funcionários	19	77	96
TOTAL	47	157	204

As idades das crianças participantes variavam de 3 a 11 anos, sendo que cerca de metade delas se situavam na faixa entre 5 e 10 anos. Quanto aos acompanhantes, a faixa etária era de 16⁹³ a 68 anos, sendo predominantes as mulheres entre 30 e 40 anos, geralmente mães de crianças hospitalizadas. Quanto aos locais de moradia dos participantes, 46% residiam em outros municípios, e os demais, distribuíam-se por bairros do município do Rio de Janeiro.

⁹² Ver descrição desta abordagem no capítulo 3 e nos casos anteriores (itens 4.1 e 4.2).

⁹³ Várias acompanhantes de crianças internadas eram mães ainda muito jovens.

Entre os 96 funcionários, a faixa etária era de 18 a 61, sendo a maioria mulheres entre 40 e 50 anos. 54% dos entrevistados eram técnicos ou auxiliares de enfermagem, 16% funcionários de nível superior (enfermeiros ou médicos), 12% funcionários administrativos e 18% terceirizados em funções diversas. A maioria dos funcionários entrevistados já trabalhava no hospital há mais de cinco anos.

Para a coleta dos dados na unidade foram utilizadas as seguintes técnicas: observação de campo, realizada em visitas feitas em horários diversos; aplicação de dois tipos de questionários (um para funcionários e outro para acompanhantes); elaboração de mapas cognitivos, atividade realizada somente com crianças; entrevistas com funcionários do hospital, objetivando o reconhecimento do contexto, e especialmente dos problemas e necessidades.

Os questionários continham as seguintes atividades:

- teste de associação de palavras, que era o primeiro item, para valorizar a espontaneidade das respostas;
- identificação e caracterização dos participantes: idade; sexo; condição em que freqüentava a Instituição - acompanhante ou funcionário; se acompanhante, local de moradia, motivo e tempo de tratamento no Hospital; se funcionário, a função, o local/setor de trabalho e há quanto tempo estava neste serviço;
- questionamento da missão do Hospital e se esta estava sendo cumprida;
- questionamento de como o entrevistado gostaria que o hospital fosse, se tivesse a oportunidade de construí-lo;
- questionamento sobre a importância da permanência do acompanhante ao lado do paciente na internação (a resposta a esta questão pode parecer óbvia, mas, o tema gerava polêmica entre os usuários, pelo fato das enfermarias serem coletivas e não oferecerem privacidade a pacientes e acompanhantes); eram solicitadas também sugestões a este respeito;
- questionamento sobre a necessidade de haver separação entre os leitos nestas enfermarias;
- questionamento sobre o que o Hospital tinha de melhor e de pior;
- solicitação de avaliação de alguns ambientes do Hospital, com atribuição de nota de 0 a 10 e justificativa para a resposta;
- solicitação de formulação de três sugestões de modificações que poderiam proporcionar um ambiente mais adequado ao Hospital.

4.3.3. O teste de associação de palavras: os sentidos da humanização

A atividade inicial realizada com os participantes era o teste de associação de palavras, onde os pesquisadores solicitavam a evocação das quatro primeiras palavras ou expressões que viessem à sua cabeça a partir do termo indutor *humanização do hospital*. Em seguida pedia-se que apontassem, dentre as evocações, as duas mais importantes, para que o próprio entrevistado hierarquizasse os elementos por ele evocados.

Na análise realizada por Bergan (2005), os dados foram separados segundo a condição do entrevistado na Instituição, ou seja, foram analisadas separadamente as respostas dos funcionários e dos acompanhantes/visitantes. As informações coletadas foram organizadas em categorias semânticas, gerando dois bancos de dados, um contendo as informações prestadas pelos funcionários e o outro relativo aos acompanhantes e visitantes. Os elementos evocados foram processados segundo a sua frequência e a sua ordem de evocação (Abric, 1994; Sá, 1996), com o auxílio do software EVOC 2.0, desenvolvido por Pierre Vergès, conforme realizado nos dois casos anteriores (itens 4.1 e 4.2). O teste de associação foi aplicado aos funcionários e acompanhantes, que totalizaram 171 participantes.

Numa segunda etapa, foi realizado um retorno ao campo para confirmação da estrutura da representação, conforme preconiza Abric. Nesta atividade, foi utilizada a técnica da dupla negação (ver itens 4.1 e 4.2), onde se perguntava sobre a possibilidade de se pensar em humanização sem se falar em cada um daqueles elementos integrantes dos sistemas central e periférico da estrutura da representação. Foram entrevistadas 81 pessoas, sendo 41 acompanhantes e 40 funcionários. Todos os elementos foram confirmados com índices acima de 95% (BERGAN, 2005).

Nos quadros gerados pelo processamento, os elementos situados no quadrante superior esquerdo são os mais frequentemente e prontamente evocados, e portanto, provavelmente integrantes do núcleo central da representação. Portanto, para os dois grupos de entrevistados, *atendimento* configurou a questão central associada à humanização, tratando-se de um aspecto de caráter mais geral, menos contextual, conforme o proposto por Abric (2003, 2000, 1994). Esta posição central para *atendimento* repete o que encontramos nos casos anteriores, onde vimos que este elemento se afigurou como o mais estável entre os associados à humanização. Cabe lembrar que *atendimento* engloba as questões relativas à sua qualidade e também à garantia do acesso, ainda um desafio enfrentado no processo de efetiva implantação do SUS. Como veremos

adiante, este elemento central *atendimento* foi também associado à própria missão do Hospital. No quadrante inferior direito estão os elementos periféricos, que retratam aspectos mais práticos, mais relacionados ao contexto, ao perfil e ao dia-a-dia da Instituição e, portanto, mais passíveis de tratamento numa intervenção. Estes elementos periféricos, como por exemplo, *carinho*, *organização* e *paciência*, se convenientemente tratados na prática, têm o potencial de contribuir para a qualificação da questão central, *atendimento*.

Quadro 29: Distribuição das evocações dos FUNCIONÁRIOS, segundo frequência e ordem média de evocação

Fonte: Bergan, 2005

	OME < 2,3	OME >= 2,3
FREQ. >= 16	Atendimento (17 – 2,00)	
5 < FREQ. < 16	Atenção (15 – 1,60) Melhoria (15 – 1,87) União (14 – 2,21) Reforma (12 – 2,17) Humano (11 – 1,91) Limpeza (9 – 2,11) Respeito (6 – 1,33)	Carinho (12 – 2,33) Paciência (8 – 2,38) Organização (7 – 3,00) Lazer (5 – 2,60) Alegria (5 – 3,00) Assistência psicológica (5 – 3,00)

Quadro 29: Quadro-resumo da primeira etapa da associação de palavras - FUNCIONÁRIOS

Fonte: Bergan, 2005

Nível da estrutura	Palavra	FREQ	No. de ocorrências em cada posição				OME
			1	2	3	4	
núcleo central	Atendimento	17	9	2	3	3	2,000
sistema intermediário	Atenção	15	8	5	2	0	1,600
	Melhoria	15	7	4	3	1	1,867
	União	14	3	7	2	2	2,214
	Reforma	12	5	1	5	1	2,167
	Humano	11	6	1	3	1	1,909
	Limpeza	9	4	2	1	2	2,111
	Respeito	6	4	2	0	0	1,333
sistema periférico	Carinho	12	3	4	3	2	2,333
	Paciência	8	2	3	1	2	2,375
	Organização	7	0	2	3	2	3,000
	Lazer	5	0	2	3	0	2,600
	Alegria	5	0	1	3	1	3,000
	Assistência-Psicológica	5	2	0	2	1	3,000
Legenda							
FREQ	frequência com que a palavra foi citada						
OME	ordem média de evocação da palavra						

Nos resultados relativos aos funcionários, além da questão central do *atendimento*, são associadas à humanização preocupações específicas deste grupo de participantes. *União*, por exemplo, envolve a necessidade do estabelecimento de melhores relações entre os profissionais, para que num esforço conjunto possam concorrer para o objetivo compartilhado, que é a melhoria do atendimento. *Melhoria, reforma, limpeza e organização* são elementos que dizem respeito às condições materiais e estruturais para a qualificação do atendimento que neste Hospital, a exemplo da maioria dos hospitais públicos, carecem de investimentos para reestruturação e atualização. Os elementos *atenção, humano, respeito, carinho, paciência e assistência psicológica* refletem a preocupação com a relação entre profissionais e pacientes/acompanhantes, evidenciando uma superação da ênfase na técnica e uma valorização das necessidades subjetivas/psicológicas de quem recebe o cuidado, conforme preconizam os programas oficiais (PNHAH e HumanizaSUS). A assistência psicológica foi um elemento mais valorizado neste Hospital do que nos demais pesquisados, já que os pacientes em questão são frágeis e sensíveis às intervenções e às experiências no ambiente hospitalar, estando, portanto, mais sujeitos ao desenvolvimento de traumas psicológicos. Além disso, os acompanhantes, geralmente mães, raramente estão preparados para lidar com as situações extremas de sofrimento dos seus filhos, o que requer uma atenção diferenciada, que vai muito além dos quesitos técnicos das terapias.

Quadro 30: Distribuição das evocações dos ACOMPANHANTES, segundo frequência e ordem média de evocação

Fonte: Bergan, 2005

	OME < 2,0	OME >= 2,0
FREQ. ≥ 15	Atendimento (28 – 1,86)	
5< FREQ. < 15	Tratar bem (9 – 1,67) Limpeza (7 – 1,86) Médico (6 – 1,67) Bom (5 – 1,40) Saúde (5 – 1,20)	Carinho (8 – 2,63) Organização (8 – 2,50) Reforma (8 – 2,00) Medicamentos (5 – 2,40)

Os acompanhantes entrevistados também associam à humanização elementos estruturais e materiais como *limpeza, organização e reforma*, e acrescentam o elemento *medicamentos*, que indica a preocupação cotidiana com a carência do Hospital neste item, dificuldade observada em outras unidades da rede pública. O elemento *médico* reflete o valor atribuído pelos acompanhantes a este profissional no processo de assistência, apesar da crescente incorporação da participação de outros profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, que cada vez mais interagem com os pacientes. *Tratar bem e carinho* refletem aquelas questões mais subjetivas das relações entre profissionais e

pacientes/acompanhantes, também apontadas pelos funcionários, que vêm a complementar os necessários requisitos técnicos para um atendimento de qualidade.

Quadro 31: Quadro-resumo da primeira etapa da associação de palavras - ACOMPANHANTES
Fonte: Bergan, 2005

Nível da estrutura	Palavra	FREQ	No. de ocorrências em cada posição				OME
			1	2	3	4	
núcleo central	Atendimento	28	12	9	6	1	1,857
sistema intermediário	Tratar-bem	9	4	4	1	0	1,667
	Limpeza	7	2	4	1	0	1,857
	Médico	6	3	2	1	0	1,667
	Bom	5	3	2	0	0	1,400
	Saúde	5	4	1	0	0	1,200
sistema periférico	Carinho	8	2	2	1	3	2,625
	Organização	8	2	2	2	2	2,500
	Reforma	8	3	3	1	1	2,000
	Medicamentos	5	0	3	2	0	2,400
Legenda							
FREQ	frequência com que a palavra foi citada						
OME	ordem média de evocação da palavra						

4.3.4. A missão do Hospital

A pergunta sobre a missão do Hospital revelou informações que corroboraram para a construção dos sentidos atribuídos pelos usuários à humanização, na medida em que evidenciaram a situação da assimilação das propostas do modelo de promoção de saúde.

Entre os acompanhantes, Bergan (2005) detectou que mais da metade considera que a missão do Hospital Jesus é *atender, diagnosticar, curar, tratar e salvar*, verbos que expressam a vitalidade do modelo biomédico, enquanto 37% descrevem a missão como *cuidar, ajudar, melhorar a vida e servir*, aspectos consonantes com as propostas da promoção de saúde, como vimos no capítulo 2.

Já entre funcionários, segundo Bergan (2005) apenas 23% incorporam à missão do Hospital elementos como *ajudar, cuidar e carinho*, mas, predominam aquelas ações mais básicas e características do modelo biomédico, como *atender, salvar, curar e tratar*.

Assim, vemos que a missão do Hospital ainda é predominantemente associada aos aspectos mais técnicos e objetivos da assistência, sendo os aspectos mais subjetivos – e mais relacionados à humanização – menos reconhecidos como integrantes da missão. No entanto, a sua presença denota a transição vivenciada pela assistência à saúde.

4.3.5. A visão dos funcionários e acompanhantes sobre o espaço hospitalar

Na pesquisa, foi levantada também a visão dos funcionários e acompanhantes em relação ao ambiente do Hospital, o que permite a correlação com os dados até aqui apresentados. Foram também apresentadas por estes usuários inúmeras sugestões que contribuíram para o desenvolvimento posterior de um projeto de requalificação da Unidade.

Entre os funcionários, foram apontadas as seguintes questões: a necessidade de ampliação do Hospital, para fazer frente à demanda; a promoção de intervenções que solucionem problemas de acessibilidade⁹⁴; a concepção de espaços mais estimulantes e adequados à percepção⁹⁵ e às necessidades das crianças, especialmente no que diz respeito ao lazer e recreação; a definição de acomodações e facilidades para os acompanhantes para que possam ter algum alívio do estresse a que estão submetidos e também para que possam exercer minimamente as atividades de cuidado pessoal⁹⁶; criação de jardins e espaços mais amenos ao ar livre, pois as áreas externas são ocupadas principalmente por estacionamentos; melhoria das condições e ampliação da escola, considerada necessária para que a criança esqueça um pouco que está internada e não perca a continuidade de seus estudos; melhoria das condições de conforto térmico.

A questão da privacidade foi também discutida nesta etapa da pesquisa. A maioria (63,5%) dos entrevistados defende a instalação de dispositivos de separação entre os leitos, como forma de

⁹⁴ O Hospital possui muitas escadas, onde muitas vezes os pacientes têm que ser transportados em cadeiras de rodas. Dentro dos blocos há elevadores, mas, a acesso principal, por exemplo ao bloco de internação se faz por uma escada.

⁹⁵ Uma funcionária observou que devem ser evitados motivos como anjinhos e estrelas, que na concepção das crianças, representam a morte. Esta observação nos ajuda a visualizar a complexidade e a especificidade deste universo, que não é simplesmente um universo infantil, mas, envolve a compreensão e a consideração de toda uma linguagem simbólica que, se mal aplicada, pode gerar resultados contrários ao que se espera.

⁹⁶ Os acompanhantes permaneciam praticamente “acampados” nas enfermarias, sem local para lavagem de suas roupas e para guarda de seus numerosos pertences, já que muitos pacientes permanecem internados por muitos meses. Os acompanhantes guardam malas sob os leitos e para o seu repouso, só contam com as tradicionais e desconfortáveis poltronas, encontradas na maioria dos hospitais públicos. Quanto aos espaços onde o acompanhante possa aliviar o seu estresse, estes foram apontados como necessários para que sentimentos negativos não sejam transferidos às crianças, vindo a prejudicar o seu restabelecimento (BERGAN, 2005).

oferecer um mínimo de privacidade, especialmente durante os cuidados pessoais e intervenções, já que em algumas enfermarias encontram-se adolescentes. Por outro lado, os demais entrevistados defendem a continuidade do espaço da enfermaria, devido, entre outros argumentos, ao incentivo às trocas de experiências e à solidariedade entre os usuários. A comunicação entre pacientes e acompanhantes representa, na sua concepção, uma forma de terapia (BERGAN, 2005).

Foram também apontados diversos problemas de caráter funcional, como: necessidade de adequação dos fluxos e setorização, em relação aos processos e atividades vigentes; adequação das edificações em relação aos requisitos de prevenção e combate a incêndio e pânico, especialmente no que se refere ao escape.

Para os acompanhantes, a maioria das questões espaciais mais relevantes coincide, em linhas gerais, com as apresentadas pelos funcionários, destacando-se: a transformação dos ambientes, revertendo a frieza e tristeza atuais em mais alegria, luz natural, cor, som ambiente; criação de espaços de lazer fora das enfermarias, como jardins, salas de TV e atividades artísticas, considerando que a maioria das crianças não necessita e nem deveria estar permanentemente no leito; definição de ambientes para os acompanhantes, inclusive banheiros separados dos das crianças.

4.3.6. A visão das crianças sobre o espaço hospitalar

Os problemas que traziam as crianças participantes da pesquisa ao Hospital Jesus geralmente eram ligados a doenças crônicas (36,4% dos casos). O percentual restante se distribuía entre casos agudos - dor, infecção, desidratação – (3% dos entrevistados), visitas de rotina, como imunização (15,15%) e casos cirúrgicos (15,15%). Cerca de 48,5% destas crianças freqüentavam o Hospital Jesus há mais de um ano (BERGAN, 2005).

A atividade desenvolvida com as crianças teve como foco principal a expressão gráfica. As crianças eram incentivadas a desenhar o Hospital e depois descrever o seu desenho. Os desenhos obtidos ilustram a força e o potencial simbólico de alguns dos elementos da arquitetura junto a esta clientela. Apesar de composto por vários blocos, inclusive o de acesso, que proporciona o primeiro contato dos usuários com a Instituição e onde estão os principais elementos de comunicação visual e sinalização, quase metade dos desenhos (48%) apresentava o bloco da internação, o mais antigo de todos, situado no “miolo” do complexo, com o seu

amplo acesso central. Estes desenhos destacavam a imponência da fachada principal deste bloco, simétrica, composta das muitas janelas das enfermarias de internação geral.



Fig. 98: Representação do hospital, segundo um paciente, Mostrando a fachada principal do prédio da internação, onde o ambiente construído foi representado em cinza, e as cores estão nos objetos e pessoas que o ocupam.
Fonte: Espaço Saúde, 2003

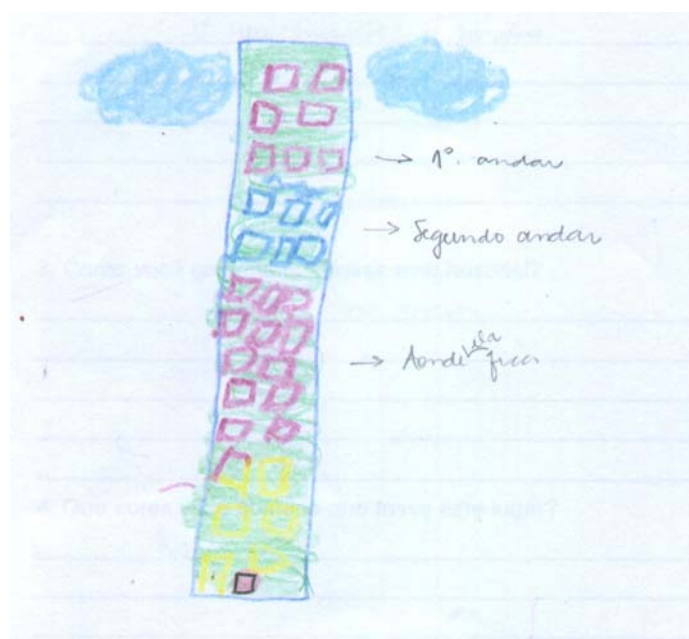


Fig. 99: Representação do hospital, segundo um paciente, onde se encontra valorizado - e exagerado - o porte da edificação, chegando às nuvens.
Fonte: Espaço Saúde, 2003

Algumas crianças destacavam outros elementos da construção, que para elas despertavam maior interesse, como os elevadores antigos de portas pantográficas, as escadas, os vários carros estacionados em torno do prédio, as passarelas que ligam alguns dos blocos. Uma das crianças desenhou o corrimão da escada da espera do ambulatório, que é utilizado como brinquedo, na falta de outros recursos de lazer e distração durante a espera do atendimento. Muitas crianças ilustraram e mencionaram a necessidade de muitas cadeiras e bancos, também associada a estas longas esperas por elas enfrentadas.

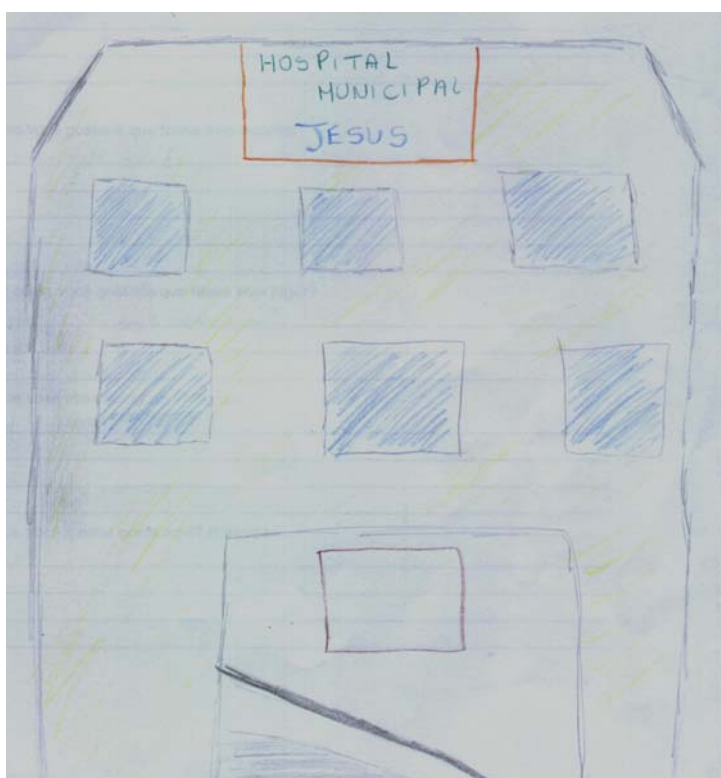


Fig. 100: Representação do hospital, segundo um paciente, demonstrando a imponência e simetria da fachada da internação, com destaque para a escada de acesso
Fonte: Espaço Saúde, 2003

Pacientes e funcionários foram também retratados em muitos desenhos, onde apareciam muitas crianças e alguns médicos, inclusive com o nariz de palhaço utilizado pelos Doutores da Alegria, programa muito valorizado pelas crianças.



Fig. 101: Representação do hospital, segundo um paciente, destacando o passar do tempo (sol/chuva) e um recurso para a sua distração, a TV. A cruz no alto do Hospital não existe na realidade, mas foi representada em mais de um desenho das crianças.
Fonte: Espaço Saúde, 2003

As cores foram muito solicitadas pelas crianças no caso de uma reforma, e as mais presentes nos desenhos e nas preferências das crianças eram as primárias, as mais indicadas para aplicação no Hospital. Foram indicados também, pelas crianças, elementos do universo infantil, como parques, circo, jardins, entre outros, pelas crianças considerados necessários para amenizar o medo que sentem da internação e dos procedimentos.

Foram também solicitados pelas crianças ambientes mais alegres e confortáveis, climatizados; a escola também foi lembrada entre as sugestões. A disposição das enfermarias também foi uma preocupação das crianças, destacando que de alguns leitos não era possível ver a televisão, por exemplo.

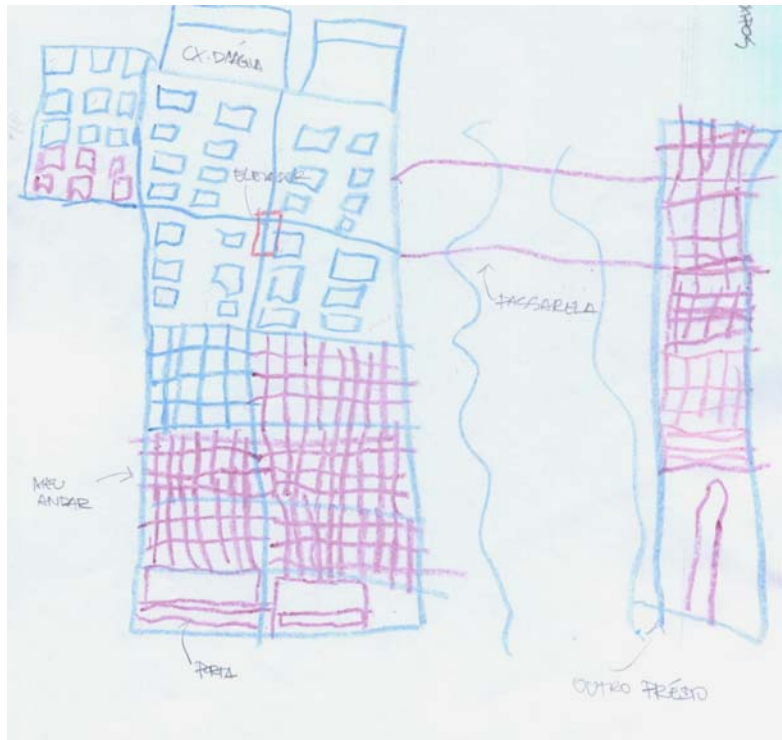


Fig. 102: Representação do hospital, segundo um paciente, demonstrando a passarela entre os edifícios e também a forma monumental com que vê o Hospital
 Fonte: Espaço Saúde, 2003

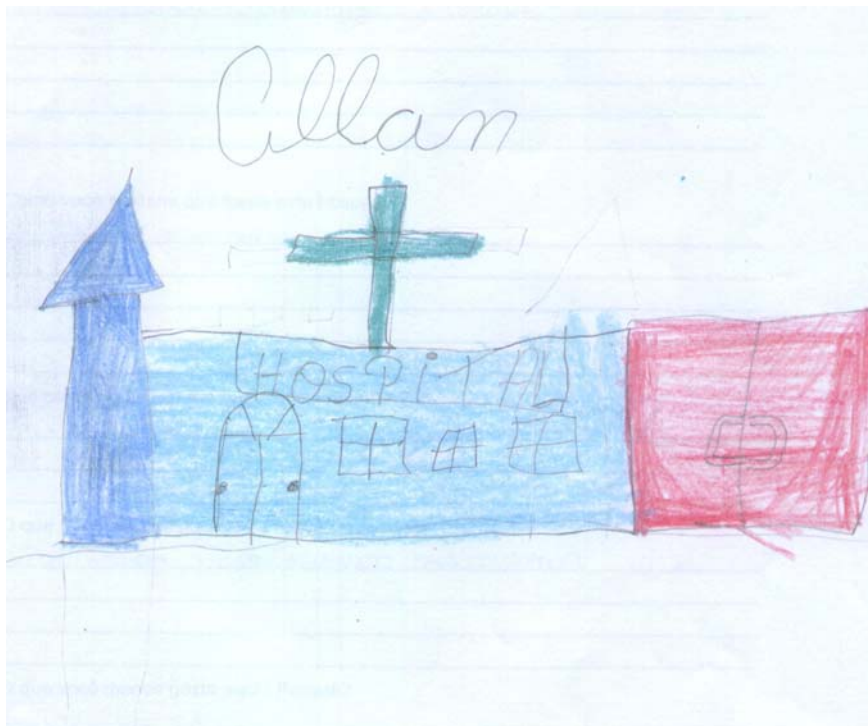


Fig. 103: Representação do hospital, segundo um paciente, onde também aparece a cruz sobre a edificação principal, que se mistura com a capela existente.
 Fonte: Espaço Saúde, 2003

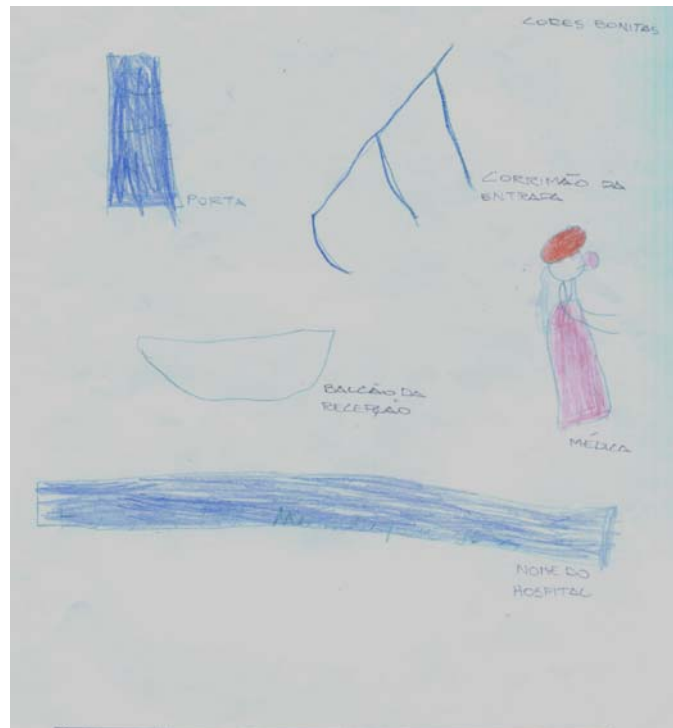


Fig. 104: Representação do hospital, segundo um paciente, ilustrando um palhaço do grupo Doutores da Alegria e o corrimão, que serve de escorregador.
 Fonte: Espaço Saúde, 2003

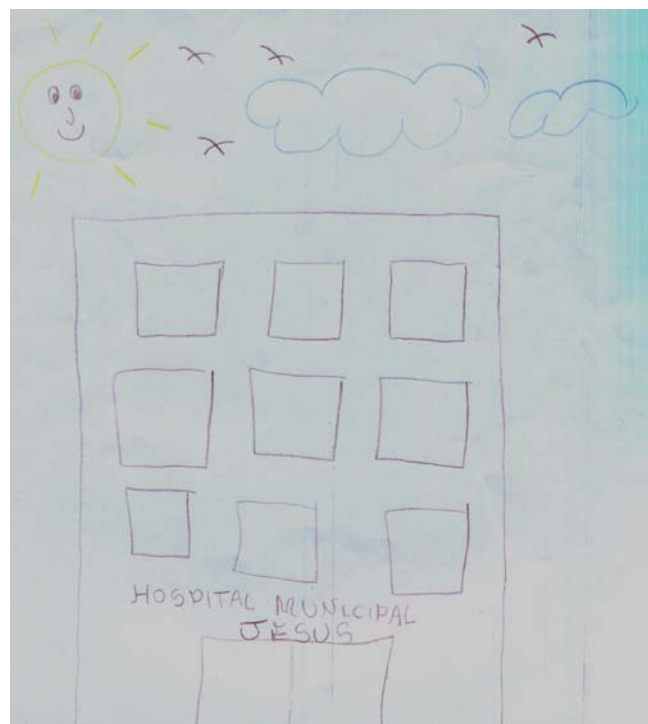


Fig. 105: Representação do hospital, segundo um paciente
 Fonte: Espaço Saúde, 2003

4.3.7. Resultados

A pesquisa revelou aspectos específicos do campo do atendimento pediátrico, que a autora sintetizou da seguinte forma (BERGAN, 2005):

O acolhimento – amenizando a imagem do hospital

A visão do hospital como uma edificação monumental, onde o acesso marca o rompimento com a rotina do paciente pode ser revertido não só com a redução do porte ou com a fragmentação em blocos ou unidades menores – medidas que só se aplicariam às novas construções – mas, também, com a criação de espaços de transição que amenizem a relação entre o exterior e o interior, e com tratamentos de fachadas que reduzam sensações como a verticalidade, por exemplo. O dimensionamento dos ambientes e edificações é percebido de maneira diferenciada e exacerbada nas crianças, o que deve ser considerado⁹⁷. Dentro deste item acolhimento, deve ainda ser destacada a questão da imagem institucional que, em geral, os hospitais apresentam. A luz fria, a presença dos equipamentos e da tecnologia médica, o mobiliário padronizado e geralmente inadequado ao público infantil, os processos formais e restritivos, entre outros, são elementos que contribuem para dificultar ainda mais a relação das crianças com o ambiente hospitalar.

A ligação com o exterior

Este item, apontado nas pesquisas através da recomendação de mais luz natural e da criação de jardins, solários e ambientes de transição (também apontados no item anterior), contribui para amenizar a experiência hospitalar, preservando a conexão do paciente com o mundo externo à instituição e a noção de dia ou noite (ciclo circadiano), fundamental para o funcionamento de algumas funções biológicas (FONSECA, 2000).

A segurança no ambiente hospitalar

Os ambientes pediátricos devem contemplar de uma forma especial a segurança. Como exemplo, os setores de ortopedia e reabilitação devem ser localizados em pavimentos térreos, reduzindo os percursos dos pacientes com dificuldades de locomoção. Rampas e corrimãos também facilitam a locomoção e evitam acidentes. Arestas vivas e materiais cortantes devem ser evitados, permitindo a circulação dos pacientes com segurança. Na pesquisa também foi constatada a necessidade de um planejamento dos fluxos nas áreas externas, minimizando o cruzamento de percursos de pedestres com veículos, aspecto que no Hospital Jesus representa

⁹⁷ Quantos de nós já experimentamos a sensação de voltar a um ambiente de nossa infância, depois de adultos, e constatar o quanto este é menor do que considerávamos?

uma preocupação constante. Ainda neste quesito, cabe incluir a necessidade de facilitar a orientação e a sensação de controle e segurança no espaço, seja por meio da própria configuração, partido arquitetônico e setorização, ou também por meio de uma sinalização eficiente.

Entretenimento e lazer

Os espaços para o lazer foram muito solicitados pelas três categorias de entrevistados. O lazer é considerado essencial para a plena recuperação das crianças, que muitas vezes permanecem longos períodos internadas. A criação de ambientes como salas de recreação, salas de TV, bibliotecas, brinquedotecas, parques externos às edificações, solários e até mini-zoos – desde que atendidas as questões de biossegurança – são elementos valorizados neste tipo de estabelecimento assistencial. Estes ambientes funcionam como uma possibilidade de escape da tensão e do estresse da permanência no leito hospitalar, são os locais onde o paciente retoma a sua vida de criança. Espaços para brincadeiras dentro das enfermarias também devem ser contemplados, atendendo principalmente aos pacientes imobilizados. Neste caso, as brincadeiras devem ser mais amenas, evitando o incômodo às outras crianças presentes e preservando também a sua própria segurança. As crianças que não estão internadas também precisam de entretenimento enquanto aguardam atendimento, sendo então necessários espaços apropriados junto às salas de espera.

Independência e privacidade

As crianças e suas famílias necessitam de independência, controle e privacidade. Para uma criança hospitalizada, isto significa poder brincar, ir à escola e cuidar de si mesma, se sentir útil e capaz de exercer as atividades de sua rotina. Neste sentido, principalmente para as crianças maiores, é importante, por exemplo, alcançar bebedouros e telefones, abrir portas, acender e apagar luzes, ver a outra pessoa do outro lado do balcão, utilizar o banheiro com ou sem cadeira de rodas e não depender dos acompanhantes para suas locomoção. Quanto à privacidade, esta se faz mais necessária entre as crianças maiores (10 a 12 anos) onde a preocupação com a exposição do corpo começa a se manifestar. Além disso, a presença de acompanhantes de ambos os sexos nas enfermarias também causa constrangimentos em determinadas situações.

A personalização dos espaços

A possibilidade do paciente personalizar minimamente o seu espaço contribui muito para que este desenvolva uma sensação de bem-estar, pois muitos pacientes e seus acompanhantes permanecem muito tempo no hospital (havia um paciente que já estava internado há um ano).

Muitos entrevistados, em especial os acompanhantes, mencionaram o desejo de intervir no espaço buscando uma ambiência familiar, simplesmente com a possibilidade de colocar quadros nas paredes, fotografias e outros objetos que remetam ao seu cotidiano ou às lembranças da sua moradia e familiares ou, por exemplo, com a disponibilização de espaços onde possam guardar seus pertences de forma segura.

Espaços para visitação

A manutenção da relação dos pacientes com seus irmãos e amigos pode ter grande participação na sua recuperação. Foi apontada na pesquisa esta necessidade de ampliação da visitação, o que requer ambientes adequados, que evitem que a criança visitante se sinta constrangida e/ou com medo. Estes espaços podem ser localizados fora do edifício, devendo ser preferencialmente fora das enfermarias, contando com áreas ao ar livre.

Conforto para acompanhantes e funcionários

O envolvimento e a participação da família são essenciais para a recuperação da criança, logo é primordial promover o seu conforto, principalmente considerando as longas permanências a que são submetidos. Os acompanhantes desempenham um papel importante nos cuidados com as crianças, pois são eles as pessoas que melhor conhecem e sabem lidar com elas, auxiliando, assim, nas mais diversas tarefas. Na pesquisa realizada, foram constatadas as dificuldades enfrentadas pelos acompanhantes, principalmente pela falta de conforto. Foram sugeridos espaços como: lavanderia, vestiários, refeitório, estar e dormitório, quando possível. Os funcionários também devem receber condições de trabalho que possibilitem o seu bom desempenho e uma relação menos estressante com os pacientes e acompanhantes. Assim, é necessário minimizar os seus percursos e facilitar a execução das tarefas, além de disponibilizar locais adequados para o seu repouso, cuidados pessoais e guarda de pertences. Normalmente, nas instituições, estes espaços são negligenciados e improvisados.

4.3.8. Conclusões

Nesta pesquisa, mais uma vez, destaca-se *atendimento* como o elemento central da representação de humanização. Para qualificar este atendimento, surgem elementos próprios daquele contexto e do perfil da Instituição, que são endossados pelas visões acerca da missão do Hospital e pelas discussões sobre o ambiente hospitalar.

Esta pesquisa contribuiu sobremaneira com as nossas investigações sobre o conceito de humanização, ao evidenciar a importância de se levar em conta aspectos que são específicos de cada perfil institucional e que devem ser contemplados pela arquitetura. Particularmente no caso de hospitais pediátricos é de fundamental importância a compreensão das dimensões e ordens dos impactos que as hospitalizações exercem sobre as crianças, e o potencial que tais eventos têm de se converterem em traumas futuros. Assim, a arquitetura pode oferecer contribuições, no mínimo, através da reversão dos elementos identificados como portadores deste potencial.

Os aspectos do ambiente construído revelados na pesquisa de campo estão diretamente relacionados com a estrutura da representação social de humanização, assim como encontram-se compatíveis com as premissas estabelecidas pelos documentos e programas oficiais sobre este tema. O estudo teve, ainda, o mérito de fornecer um quadro detalhado deste universo tão particular que é a assistência pediátrica, construído a partir das vivências de seus usuários nos seus espaços.

4.4. Casa do Sol – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

Sempre gostei daqui, mas, eu queria um pouco de liberdade condicional.
Hospital deveria ter flor. (Falas de pacientes, 2003)

[...] grande estrutura de concreto - grades por todos os lados, que parecem proteger o interior dessa grande caixa da entrada de vida; a porta de entrada por muito tempo ficou aberta, permitindo a entrada de coisas que não cabiam do lado de fora; a porta de saída, no entanto, ainda é muito pequena. (Fala de um profissional, 2003)

Esta pesquisa foi desenvolvida em 2002 na Casa do Sol, uma das edificações que integram o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, instituição psiquiátrica pertencente à rede municipal do Rio de Janeiro. Trata-se do estudo de caso da dissertação de mestrado intitulada “Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: um estudo sobre a requalificação dos espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira” (FONTES, 2003). Consideramos relevante revisitar este trabalho pois seus resultados possibilitaram a configuração de um quadro da humanização na saúde mental e da sua relação com a arquitetura, em meio à implantação da Reforma Psiquiátrica⁹⁸. A Reforma tem como

⁹⁸ A Reforma Psiquiátrica é o movimento de humanização específico do campo da saúde mental.

proposta a extinção do modelo manicomial em favor de formas substitutivas focadas na desospitalização, desinstitucionalização e ressocialização dos portadores de transtornos mentais. A especificidade do quadro ali encontrado ilustra a complexidade do conceito de humanização, ao apontar demandas exclusivas deste campo da saúde.

O trabalho teve como objetivo investigar as representações sociais dos usuários daquela edificação acerca dos espaços existentes e dos espaços ideais para a assistência. Entre os usuários estavam pacientes e funcionários de várias categorias. Entre estes funcionários captamos também as suas representações sobre a Reforma Psiquiátrica.

4.4.1. Histórico e caracterização arquitetônica

O Instituto Municipal de Assistência à Saúde (IMAS) Nise da Silveira⁹⁹ está localizado no bairro do Engenho de Dentro e é, ainda hoje, uma das principais e mais tradicionais referências em tratamento psiquiátrico no município do Rio de Janeiro. Até 1996, a Instituição estava vinculada à esfera federal e a sua municipalização visou atender às diretrizes de descentralização das ações de saúde propostas pelo SUS.

Ao longo de sua história, a Instituição se caracterizou por reunir em seus quadros os expoentes da psiquiatria brasileira e por assumir posições de vanguarda na assistência ao sofrimento mental. Funcionando naquele local desde 1911, o complexo hospitalar foi criado para receber as pacientes de uma antiga colônia para alienadas que seria desativada na Ilha do Governador. A partir de 1918, sob a direção de Gustavo Riedel, a Instituição passou a subsidiar práticas inovadoras em psiquiatria¹⁰⁰.

O complexo ocupa uma grande área arborizada, de aproximadamente 74.800m² às margens da Linha Amarela, importante via de ligação da avenida Brasil ao bairro da Barra da Tijuca, e se compõe de diversas edificações construídas em diferentes períodos, muitas delas de grande

⁹⁹ O IMAS Nise da Silveira ainda hoje é mais conhecido por sua denominação anterior: Centro Psiquiátrico Pedro II ou simplesmente CPP II.

¹⁰⁰ Por exemplo, ainda na primeira metade do século passado, a Instituição implantou o Serviço Heterofamiliar, proposta que previa a construção de casas no interior do complexo, destinadas a funcionários que deveriam, em contrapartida, abrigar pacientes psiquiátricos pré-selecionados. Este modelo antecipava o atual modelo dos lares abrigados ou moradias assistidas, previstos pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, promulgada em 2001.

porte, onde funcionam unidades com diferentes perfis assistenciais, a maioria ainda destinada primordialmente ao atendimento em psiquiatria¹⁰¹.



Fig. 106: Foto aérea da Instituição, destacando em amarelo os seus limites e em vermelho a Casa do Sol
Fonte: Google Earth, 2007

Na trajetória da Instituição, o maior destaque, sem dúvida, foi o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira (1905-1999), que podemos considerar uma precursora dos movimentos pela humanização da assistência em nosso país. Os tratamentos psiquiátricos tradicionais, como a lobotomia e o eletrochoque incomodavam a psiquiatra desde o início de sua carreira, por considerar que a relação médico-paciente deveria se basear em compreensão e afeto. Na década de 40, Nise da Silveira criou na Instituição a Seção de Terapia Ocupacional, que visava desenvolver um meio de expressão do inconsciente dos pacientes através da arte e de outras

¹⁰¹ Algumas edificações foram nos últimos anos ocupadas por unidades de outros campos de saúde, como o Hospital Municipal de Reabilitação, por exemplo, que divide com a unidade de emergência psiquiátrica as instalações do antigo bloco médico-cirúrgico do complexo.

atividades ocupacionais. O sucesso deste trabalho¹⁰² e a grande produção das oficinas da Seção ensinaram a criação, em 1952, do Museu de Imagens do Inconsciente.

A partir da década de 80, a Instituição passou a receber maior atenção, ainda por parte do Governo Federal, e foram incorporados segmentos profissionais mais progressistas e com forte preocupação social, fatores que contribuíram para o desenvolvimento de iniciativas de modernização e humanização do atendimento. Em 1983, foi elaborado um plano diretor para reorientação da assistência psiquiátrica na Instituição, que preconizava, entre outras medidas, a utilização de recursos extra-hospitalares e a recomendação da internação somente como último recurso. Tais medidas já antecipavam algumas das incluídas da Lei Federal 10.216, de 2001, que viria a regulamentar a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental¹⁰³.

A edificação conhecida como Casa do Sol foi inaugurada em 1956 e destina-se atualmente à internação de pacientes crônicos, muitos deles com longo tempo de internação. Sua finalidade inicial era dar suporte em internação ao trabalho desenvolvido no Instituto de Psiquiatria, que funcionava em outra edificação da Instituição. Na década de 60, recebeu o nome de Unidade Hospitalar Professor Aduino Botelho – UHPAB - e passou a destinar-se exclusivamente aos clientes previdenciários, enquanto as outras edificações de internação existentes no complexo atendiam principalmente a indigentes. Na década de 80, foi extinta a vinculação previdenciária e a população de pacientes distribuiu-se mais uniformemente pelas unidades de internação.

Nesta época iniciam-se as tentativas de humanizar as condições de assistência naquela unidade. Entre as iniciativas estavam a mudança do nome e reformas nos ambientes da edificação. O projeto "Identidade Visual Integrada", elaborado em 1993 por Dalton Lopes Figueiredo, em seu trabalho final de graduação no Instituto de Arte e Comunicação Social, da Universidade Federal Fluminense – UFF, propunha uma série de intervenções em programação visual e na arquitetura dos interiores da unidade, além da adoção de um novo nome, Casa do Sol. O termo casa foi definido porque a população de usuários, em sua maioria, assumia aquele espaço como sendo a

¹⁰² Na Seção de Terapia Ocupacional e depois no Museu de Imagens do Inconsciente foram revelados diversos artistas, em geral portadores de esquizofrenia, e foram realizadas muitas exposições, inclusive internacionais. O trabalho também contribuiu para que Nise da Silveira empreendesse um grande desenvolvimento na pesquisa sobre o inconsciente, enriquecido através do intercâmbio que mantinha com Carl-Gustav Jung.

¹⁰³ A partir desta Lei foram também regulamentados modelos substitutivos ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os hospitais-dia e hospitais-noite, as unidades psiquiátricas em hospital geral – UPHG e as moradias terapêuticas. Além disso, foi redefinido o conceito de hospital psiquiátrico.

sua moradia e o termo sol foi escolhido por simbolizar energia. Ambos os temas apareciam, também, com grande frequência nos desenhos e pinturas dos pacientes.

O projeto previa ainda a pintura interna da unidade, segundo um detalhado estudo das cores e seus significados e propriedades terapêuticas. A fachada do prédio também recebeu um estudo para modificação, bem como toda a programação visual dos setores. Algumas das medidas propostas pelo projeto foram aos poucos incorporadas à unidade, como por exemplo os esquemas de cores para os ambientes. A mudança do nome representou uma importante contribuição para a Instituição, ao desencadear a substituição dos nomes de outras unidades.

A Casa do Sol é um edifício de seis pavimentos construído entre as décadas de 40/50 e apresenta características próprias da Arquitetura Moderna, como o predomínio da função sobre a forma, a presença de pilotis em parte do pavimento térreo, a preocupação com a modulação estrutural, proporcionando alguma liberdade à planta e a utilização de *brise-soleil* nas fachadas norte e oeste. No IMAS Nise da Silveira, aquela é a unidade onde se encontra o maior número de internos, a maioria de longa data e com reduzidas perspectivas de alta.

A preocupação em prevenir acidentes ou agressões entre os internos fez com que se prescindisse, no projeto, de algumas condições de conforto ambiental. Isto pode ser constatado na utilização de cobogós, em lugar de janelas, prejudicando o conforto térmico e lumínico em diversos ambientes. Em alguns casos, os cobogós foram mais recentemente substituídos por esquadrias de alumínio. A pintura interna com cores escuras, as grades nas janelas e na entrada das enfermarias e a escassez de mobiliário contribuem para o tornar sombrio e opressor o aspecto geral interno do edifício. Algumas das enfermarias, até o início de 2002, eram mantidas trancadas, para evitar as fugas de alguns internos, penalizando, assim, os demais moradores do setor.

O início de minha atuação no IMAS Nise da Silveira se deu através do convênio do grupo Espaço Saúde com a Secretaria Municipal de Saúde, justamente no momento em que a Instituição discutia a modificação de seu perfil, com base nas propostas da Reforma Psiquiátrica. Conforme um programa inicial fornecido pela Instituição, deveríamos desenvolver um projeto para requalificação da edificação, no sentido de transformar o antigo espaço asilar/manicomial em um espaço mais adequado à moradia, de preferência temporária, visando uma futura reintegração do interno à sociedade. Para isto, as enfermarias existentes seriam, duas a duas, transformadas em apartamentos para até quatro pessoas. Com esta proposta, a

instituição pretendia estimular nos internos a construção ou recuperação das suas referências sociais.



Fig. 107 e 108: Fachada principal e fachada dos fundos da Casa do Sol
Fonte: Espaço Saúde, 2002

No pavimento térreo havia, à época da pesquisa, um Centro de Convivência freqüentado por internos e egressos, que ali realizavam atividades de terapia ocupacional. O espaço era composto de consultórios, salas de atividades de grupo e oficinas, atualmente insuficientes para a expectativa de demanda que o Centro deverá aportar. Na ala esquerda, encontravam-se outros setores, como o CPD, que não possuíam nenhuma relação com as atividades do Centro, o que contribui para confundir os fluxos do serviço. Outro problema verificado se referia aos pátios. O pátio de acesso era ocupado pelo estacionamento da unidade, prejudicando a sua utilização pelos clientes. O pátio sul, aos fundos da edificação, devido ao seu acesso restrito e à sua ocupação por atividades de serviço, não costumava ser utilizado como área de lazer, embora tenha recebido, em outra ocasião, a instalação de equipamentos destinados a esta finalidade, como bancos e anfiteatro em concreto, conforme se pode ver nas próximas fotos.



Figs. 109 e 110: Pátio sul da Casa do Sol
 Fonte: Espaço Saúde, 2002

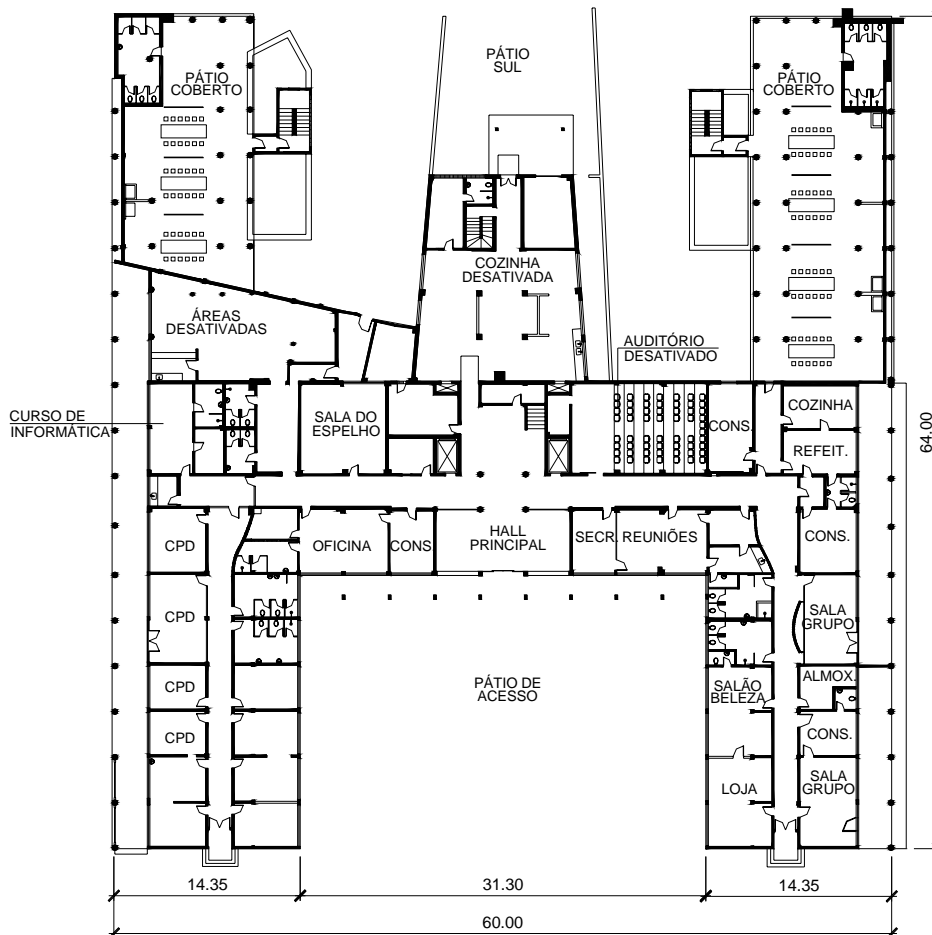


Fig. 111: Pavimento térreo da Casa do Sol, à época da pesquisa
 Fonte: Espaço Saúde, 2002

No segundo e no terceiro pavimentos, desenvolvia-se o Programa de Moradias, em quatro alas de enfermarias, duas femininas e duas masculinas, destinadas à internação de pacientes

crônicos, em sua maioria portadores de algum dos tipos de esquizofrenia e muitos deles desprovidos de vínculos familiares e sociais. Vários destes pacientes apresentavam também dificuldades de locomoção, geralmente decorrentes da sua idade avançada. No quarto e no quinto pavimentos encontravam-se, provisoriamente instaladas, as enfermarias de pacientes agudos. Estas enfermarias seriam transferidas para outra edificação do complexo, a ser reformada para abrigar um Setor de Emergência. O sexto pavimento concentrava os ambientes administrativos da unidade e duas grandes áreas que nunca receberam acabamento e, por isso, encontravam-se sem utilização.

As enfermarias de crônicos, que no passado eram mantidas trancadas para evitar as fugas, passaram gradativamente a ser abertas, permitindo a livre circulação dos clientes pelas demais dependências e pela área externa da Instituição. Além da abertura das enfermarias, buscava-se resgatar a privacidade e a autonomia dos clientes. Para isto, algumas destas enfermarias sofreram pequenas reformas para que fossem transformadas em apartamentos privativos, com o objetivo de preparar estes clientes para uma futura ressocialização. Estas reformas eram feitas de forma improvisada, com materiais doados e com a mão-de-obra do serviço de manutenção da própria Instituição, sem contar com um projeto arquitetônico. O banheiro e o refeitório existentes em cada ala do prédio, no entanto, permaneciam ainda sendo utilizados de forma coletiva.

Os pavimentos intermediários da unidade (segundo ao quinto pavimentos - pavimentos tipo), são compostos, cada um, de duas alas de enfermarias, desenvolvidas em torno do pátio sul, na forma de "bairros", como denominam os profissionais da Instituição. Estas "bairros" não possuem portas, apenas uma mureta de alvenaria que separa o seu espaço da circulação. Por este motivo, não oferecem privacidade, nem condições de conforto térmico, aos internos. As alas de enfermarias possuem, nas suas extremidades, seus respectivos banheiros coletivos, que também não proporcionam privacidade e muito menos segurança, devido à utilização de materiais inadequados para o revestimento do piso.

Como as alas são independentes, possuindo acessos, ambientes de apoio e convívio próprios, não existe um estímulo à convivência com as pessoas das outras alas, o que torna o espaço central de circulação ocioso, quando poderia ser explorado como um ponto de encontro dos clientes (ver fotos abaixo). As fotos, tiradas durante o dia, ilustram também o aspecto sombrio dos ambientes, proporcionado pelas cores e pelos cobogós e *brises*, que bloqueiam a luz natural.



Figs. 112 e 113: Hall do pavimento tipo
 Fonte: Espaço Saúde, 2002

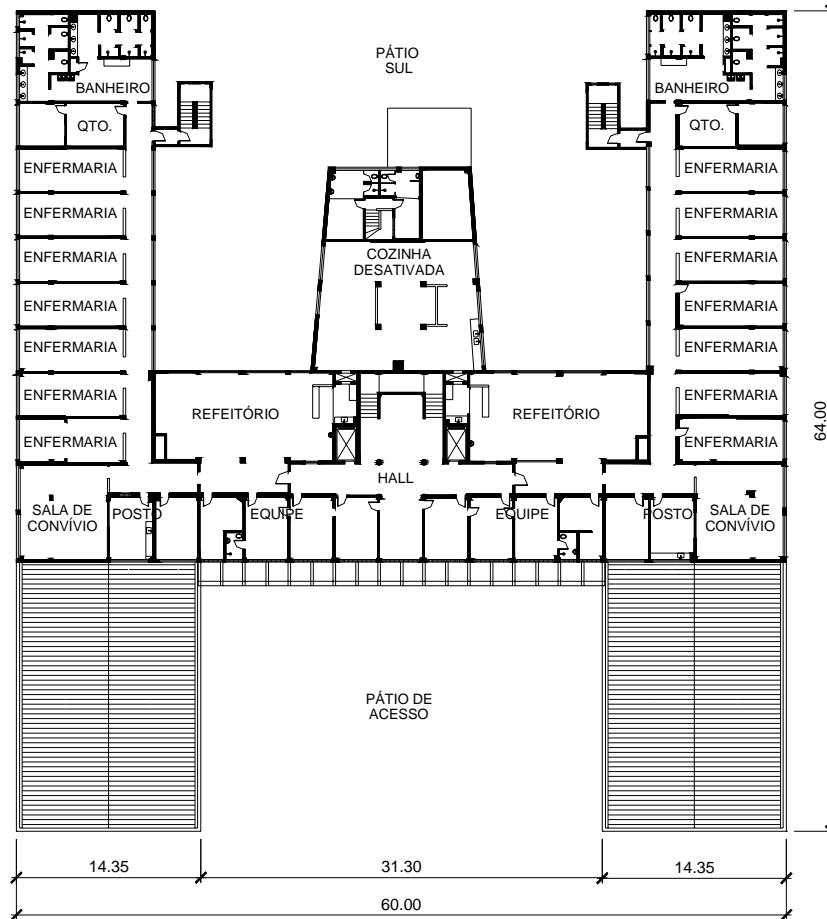


Fig. 114: Pavimento tipo da Casa do Sol, situação atual
 Fonte: Espaço Saúde, 2002

4.4.2. A pesquisa de campo

Paralelamente ao desenvolvimento do projeto de requalificação da Casa do Sol, realizamos uma pesquisa de campo junto aos usuários (clientes e funcionários) das suas instalações. Os objetivos desta pesquisa foram: levantar as impressões destes usuários com relação ao espaço arquitetônico atual; avaliar as suas expectativas sobre a requalificação destes espaços; exercitar a aplicação de um processo participativo que envolvesse estes usuários na formulação de sugestões e recomendações para futuros projetos semelhantes.

A princípio, não pretendíamos, com a pesquisa de campo, interferir no processo de reforma da estrutura física ora em andamento, mas, algumas sugestões levantadas puderam ser a tempo incorporadas ao projeto arquitetônico. A avaliação permitiu também verificar a validade e a importância de algumas das soluções concebidas, constatar a existência de elementos não contemplados pelo projeto de requalificação e, principalmente, levantar aspectos a serem incorporados em projetos futuros neste setor da saúde.

A avaliação se dirigiu, portanto, ao ponto de vista dos usuários da edificação, visto que, quanto aos aspectos técnicos da reforma, partimos do pressuposto que o projeto, então em andamento, já se encontrava provido dos dados técnicos necessários à sua implementação. Foram avaliadas as impressões dos usuários acerca do ambiente construído, a saber: diretoria da instituição, corpo técnico, funcionários e clientes internos (moradores da Casa do Sol) e externos (egressos que freqüentam o Centro de Convivência e moradores de outras unidades do IMAS Nise da Silveira). Consideramos relevante investigar o contexto que levou à idealização do modelo de moradia proposto pela Instituição, que investia na solução da moradia interna, contrariando o que era preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

A Teoria das Representações Sociais¹⁰⁴, ao se ocupar do estudo do senso comum e ao propor formas de se lidar com este saber social, vinha ao encontro das nossas pretensões em nossa pesquisa. Procuramos, então, nesta primeira pesquisa do grupo a contar com o aporte da Teoria, captar de forma qualitativa e aberta a visão que o universo dos usuários, sendo funcionários e clientes, construiu acerca das questões do espaço arquitetônico atual e da reforma a que o edifício seria submetido. A abordagem utilizada foi a processual ou clássica (ver capítulo 3), caracterizada por sua ênfase descritiva, baseada na análise dos suportes pelos quais circulam as representações, a saber: os discursos, os comportamentos e, neste caso também as imagens

¹⁰⁴ Ver no capítulo 3 a fundamentação metodológica.

produzidas pelos participantes. Construimos, para a investigação, um enfoque predominantemente qualitativo, visando dar conta da subjetividade dos dados que pretendíamos levantar: opiniões, impressões, expectativas. A opção pela utilização dos questionários abertos, por sua vez, minimizaria a nossa influência e direcionamento das repostas. A utilização de imagens foi um recurso de suma importância, pois muitos dos entrevistados apresentam dificuldades de comunicação verbal. O desenho e a pintura são formas fluentes de expressão naquele contexto, já que a Instituição privilegia, como terapia ocupacional, muitas atividades relacionadas às artes plásticas, uma herança do trabalho de Nise da Silveira.

Inicialmente, levantamos a população de internos da Casa do Sol, dados fornecidos pelo setor de informática da Instituição. Consideramos somente as enfermarias de crônicos, já que as de agudos apresentam muita rotatividade em sua ocupação (o que não significa que alguns destes clientes não tenham participado da pesquisa, como integrantes de outras categorias, que não as de moradores). Os dados foram organizados por enfermaria (duas femininas e duas masculinas), destacando idade máxima e mínima e média de idade, tempo máximo e médio de internação e diagnóstico registrado na data de internação, segundo a CID 10 - décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, trabalho conduzido pela OMS - Organização Mundial da Saúde, aprovado em 1989. Levantamos também a população de usuários do Centro de Convivência e o número de funcionários que atuavam na Casa do Sol. Os dados encontram-se nas tabelas a seguir.

Quadro 32: Clientes do Centro de Convivência
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

CENTRO DE CONVIVÊNCIA		
Este setor não possuía uma relação dos usuários que o frequentavam na época da pesquisa, visto que o comparecimento era livre, os clientes compareciam de acordo com a sua vontade ou necessidade.	Número total de clientes cadastrados	150

Quadro 33: Funcionários da Casa do Sol
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

FUNCIONÁRIOS	Diaristas	54
	Plantonistas	94
	Número total de funcionários	146
Não estão incluídos os estagiários, residentes e funcionários terceirizados.		

Quadro 34: População das Enfermarias
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

Enfermaria feminina Esperança Primeira enfermaria organizada exclusivamente para moradoras, considerando as suas características. A interna mais idosa tinha 89 anos, e a mais jovem tinha 46. O tempo máximo de internação era de 35 anos.	Número de internas:	23
	Leitos vagos:	1
	Média de idade:	62,34 anos
	Tempo médio de internação:	18,43 anos
	Diagnóstico:	CID F20.9 (esquizofrenia não especificada) – 17 internas CID F20.5 (esquizofrenia residual)– 2 internas CID F20.0 (esquizofrenia paranóide)– 1 interna CID F09 (transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado)– 2 internas CID F03 (demência não especificada)– 1 interna
Enfermaria feminina Revivendo Nesta enfermaria houve um recadastramento das internas em 02/05/1996, data que consta como a da internação de 12 das internas. Pode haver, portanto, internas com mais tempo de permanência, sem um registro anterior. A interna mais idosa desta enfermaria tinha 82 anos, e a mais jovem tinha 34 anos. O tempo máximo de internação era de 25 anos.	Número de internas:	22
	Leitos vagos:	0
	Média de idade:	55,59 anos
	Tempo médio de internação:	6,18 anos
	Diagnóstico:	CID F20.9 (esquizofrenia não especificada) – 16 internas CID F20.5 (esquizofrenia residual)– 3 internas CID F71.0 (retardo mental moderado)– 1 interna CID F09 (transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado)– 2 internas
Enfermaria masculina M1 O interno mais idoso desta enfermaria possuía 88 anos, e o mais jovem possuía 26 anos. O tempo máximo de internação era de 22 anos.	Número de internos:	25
	Leitos vagos:	3
	Média de idade:	49,72 anos
	Tempo médio de internação:	11,48 anos
	Diagnóstico:	CID F06 (outros transtornos cerebrais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física) – 2 internos CID F20.0 (esquizofrenia paranóide) – 13 internos CID F72.0 (retardo mental grave) – 6 internos CID F32.0 (episódio depressivo leve) – 1 interno CID F73.0 (retardo mental profundo) – 1 interno CID F84.0 (autismo infantil) – 1 interno CID F79.0 (retardo mental não especificado) – 1 interno
Enfermaria masculina M2 O interno mais idoso possuía 65 anos, e o mais jovem, 26 anos. O mais longo tempo de internação verificado era de 13 anos.	Número de internos:	18
	Leitos vagos:	7
	Média de idade:	42,22 anos
	Tempo médio de internação:	7,61 anos
	Diagnóstico:	CID F20.9 (esquizofrenia não especificada) – 2 internos CID F20.0 (esquizofrenia paranóide) – 1 interno CID F20.5 (esquizofrenia residual)– 1 interno SEM DIAGNÓSTICO – 14 internos
TOTALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE MORADIAS 56 dos 88 internos sofriam de algum tipo de esquizofrenia.	Número total de leitos	99
	Leitos vagos	11
	Número total de internos	88

Resumindo, então, os dados levantados:

Quadro 35: Quadro geral do campo
Fonte: IMAS Nise da Silveira, 2002

QUADRO GERAL DO CAMPO	Programa de Moradias	88
	Centro de Convivência	150, aproximadamente
	Funcionários	146
	Total	384

As técnicas utilizadas para a coleta de dados, na pesquisa de campo, foram:

- 1) observação não participante, realizada a partir de fevereiro de 2002, enfatizando a verificação dos aspectos relativos à apropriação do espaço por parte dos clientes;
- 2) observação participante, realizada nas reuniões semanais entre funcionários e clientes dos setores que compõem a unidade, onde procuramos colocar em discussão as questões da arquitetura e do projeto de requalificação;
- 3) realização de entrevistas com clientes, funcionários e membros da diretoria, responsáveis pelos setores envolvidos no projeto de requalificação;
- 4) aplicação de questionários abertos, que incluíram uma atividade de desenvolvimento de mapas cognitivos. Optamos pela aplicação de dois tipos de questionários. O primeiro foi aplicado aos clientes, visando a apreensão da sua representação do espaço arquitetônico atual da Casa do Sol, do seu espaço ideal e das possibilidades de sua materialização na reforma da Casa do Sol. O segundo foi aplicado aos funcionários, e desenvolveu os mesmos temas do questionário anterior, acrescido, porém, de questões complementares relativas ao seu entendimento e expectativas acerca da Reforma Psiquiátrica e suas implicações na arquitetura. A opção por questionários abertos se deu para que as informações fluíssem de forma mais livre e espontânea.

O processo de trabalho em campo foi realizado da seguinte forma:

- 1) a partir de fevereiro de 2002 foram realizadas as primeiras visitas à unidade, em diversos horários, com o objetivo de observar a rotina de internos e funcionários e sua relação com o espaço; neste período entrevistamos alguns funcionários e participamos também de algumas reuniões de setores da unidade;
- 2) a partir de junho de 2002 foi intensificada a participação nas reuniões semanais dos setores, de modo a mobilizar clientes e funcionários para as questões relativas à arquitetura;
- 3) em agosto de 2002 foram aplicados os questionários (ver no final deste anexo), com a colaboração do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva - NESC da UFRJ e a participação de 14 pesquisadores;

4) a partir de setembro de 2002 foram realizadas as últimas entrevistas, com a diretoria da Instituição e a coordenação dos setores envolvidos na pesquisa (Programa de Moradias e Centro de Convivência).

Durante a aplicação dos questionários, algumas categorias de funcionários e clientes se dispuseram mais a participar da pesquisa, outras não aceitaram. Em linhas gerais, pudemos observar um maior interesse em participar por parte de clientes e uma grande resistência dos funcionários, sendo que: os clientes (masculinos e femininos) do centro de convivência foram os que mais se interessaram em participar; entre os clientes do Programa de Moradias, os do sexo masculino se interessaram mais; as clientes mais idosas do Programa de Moradias foram as que mais resistiram à pesquisa (algumas inclusive “fugiam” de nós); entre os funcionários, os do Centro de Convivência foram os que mais se interessaram em participar; entre os funcionários, os dedicados aos cuidados pessoais dos internos foram os que mais resistiram em participar da pesquisa, porém, os que participaram revelaram interesse e envolvimento; os funcionários da área de psicologia e terapias foram os que participaram da pesquisa com mais entusiasmo, não se furtando a conversar longamente sobre os temas propostos.

Quanto à prática da observação participante, nos foi permitido o engajamento na rotina de assembléias semanais nos diversos setores da Instituição. Algumas destas reuniões contavam com a participação das equipes de funcionários e clientes, outras somente com a participação de funcionários. Esta prática se assemelha às realizadas em Gorizia, na Itália, narradas por Franco Basaglia em seu livro “A Instituição Negada” (1985). O principal aspecto preconizado por Basaglia para estas reuniões era a negação da autoridade e da hierarquia entre os níveis de funcionários, e também entre funcionários e clientes. As reuniões em Gorizia eram diárias, pois eram consideradas parte integrante e fundamental na terapia dos clientes.

Na Casa do Sol, as reuniões em cada setor¹⁰⁵ eram semanais. Seus principais objetivos eram estimular nos clientes a participação, a expressão de seus anseios e sentimentos, favorecendo assim as suas futuras possibilidades de reinserção na sociedade, além de reforçar e desenvolver o sentido de comunidade. Nas reuniões discutia-se de tudo, desde as questões do dia-a dia da Instituição, até as mais complexas questões sociais.

¹⁰⁵ Eram realizadas semanalmente reuniões nos seguintes setores: enfermarias femininas “Revivendo” e “Esperança”, do segundo pavimento do edifício; enfermarias masculinas “M1” e “M2”, do terceiro pavimento; Centro de Convivência, no térreo; reuniões de equipes do Programa de Moradias (enfermarias); reuniões de equipes do Centro de Convivência.

Ao longo do período dedicado ao estudo de caso, participamos de algumas destas reuniões, ocasiões em que foi possível conhecer melhor a realidade da Unidade, além de mobilizar as pessoas para a discussão dos aspectos relativos ao ambiente construído. As primeiras reuniões de que participamos foram em fevereiro de 2002, ainda informalmente, para reconhecimento do campo, quando era recente a abertura das últimas enfermarias masculinas. Intensificamos a participação nestes eventos a partir de junho, já com um plano definido para o trabalho de campo, que se estendeu até outubro de 2002.

4.4.3. Os resultados

Apresentamos a seguir os dados levantados na pesquisa de campo, classificados segundo as categorias de entrevistados, definidas abaixo. Antes do detalhamento dos dados, apresentamos também um quadro-resumo da pesquisa. Procuramos preservar a identidade dos entrevistados, não mencionando seus nomes ou atribuindo-lhes, quando necessário, nomes fictícios.

Quadro 36: Quadro-resumo da pesquisa de campo
Fonte: Fontes, 2003

Clientes entrevistados	Moradores da Casa do Sol	27	41	54
	Moradores de outras unidades do IMAS	03		
	Clientes externos do Centro de Convivência	11		
Funcionários entrevistados	Funcionários de terapia/tratamento	07	13	
	Funcionários de cuidados/trato dos pacientes	04		
	Outros funcionários (segurança, manut. etc)	02		
Entrevistas com a diretoria/coordenação dos setores envolvidos na requalificação			04	
Reuniões formais / observação participante			08	
Reuniões e visitas informais / observação não-participante			~25	

Com base nas condições em que o entrevistado freqüentava a Unidade (morador ou cliente externo; cliente ou funcionário), no grau de interesse em participar da pesquisa, e também numa primeira leitura das respostas¹⁰⁶, optamos por classificar os questionários em três categorias relativas a clientes e três relativas a funcionários, da seguinte forma:

¹⁰⁶ Esta primeira leitura nos permitiu identificar a existência de um perfil de respostas referente à condição na qual o entrevistado freqüentava a Instituição.

- 1) Clientes externos, que moravam fora da Instituição, freqüentadores do Centro de Convivência;
- 2) Clientes externos, que moravam em outra unidade do IMAS Nise da Silveira, freqüentadores do Centro de Convivência;
- 3) Clientes internos, moradores da Casa do Sol;
- 4) Funcionários que exerciam atividades de terapia, tais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, educadores etc.;
- 5) Funcionários que exerciam atividades relacionadas aos cuidados pessoais dos pacientes, tais como enfermeiros e auxiliares de enfermagem;
- 6) Funcionários administrativos e de manutenção predial, nesta categoria incluídos auxiliares administrativos, porteiros, faxineiras, seguranças etc.

A seguir apresentamos as avaliações relativas a cada uma destas categorias, finalizando com uma avaliação geral dos dados levantados. A partir da análise dos discursos e das imagens foram extraídos os aspectos mais freqüentes, que possibilitaram a identificação de esquemas de pensamento próprios de cada categoria de entrevistados.

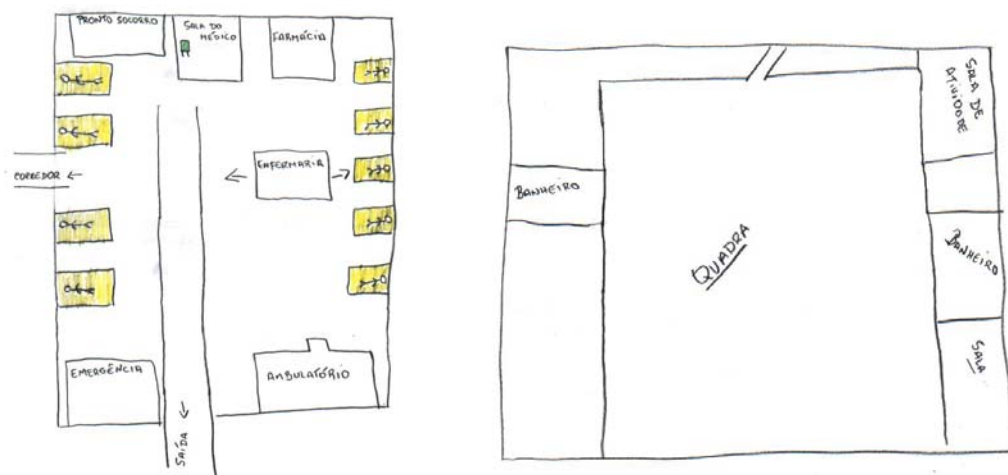
1) Clientes externos, que moram fora da Instituição, freqüentadores do Centro de Convivência

Estes clientes, por estarem de passagem e possuírem a vivência em sociedade, observavam aspectos que os internos já não percebiam¹⁰⁷, e apresentavam necessidades diferentes das dos clientes internos. Observamos, em alguns casos, um receio de represálias ao darem opiniões negativas.

Alguns usuários traziam também a experiência de situações mais desfavoráveis do que as oferecidas pela Instituição, como a vida em favelas ou cortiços. Tais experiências levavam estes usuários a uma avaliação positiva dos espaços da Casa do Sol. Muitos entrevistados, inclusive, manifestaram o desejo de morar na Instituição, ou de que fosse ali criado um espaço onde os clientes externos pudessem se refugiar em caso de necessidade ou crise. Alguns clientes mencionaram que gostariam de contar com um espaço para poderem se "refugiar" de suas famílias nos momentos de conflitos.

¹⁰⁷ Trata-se da perspectiva nova desenvolvida pelo visitante, identificada por Tuan (1980), que difere da visão do nativo ou morador.

Apesar de terem sido muito citados o abandono e a falta de manutenção das instalações físicas, vários clientes privilegiam a avaliação do serviço prestado, mencionando a limpeza, a comida boa, o feio uniforme dos internos, o excesso de medicamentos etc.



Figs. 115 e 116: Desenhos do cliente externo Reinaldo.

O primeiro representa os espaços existentes na Casa do Sol, onde destacava as enfermarias e a disposição dos leitos; o segundo desenho representa o espaço para a prática de esportes, que considera necessário na Instituição.

Fonte: Fontes, 2003

Para este grupo de usuários, entre os lugares preferidos na Casa do Sol, estavam a oficina de culinária, a marcenaria, a sala de desenho. Alguns clientes manifestaram a sua preferência pelas áreas externas às internas. O pavimento térreo era o preferido, no que se referia aos espaços internos.

Como local ideal para moradia, muitos clientes representavam o espaço da casa, geralmente a casinha com telhado em duas águas, dos desenhos infantis. Uma cliente, porém, citou, como espaço ideal, um edifício de apartamentos, com playground, piscina, sauna, segurança, portaria, jardim.

Na questão de como a Casa do Sol poderia se assemelhar a um espaço ideal, os clientes integrantes desta categoria mencionaram a necessidade de aquisição de mobiliário, especialmente armários e cadeiras, quadros nas paredes, decoração. O problema da falta de privacidade podia aí percebido: os clientes não possuíam armários, nem locais adequados para a guarda de seus pertences.



Fig. 117: Desenho do cliente João, representando o seu espaço ideal para a Casa do Sol, que descreveu como "um casarão, em estilo americano, com jardim e árvores na frente, sem grades, pois não tem medo de ser assaltado, com janelas enormes, na serra gaúcha". Este cliente dizia ter estudado engenharia e arquitetura, e gostava de fazer recomendações para o projeto, como dimensionamento mais adequado de vãos, entre outros.

Fonte: Fontes, 2003

Foi sugerida a divisão das enfermarias em "quartos com porta, janela, TV, plantas e um lugar onde bata sol, lugar para cada um guardar as suas próprias coisas, fogão para que os pacientes possam fazer sua própria comida", aspectos que vinham ao encontro do programa arquitetônico desenvolvido pela Instituição. Solicitavam também um auditório para as apresentações de teatro e aulas de dança. Muitos mencionaram a necessidade de sol, de iluminação natural, de plantas e flores. Uma cliente falou: "hospital devia ter flor". Foi também sugerida a reforma total do prédio, inclusive a pintura em cores claras, como o branco ou o bege, e a ativação dos espaços ociosos. Alguns solicitaram locais para a prática de atividades esportivas, como quadras e piscinas e locais para descanso depois do almoço.

2) Cientes externos, que moram em outra unidade do IMAS Nise da Silveira e freqüentam o Centro de Convivência

Estes clientes eram moradores de outros prédios do complexo, como por exemplo um outro programa de moradias existente no edifício Gustavo Riedel. Segundo funcionários, este programa estava mais avançado no que se refere à desinstitucionalização dos clientes do que o programa desenvolvido na Casa do Sol, por atender a uma população mais ativa e autônoma.

Na descrição do prédio da Casa do Sol atualmente, foi mencionado o fato das janelas serem "de um jeito que ninguém pula"¹⁰⁸, e a existência de muitos pombos. As enfermarias foram

¹⁰⁸ Estas janelas são do tipo pivotante, com folhas de cerca de 25 cm de largura, não permitindo a passagem de uma pessoa.

descritas como um espaço onde as camas estão dispostas como num quartel, uma ao lado da outra. O espaço era considerado grande, confortável, porém mal dividido. Os funcionários foram muito elogiados. A enfermaria Esperança foi citada como lugar preferido por uma das clientes entrevistadas.

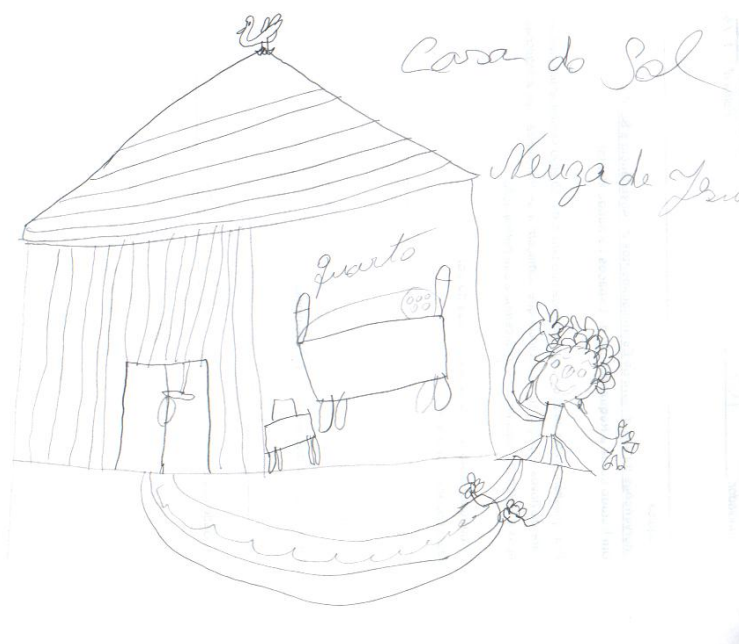


Fig. 118: Desenho de uma cliente, representando o espaço atual, onde retratou o seu quarto, destacando o mobiliário e um pombo no telhado (na verdade, este tipo de telhado não existe na edificação, parece fazer parte da sua representação de moradia).
Fonte: Fontes, 2003

Como lugares ideais, alguns consideravam os da própria Instituição, valorizavam os espaços que possuíam lá. Também foi citado como ideal o espaço de um apartamento descrito como “bem dividido”. Na Casa do Sol, para uma das clientes entrevistadas, só faltava organizar e dividir melhor os espaços.

Entre as sugestões para o espaço físico, havia a da criação de uma cantina "de verdade", onde os internos pudessem ter uma fonte de renda (a oficina de culinária, embora funcione regularmente, ainda não oferecia esta possibilidade). Esta questão da geração de renda era uma preocupação muito presente entre os clientes, mas, também entre os funcionários, por estar diretamente relacionada à possibilidade de desinstitucionalização.

3) Clientes internos, moradores da Casa do Sol

Esta população, conforme destacamos na caracterização do campo, possuía longo tempo médio de internação. No entanto, muitos destes internos não assumiam a Casa do Sol como moradia, e sim como uma situação temporária de internação em um hospital. Ao mesmo tempo, constatamos em alguns casos uma valorização do espaço/vaga conquistado na Instituição, o que sugere que a situação externa destes pacientes deveria ser em piores condições do que a que ali encontraram.

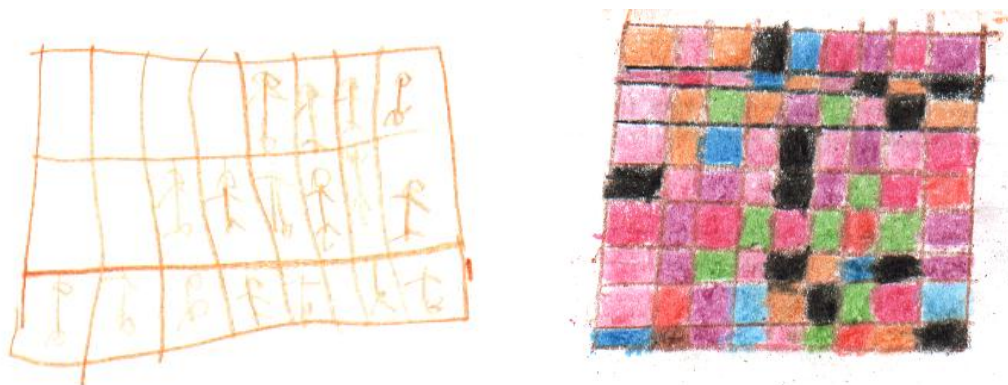
As internas de idade avançada foram as que mais explicitamente apresentavam este ponto de vista, revelando inclusive um medo de criticar e até mesmo de participar da pesquisa. Nas enfermarias femininas, por abrigarem as internas mais idosas, encontramos as maiores dificuldades em realizar a pesquisa. As clientes que moravam nestas alas eram as que menos desciam ao jardim e ao Centro de Convivência. Algumas participavam de atividades de bordado e costura dentro da própria enfermaria. Muitos funcionários destes setores também se recusaram a participar. Alguns até aceitaram o questionário, com a condição de que pudessem preenchê-los, eles próprios depois, em casa. Quando voltamos para buscá-los, os questionários haviam se perdido.

Nas enfermarias masculinas encontramos uma melhor disposição para a aplicação dos questionários, não só por parte de clientes, mas também, de alguns funcionários. Os clientes destas alas costumavam descer com frequência para os pátios e jardins do complexo e alguns participavam de atividades no Centro de Convivência.

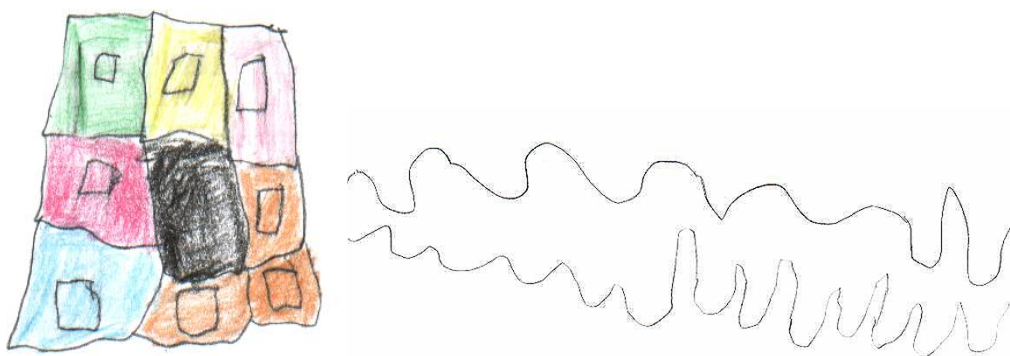
O prédio foi descrito por um cliente como "*very good, très jolie*", afirmando que sempre gostou de lá, e não é simplesmente porque se acostumou. Afirmou ser bem tratado e gostar da vida que levava lá. Este cliente morava num dos apartamentos improvisados nas enfermarias, e disse que não precisava mudar nada na Casa do Sol, mas que gostaria de um pouco de "liberdade condicional" (mesmo com a porta de sua ala de enfermarias aberta, este cliente pedia a nós, pesquisadores, permissão para sair). A Casa do Sol também foi descrita como um lugar de paz, amor e carinho.

Em geral, a avaliação do edifício era positiva, muitos entrevistados consideravam o prédio bonito, sendo descrito até, por uma interna, como "um lugar ideal para morar: casa grande, com muitas camas". Na figura a seguir, podemos verificar uma representação semelhante,

desenvolvida por outra cliente, onde se percebe a compartimentação do espaço e as pessoas lado a lado, ocupando as células.



Figs. 119 e 120: Desenhos de moradores, representando o espaço atual da Casa do Sol, destacando o aspecto reticulado da divisão dos espaços.
Fonte: Fontes, 2003



Figs. 121 e 122: Desenhos da interna Márcia, respectivamente representando os espaços atual e ideal da Casa do Sol. No espaço atual destaca um núcleo escuro, apesar das cores no entorno, e o mesmo padrão reticulado dos desenhos anteriores; no ideal, uma forma orgânica, foi descrito pela interna como um "lugar livre, sem ninguém para perturbar, sem minha mãe, meus irmãos, meu sobrinho, um lago onde todo mundo pode andar, tomar banho, um espaço livre, onde você pode ter sua liberdade".
Fonte: Fontes, 2003

O local preferido da maioria dos clientes era o pavimento térreo, onde estava o Centro de Convivência com suas salas de atividades. As áreas externas também eram estavam entre as mais apreciadas. Uma interna mencionava a sua preferência pelo térreo e o jardim, pois lá tomava sol e desfrutava de mais liberdade. A sala do espelho (onde são realizadas atividades de expressão corporal e também as reuniões semanais) e a cozinha (oficina de culinária) também foram citadas entre os espaços preferidos, além dos poucos apartamentos privativos existentes no prédio, criados de forma improvisada a partir do fechamento em alvenaria de

alguns boxes das enfermarias. Alguns internos, porém, preferiam as enfermarias originais, sem portas, pois temiam ficar isolados, esquecidos e privados de assistência.

Em relação aos lugares considerados piores, foram mencionados os pavimentos superiores (enfermarias) e os banheiros. Algumas poucas clientes não gostavam do térreo, pois acham que havia muita gente lá (principalmente aquelas clientes arredias ao contato com estranhos).

Como local ideal de moradia, os internos quase sempre apresentavam referências externas, apesar do mencionado cuidado nas críticas à Instituição. Muitos entrevistados citavam bairros da cidade, casas de parentes, casas próprias, mobiliadas, uma fazenda (foi citado o Sítio do Picapau Amarelo) e até mesmo um "palacete em Nova Iguaçu, com quarto, sala cozinha, porão, garagem, banheiro de gente e banheiro de cachorro".

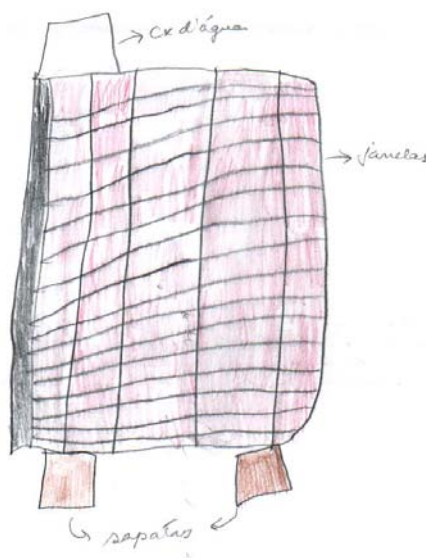
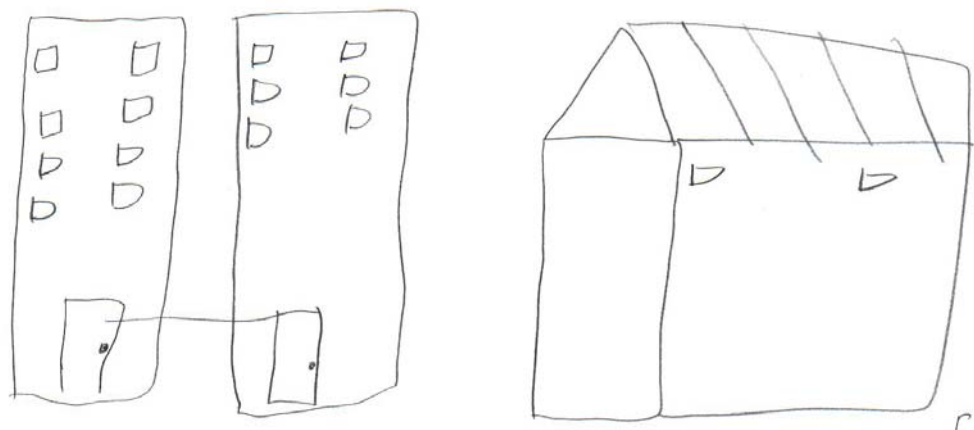


Fig. 123: Desenho da moradora Helena, representando o seu espaço ideal. Enquanto elaborava este desenho, lembrou-se do episódio do ataque às torres do World Trade Center, de Nova York, e começou a chorar. A cliente fez questão de apontar elementos da construção, como sapatas, caixa d'água e janelas.

Fonte: Fontes, 2003

Alguns clientes inicialmente falavam que nada necessitava ser mudado na Casa do Sol, porém ao longo das entrevistas acabavam apresentando sugestões. Entre as solicitações mais freqüentes estavam: mais móveis, especialmente armários para a guarda de objetos pessoais, TV nos quartos, manutenção das instalações prediais, pintura do prédio, piscina, jardim, lojas (para geração de renda, destinadas à venda de doces e prestação de serviços de costureira, sapateiro, relojoeiro, salão de beleza).



Figs. 124 e 125: Desenhos do morador Mariano, representando o espaço existente e o espaço ideal, este, mais, uma vez, a casinha dos desenhos infantis.

Fonte: Fontes, 2003

4) Funcionários que exerciam atividades de terapia

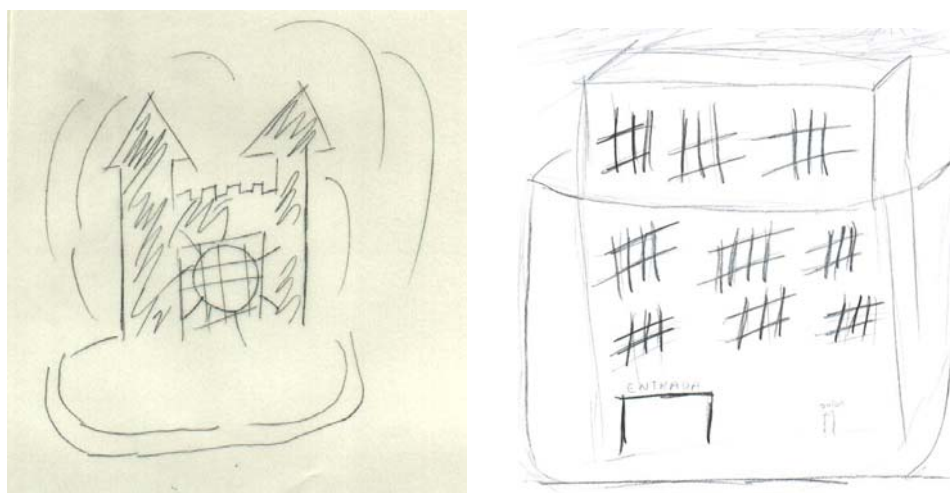
Esta categoria de funcionários apresentou boa disposição e interesse em participar da pesquisa, além de um maior envolvimento nas questões relativas à Reforma Psiquiátrica e sua aplicação na prática assistencial. O prédio foi descrito e representado por quase todos como uma estrutura fria, fechada, triste e pouco iluminada, apesar do nome Casa do Sol. Os espaços, não estimulavam o convívio nem tampouco a permanência das pessoas, especialmente nos pavimentos superiores (pavimentos de enfermarias). Para eles, era um edifício com "cara de hospital e cheiro de doença", com pouco mobiliário e equipamentos disponíveis para o desenvolvimento das atividades.

Percebemos, nesta categoria de pessoas, um grande envolvimento e disposição para realizar um bom trabalho no seu dia-a-dia, apesar do entraves causados pelas resistências de outras categorias profissionais, pelas dificuldades de infra-estrutura, e até mesmo pela arquitetura.

Um dos entrevistados o representou como um castelo medieval, destacando a visão do sol entre grades e a característica da verticalidade proporcionada pelas torres, aspecto também mencionado por ele na descrição do edifício. Uma outra funcionária descreveu a Casa do Sol como um espaço em construção e transformação, destacando-o como espaço de acolhimento e ajuda, onde observava muito respeito e carinho entre equipes e usuários.

Na segunda figura a seguir, a entrada ampla e a saída pequena e discreta expressam com clareza a própria realidade do sistema tradicional de assistência à saúde mental: a facilidade do acesso, e

a dificuldade do retorno à sociedade, da desinstitucionalização. Em sua descrição, a funcionária autora do desenho acrescentou: "grande estrutura de concreto - grades por todos os lados, que parecem proteger o interior dessa grande caixa da entrada de vida; a porta de entrada por muito tempo ficou aberta, permitindo a entrada de coisas que não cabiam do lado de fora; a porta de saída, no entanto, ainda é muito pequena".



Figs. 126 e 127: Desenho de funcionários, representando o espaço atual
Fonte: Fontes, 2003

Nas respostas sobre locais preferidos da Casa do Sol, em diversos questionários, aparecia o hall de entrada, que, com seu mobiliário de sofás e poltronas, e sua disposição voltada para o jardim, oferecia uma atmosfera descrita como mais acolhedora do que o geral do edifício. No entanto, a presença de um segurança ali foi mencionada como um detalhe a "quebrar" essa atmosfera. O jardim situado aos fundos da edificação (pátio sul), também foi citado como um bom espaço ao ar livre, embora mal aproveitado. O pavimento térreo, em geral, foi apontado como o preferido pela maioria dos entrevistados, em especial a sala onde ficava o equipamento de som e a oficina de culinária.

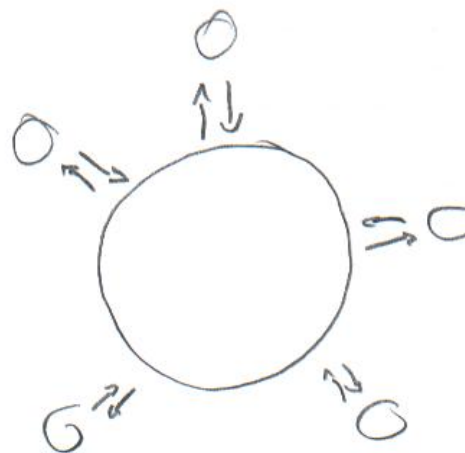
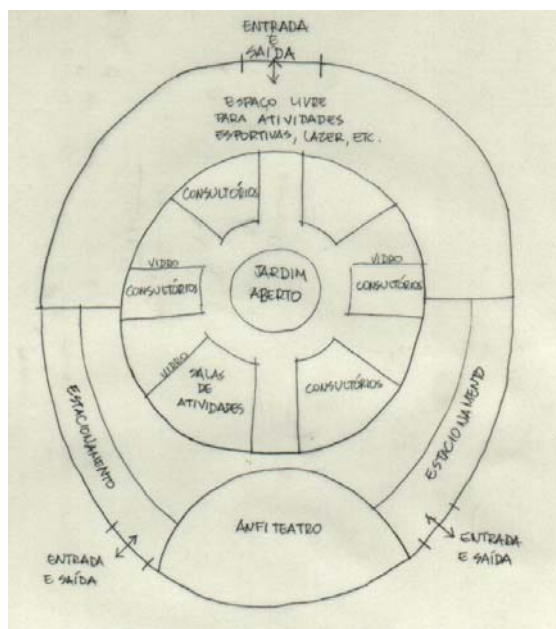
Quanto aos lugares menos apreciados pelos entrevistados, destacavam-se os pavimentos intermediários (enfermarias, especialmente as do quarto andar, destinadas a pacientes em crise, pois ainda necessitavam ficar fechadas), escuros, frios, locais "onde não se tem noção do tempo", representando "tudo o que é ruim, crônico, totalizador", a institucionalização de clientes e funcionários.

Alguns funcionários destacavam, como espaço ideal, aquele que privilegia as áreas de convívio, geralmente recomendadas como centrais em termos de localização, para onde convergiriam

todos os demais espaços. Também surgiu a recomendação de um maior contato com a comunidade do bairro, porém “com um certo distanciamento”, pela preocupação com segurança. Segundo os entrevistados, as salas de atividades poderiam ser envidraçadas, permitindo a participação dos clientes também como observadores.

Os espaços em geral, para eles, deveriam ser mais claros, vivos e alegres, dando, para os clientes, a idéia de uma casa, um lar. O mobiliário deveria ser novo, não dando a impressão de que seriam de sobras daquilo que ninguém mais quer, e em quantidade suficiente, com armários para a guarda dos equipamentos necessários às respectivas atividades. As cores de paredes e pisos deveriam ser alegres.

Nas imagens abaixo, representações desenvolvidas por funcionários, percebemos a visão de um espaço ideal que se desenvolve em torno de um centro destinado às áreas de convívio. Os setores periféricos estariam, porém, sempre se relacionando com este núcleo. Percebe-se aí a presença do círculo, sugerindo um esquema panótico invertido, onde a periferia é que poderia observar e participar do que acontece no centro.



Figs. 128 e 129: Esquema e desenho de funcionários para o espaço ideal.
Fonte: Fontes, 2003

usuário" (fala de um psicólogo residente). A expressão Reforma Psiquiátrica foi também associada à reforma de um modelo, à desospitalização, à desinstitucionalização, à luta pelos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, à qualidade de vida e à participação dos familiares.

Sobre a comparação das situações antes e depois da abertura das alas de enfermarias, foi mencionado que com a abertura o trabalho ficou mais intenso, pois alguns internos passaram a precisar de acompanhamento ininterrupto. Porém, o resultado foi gratificante, pois os clientes passaram a se sentir mais livres, "mais parte do espaço, aprendem a conviver com os outros, a respeitar os espaços" (Rita, residente em Saúde Mental, Psicologia).

Foi mencionada também a existência de um desconforto, por parte de alguns funcionários, especialmente os lotados nas enfermarias, com relação ao projeto e as ambições da Reforma Psiquiátrica. Este fato foi também percebido pela equipe de pesquisadores, na resistência e ceticismo daqueles profissionais diante da pesquisa. Por outro lado, já se percebiam manifestações, por parte de alguns clientes, do desejo de possuir a sua própria casa, um lar, de ter um trabalho. Quanto à relação dos clientes com o espaço, foi observado que esta relação ainda era com um espaço de enfermaria, de hospital, mesmo para os clientes que já possuíam o seu apartamento individual.

No ítem que solicitava a enumeração de aspectos que simbolizavam a Casa do Sol, foram citados: impessoalidade, abandono, doença, tristeza, desânimo, fechamento, carência, depósito, tortura, luta, trabalho, esperança, recomeço, verticalidade, fragmentação, privação da noção de tempo, incomunicabilidade entre as atividades, potencial de uso das áreas externas, alas arejadas.

5) Funcionários que exerciam atividades relacionadas aos cuidados pessoais dos internos

Poucos funcionários desta categoria se dispuseram a participar da pesquisa (apenas quatro responderam às questões). Percebemos, em alguns casos isolados, uma descrença na pesquisa e no projeto, em outros, um receio de expressar suas opiniões. Entretanto, na maioria dos questionários respondidos, verificamos uma visão positiva do processo de humanização por que passava a Unidade e também um bom entendimento do que significa a Reforma Psiquiátrica.

Foram destacados os aspectos opressores do prédio, como a pouca luminosidade natural, a insalubridade de alguns ambientes, a falta de manutenção (exemplos citados: acrílicos quebrados nas janelas, elevadores com problemas, banheiros precários e sem água quente nos chuveiros), a falta de privacidade proporcionada pelos ambientes. Foi também citada carência de espaços para lazer e jogos, espaços que estimulassem o convívio, espaços mobiliados e que se assemelhassem com as nossas casas, quartos com armários, banheiros próprios e, principalmente, privacidade.

Os entrevistados citaram também a inadequação de alguns materiais de acabamento, além da existência de muitas "quinas", o que provocava muitos acidentes, especialmente entre a clientela mais idosa. Consideravam também as grades nas janelas necessárias para evitar acidentes ou tentativas de suicídio.

Segundo uma das opiniões levantadas, o prédio não oferecia condições adequadas de conforto ambiental, por ser muito quente no verão e frio no inverno, devido à falta de vidros em muitas janelas (numa das visitas realizadas à enfermaria, a porta de grades da entrada estava coberta com plástico, para bloquear a intensa corrente de ar que vinha da circulação).

Foi mencionada como positiva a experiência do Programa de Moradias, de promover o fechamento das enfermarias para criação de apartamentos. Segundo uma das entrevistadas, a proposta sofreu alguma resistência no início por parte dos internos, que depois se acostumaram e começaram a aprender a zelar pelo seu espaço.

Quanto à visão da situação antes e depois da abertura das enfermarias, as entrevistadas consideraram que houve no início um aumento da agitação e até mesmo da agressividade dos internos, mas, com o tempo a situação se reverteu e eles passaram a ficar mais calmos do que antes da abertura. O trabalho dos funcionários ficou mais intenso, porém gratificante.

Como aspectos que melhor simbolizavam a Casa do Sol, foram citados: tratamento adequado, oficinas, estudo, mudança, adaptação, entendimento, humanidade, felicidade, resgate da cidadania e mundo novo. Uma entrevistada disse que “devemos abrir os olhos para o futuro, pretender um mundo melhor”.

Foram citados também aspectos negativos como conflito, escuridão e falta de integração com o ambiente externo. Foi criticada a existência de *brises-soleil*, por escurecerem os ambientes e

contribuírem para a sensação de trancafiamento. Segundo uma entrevistada, a Casa do Sol necessitava de mais luz, mais vida.

Entre os desenhos, apareciam várias casas semelhantes às dos desenhos infantis, ora representando a Casa do Sol como era na ocasião da pesquisa, ora representando as expectativas para após a reforma física do prédio. Um desenho apresentava a fachada principal da Casa do Sol, com sua praça frontal e os carros estacionados. Um outro questionário apresentava a Casa do Sol em planta, atualmente e após a reforma.



Fig. 132: Desenho de uma funcionária, representando o espaço ideal.
Fonte: Fontes, 2003

6) Funcionários administrativos e de manutenção predial

Estes funcionários, no que pôde ser percebido nos questionários e na observação participante, não possuíam um entendimento significativo acerca do processo da Reforma Psiquiátrica e muito menos das suas implicações na arquitetura. Observamos um receio em fazer críticas e pouca demonstração de preocupação com a questão do espaço, do ambiente físico. Os funcionários desta categoria destacaram o bom ambiente e o tratamento praticado na Unidade. Falaram em amor, carinho, compreensão, alegria, dedicação e harmonia, e que para muitos clientes era melhor estar na Casa do Sol do que nas próprias casas, onde não teriam as condições de tratamento e alimentação que dispõem ali. Citaram também a importância das oportunidades de profissionalização dos clientes, como a escola de informática e a oficina de alfabetização.

Embora estes funcionários tivessem se furtado a realizar os desenhos propostos (conseguimos apenas um desenho), os questionários revelaram observações importantes sobre o espaço, como

a de que a praça da entrada deveria ser ocupada pelas pessoas e não pelos carros (o local é utilizado atualmente como estacionamento). O estacionamento deveria ser transferido para outro local. Foi também destacada a necessidade de procedimentos de manutenção, como pintura geral do prédio, recuperação de instalações, troca de lâmpadas, entre outros. O único desenho elaborado por participantes deste grupo representava a Casa do Sol como uma casa, novamente a casa dos desenhos infantis.

Encontramos dificuldade em detectar, neste grupo, uma visão da situação antes e depois da abertura das enfermarias, devido à rotatividade dos recursos humanos. Poucos destes funcionários acompanharam todo o processo.

4.4.4. Resultados

As informações levantadas na pesquisa se converteram em subsídios que consideramos úteis para o desenvolvimento de novos projetos de ambientes neste setor, entre os quais destacamos abaixo os principais aspectos.

Espaços de convívio x espaços de isolamento

Os espaços de convívio demonstraram, ao longo da pesquisa, o seu potencial dentro das novas perspectivas da saúde mental, além de representarem uma contraposição veemente à antiga prática do isolamento. Já que o objetivo final é a (re)inserção ou a manutenção do indivíduo na comunidade, as instituições de saúde mental têm procurado estimular o exercício da vida social, através da criação de espaços que favoreçam o encontro e as trocas sociais. Ao mesmo tempo, há que se reconhecer e respeitar a necessidade eventual que alguns pacientes apresentam, de afastamento voluntário do grupo ou de sua família. E a concepção da arquitetura tem um papel fundamental no sentido de favorecer o convívio ou a privacidade onde necessário.

A inversão do esquema panótico

A pesquisa revelou uma interessante proposta de “inversão” do esquema panótico, que vem a atender o requisito apontado no item anterior. Segundo algumas das entrevistas realizadas, além de dados e imagens surgidos nos questionários, os novos espaços também deveriam se organizar em torno de um ponto central, conforme o esquema panótico. Porém, segundo esta concepção, não existiria mais o dispositivo de vigilância a partir centro em direção à periferia. Para o espaço central convergiriam todas as atenções, favorecendo ali a convivência e o encontro das pessoas. Os demais ambientes, como oficinas e salas de terapia, se localizariam na periferia e

deveriam oferecer a todos os usuários a possibilidade da observação (e não se fala mais em vigilância) do que acontece no centro, e optar por participar ou não do convívio .

A neutralização da imagem do manicômio

Os novos espaços da saúde mental em nada deveriam remeter aos antigos espaços asilares, que ainda representam imagens de forte impacto e simbolismo. Elementos como grades, cobogós e o mobiliário fixo, em concreto ou alvenaria, naturalmente possuem uma conotação negativa na memória das pessoas que freqüentaram estes espaços. A simetria, a compartimentação, o porte das edificações, também são elementos a serem trabalhados com cautela e sintonia com a escala humana. Nas intervenções em espaços existentes, cresce ainda mais a importância de identificar e neutralizar os elementos da arquitetura portadores dos atributos associados à experiência manicomial.

O respeito à singularidade de cada contexto

Embora tenhamos trabalhado na produção de subsídios de caráter mais global para a concepção arquitetônica no campo da saúde mental, consideramos imprescindível recomendar a consideração das condições específicas de cada contexto. Cada instituição tem as suas próprias características, necessidades e limitações, dadas por uma série de variáveis, como perfil da clientela (autonomia, condições físicas etc.), estrutura física disponível, relação com a comunidade ao seu redor¹⁰⁹, entre outros. O reconhecimento de tais elementos irá permitir a formulação de propostas mais eficientes e sintonizadas com o princípio da singularidade, adotado pela nova clínica de saúde mental¹¹⁰. A singularidade deve, portanto, ser incorporada também à arquitetura.

Neste sentido, por exemplo, a valorização e a utilização de referências do contexto e cultura locais, pode ser uma forma de favorecer a integração da instituição e de seus clientes à comunidade e ao espaço urbano onde se insere.

A integração com a comunidade

A participação da comunidade tem se mostrado um fator de extrema importância para o sucesso das propostas da Reforma Psiquiátrica. Portanto, os novos espaços deveriam se abrir para o espaço comunitário, na medida do possível, após avaliadas as condições de segurança oferecidas

¹⁰⁹ Esta relação com a comunidade é de suma relevância, dada a tradicional rejeição que as instituições psiquiátricas enfrentam, como foi constatado na pesquisa.

¹¹⁰ Informações adicionais sobre a nova abordagem da saúde mental encontram-se em Fontes (2003) e, para maior aprofundamento, recomenda-se recorrer à bibliografia específica deste setor.

pela comunidade em questão e trabalhadas as suas relações com a instituição. Esta abertura poderia se dar através da prestação de serviços ou da criação de espaços comunitários, como praças, quadras de esportes, feiras para a venda de produtos fabricados pela clientela etc. Na Instituição pesquisada havia, na época da pesquisa, uma idéia de criar uma pista de caminhadas e corridas passando pelo interior do complexo e, assim, transformando-o em um parque a ser usufruído pela comunidade.

A associação com as referências da casa

Os questionários e os mapas mentais demonstraram a força das referências da casa no imaginário de clientes e funcionários. A casa, em seu simbolismo, associa-se à sensação de abrigo e segurança, além de representar um local onde se pode desfrutar de liberdade e autonomia. Tais associações levam à conclusão de que o espaço de moradia mais adequado à plena expressão destes ideais seria o externo à Instituição, embora a realidade de algumas destas Instituições conduza ao planejamento de soluções intermediárias, como é o caso do IMAS Nise da Silveira. Estes dados, porém, também nos estimulam, no caso das moradias internas, a recomendar a exploração destas referências, buscando, pelo menos, aproximar o ambiente da Instituição ao que se representa como sendo a casa, o lar.

A possibilidade de personalização do espaço

Muitos entrevistados revelaram o desejo de intervir no espaço da moradia, escolhendo cores, móveis do seu agrado, quadros, até mesmo trabalhando na obra de reforma. Além disso, conforme verificado em entrevistas realizadas, como já mencionamos, pretende-se que a nova clínica psiquiátrica seja “singular”, ou seja, enxergue o indivíduo em suas particularidades e em sua totalidade subjetiva, e não mais como o mero portador de um conjunto de sintomas. A sua relação com o espaço, o seu “habitar”, é parte da individualidade que se procura resgatar. Estas intervenções visando a personalização dos ambientes podem, então, colaborar em produzir a sensação de se “realmente habitar” o espaço. Esta possibilidade favorece o desenvolvimento ou a recuperação da identidade do paciente e deveria ser incentivada. O espaço deve, portanto, oferecer um mínimo de flexibilidade para que algumas destas intervenções, por parte dos usuários, possam ser praticadas.

O incentivo à participação do usuário no processo projetual

O entusiasmo verificado na participação dos usuários não só na pesquisa, mas, também contribuindo com sugestões para o projeto arquitetônico, deixou muito clara a importância de sua participação para a obtenção de um resultado final satisfatório, em relação ao projeto. Os

usuários, em geral, gostam de participar e de sentir que a sua opinião foi ouvida e respeitada. Este fato tem sido comprovado em diversos tipos de intervenções em arquitetura e urbanismo, conforme apontam autores como Sanoff e Sommer. É óbvio que num processo participativo não se consegue agradar a todos, nem se pode levar “ao pé da letra” as sugestões levantadas. Neste trabalho de campo que realizamos, inclusive, foi necessário esclarecer amplamente, junto aos usuários, os limites da intervenção planejada, de forma a não gerar expectativas que pudessem ser frustradas no futuro.

A preocupação com a segurança

No planejamento de espaços de assistência à saúde mental deve ser constante a preocupação com a questão da segurança. Entre a população usuária, são comuns os casos de acidentes, agressão mútua e até de tentativas de suicídio. Portanto, o ambiente deve ser pensado de forma a oferecer total segurança para os pacientes e para as outras pessoas. As janelas são uma preocupação constante dos profissionais, pois é comum que pacientes em situação de crise, tentam o suicídio se atirando delas. No caso de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, destinadas a receber pacientes agudos, existe, inclusive uma preferência pela localização em pavimento térreo. Outra recomendação, no sentido de garantir a segurança dos pacientes, é de se evitar, nestes ambientes, a existência de arestas vivas e materiais cortantes. Os materiais de acabamento devem contribuir para minimizar o risco de acidentes (por exemplo, deve ser dada a preferência aos pisos anti-derrapantes e evitar o emprego de materiais de fácil propagação do fogo).

A resistência, facilidade de limpeza e manutenção dos materiais

Ainda complementando a questão acima, os materiais especificados para estes ambientes devem oferecer alta resistência ao impacto, mantendo a sua integridade, de modo a evitar que venham a se transformar em “armas”, além de apresentar resistência ao calor e ao fogo. Como exemplo, podemos ilustrar com o hábito amplamente observado, em diversas instituições, do fumo e da troca de cigarros entre os internos. Os restos destes cigarros, ainda acesos, inevitavelmente, são jogados no chão. Pisos de madeira não seriam, portanto, recomendados, e os pisos vinílicos teriam sua durabilidade reduzida. O uso do vidro nas janelas ainda é uma questão polêmica, que divide os profissionais de terapia e do cuidado. Os primeiros são a favor do uso do vidro, pois acreditam que os pacientes, a partir das novas formas de tratamento ficarão menos agressivos e não estarão tão sujeitos aos acidentes e brigas. No entanto, os profissionais do cuidado diário dos pacientes são mais céticos e “preferem não arriscar”.

A resistência dos materiais se revela especialmente importante nas instituições públicas, dadas as dificuldades de reposição e manutenção por elas enfrentadas. Especialmente visando a facilitação da limpeza, esta preocupação deve ser levada em conta. Os materiais, segundo entrevistas realizadas com profissionais que lidam com a clientela no dia-a-dia, devem permitir que se jogue água, que sejam fartamente lavados com água e sabão, pois é freqüente o derramamento de bebidas e alimentos, além do fato de alguns pacientes urinarem no chão.

A ligação com o espaço exterior

No caso estudado, constatou-se o desejo, amplamente revelado nos questionários e entrevistas, de que os espaços da saúde mental se abram para o exterior, contando com maiores vãos de iluminação e ventilação. Este fato foi também comprovado pela preferência que os usuários (clientes e funcionários) apresentam pelos jardins e pátios da Instituição. A abertura para o espaço exterior permite, também, que se possa acompanhar a passagem do tempo (se é dia, se é noite). A noção da passagem do tempo, segundo os profissionais, é um elemento importante a ser trabalhado com os clientes, no sentido de neles incorporar a capacidade de lidar com as rotinas.

4.4.5. Conclusões

A partir da experiência conduzida na Instituição, cabe-nos apontar como medida de suma importância uma maior inserção dos projetistas nas discussões e no planejamento dos programas assistenciais. Aliás, esta é uma medida imprescindível em todos os setores da saúde, dada a complexidade própria dos ambientes da saúde e a sua condição de suporte essencial ao pleno desenvolvimento das atividades assistenciais.

Embora muitas das informações levantadas tenham sido incorporadas ao projeto que se desenvolvia paralelamente, a principal contribuição desta nossa investigação foi a configuração de um perfil de perspectivas para os novos espaços da saúde mental a partir do ponto de vista dos seus usuários e da riqueza do universo deste setor da saúde.

4.5. Considerações

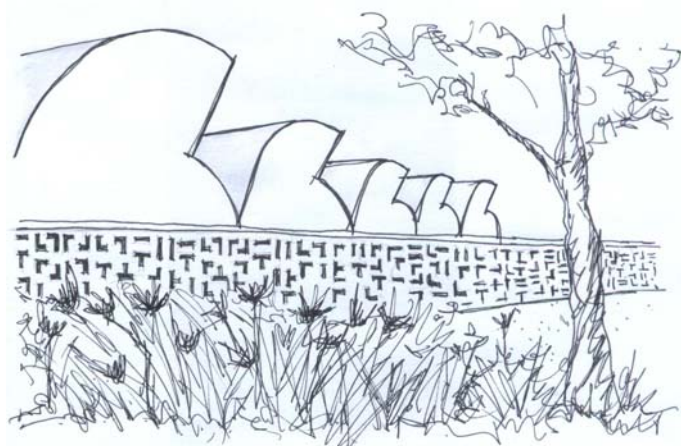
Neste capítulo apresentamos os resultados e a discussão sobre as representações da humanização em quatro instituições da rede municipal do Rio de Janeiro, onde pudemos constatar a sua coerência com as propostas e discursos oficiais. Ao mesmo tempo, evidenciam-se as dificuldades para a aplicação destas propostas nas instituições. Aspectos preconizados pelos programas oficiais, como o acolhimento, a qualidade do atendimento, as relações de trabalho, esbarram na carência de recursos para sua implementação. Além disso, o próprio acesso aos serviços e aos bens de saúde, proposto pela Constituição de 1988, ainda apresenta graves lacunas, como reconheceu o HumanizaSUS (BRASIL, 2003). Desta forma, o conceito de humanização é ainda fortemente associado a questões que deveriam ser o direito das pessoas, como o atendimento.

Nas pesquisas aqui apresentadas, vimos que questões estruturais e materiais, preocupantes para os usuários, encontram-se estabilizadas como centrais nas estruturas das representações. Tais questões têm dificultado a plena implementação de medidas apontadas como humanizadoras. Assim, a implementação efetiva das propostas condiciona-se à resolução destas questões - muitas delas relacionadas ao ambiente físico - apontadas nas instituições.

Percebemos também nas pesquisas que, em geral, algumas aspirações relacionadas à humanização envolvem a criação de muitos ambientes adicionais, que ampliam consideravelmente o programa arquitetônico básico previsto nas normas para construção de estabelecimentos assistenciais de saúde. Este fato faz, então, com que estas demandas sejam prescindidas na concepção dos projetos, em nome da redução de custos. Para reverter este quadro, caberia o desenvolvimento de estudos que pudessem comprovar os seus benefícios para a saúde, redução do tempo de internação, redução da necessidade de medicamentos etc.

Investigar as representações e a situação de quatro instituições de diferentes perfis foi fundamental para que pudéssemos perceber, com mais clareza, o que é geral e comum a todas elas e o que é particular de cada caso, em relação à humanização. Além disso, pudemos também melhor visualizar o papel da arquitetura em cada situação.

No próximo e último capítulo, apresentamos as discussões comparativas dos casos apresentados, confrontando-os com as informações dos dois primeiros capítulos e formulando subsídios arquitetônicos para a humanização.



Buildings reflect the basic values of a society. [...] The man-made environment mirrors our values without platitudes or rationalizations. These values show themselves in the relative size and scale of buildings, in the organization of spaces, in the relationship of parts to the whole, and in the location and interrelationship of the segments. (LINDHEIM, 1975:293)

CAPÍTULO 5 DE ARQUITETURA HOSPITALAR A ARQUITETURA DA SAÚDE: RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES

A mudança de paradigma na saúde, deixando a abordagem biomédica em favor da abordagem de promoção, processo no qual se inserem os movimentos pela humanização, vem marcando com profundas mudanças o campo até então denominado de arquitetura hospitalar. Com o surgimento de novas propostas assistenciais e, conseqüentemente, novos programas arquitetônicos para abrigá-las, o edifício hospitalar perde a sua condição hegemônica no cenário da assistência à saúde. Como vimos, isto tem acontecido em alguns campos da saúde, como a saúde mental, que investe em modelos substitutivos aos tradicionais manicômios e seus métodos de alienação e exclusão social. Outro exemplo onde se tem verificado uma grande redução nas indicações de hospitalização e a adoção de tratamentos ambulatoriais é o setor de oncologia.

Desta forma, em nosso contexto, onde a assistência se descentraliza e se hierarquiza segundo níveis de complexidade, acentua-se este enfraquecimento da tradicional cultura hospitalocêntrica, tornando limitada a própria expressão “arquitetura hospitalar”.

O que propomos apresentar neste capítulo final, então, a partir de tudo o que foi estudado, são as tendências para uma arquitetura da saúde, expressão que julgamos melhor dar conta da diversidade das propostas e tendências que ora se desenvolvem e da amplitude da atuação que delas se espera, no sentido de oferecer suporte à produção de bem-estar e de qualidade de vida, valores que, como vimos no capítulo 2, associam-se à humanização.

Como se pôde ver ao longo do trabalho, o campo de atuação da arquitetura da saúde vem se ampliando, indicando a necessidade de um maior conhecimento e envolvimento dos arquitetos no campo da assistência, participando mais intensamente desde a formulação das propostas assistenciais até a avaliação dos seus resultados. Isto requer alguma especialização e muito conhecimento do setor, além de disposição ao intenso diálogo interdisciplinar, como vimos e praticamos ao longo do trabalho.

Um importante aspecto a ser melhor considerado pela arquitetura da saúde é a relação com a tecnologia e o aprofundamento da reflexão sobre as formas, custos e benefícios de sua incorporação. A incorporação tecnológica indiscriminada e muitas vezes imposta por pressões comerciais, assim como o desenvolvimento de projetos que não contemplam a sua sustentabilidade a longo prazo, têm trazido enormes prejuízos e pouco retorno em termos de oferta à população.

5.1. As representações da humanização

As instituições de saúde em todo o Brasil têm sido motivadas a pensar e a promover a humanização do seu atendimento, especialmente a partir da formulação e divulgação dos programas oficiais. O que antes era uma iniciativa própria de cada instituição, motivada pelos contextos e movimentos específicos de cada setor, a partir da instituição da Política Nacional de Humanização, expressa no documento HumanizaSUS (BRASIL, 2003), passou a fazer parte das metas associadas à qualidade do atendimento e às próprias premissas do SUS. Neste sentido, o conceito de humanização passou a ser, então, mais amplamente discutido e apropriado em todas as instâncias, incorporando-se aos discursos dos diferentes grupos de atores segundo seus sistemas de valores e gerando representações.

Nas instituições pesquisadas sob a abordagem estrutural, o conceito de humanização foi mais freqüentemente e mais prontamente associado a *atendimento*, sendo esta a questão central para os participantes das pesquisas (pacientes, acompanhantes e funcionários), elemento que, como já dissemos, refere-se à problemática do acesso e também à qualidade do serviço prestado. Tais referências indicam as dificuldades ainda presentes nas instituições no que diz respeito a estes quesitos, dificuldades reconhecidas pelo próprio governo federal ao estabelecer o PNHAH e o HumanizaSUS.

Quanto aos demais elementos das estruturas encontradas, cada instituição apresentou particularidades, conforme o seu contexto e demandas específicas de cada setor da saúde.

Os resultados encontrados nos dois hospitais gerais pesquisados (Lourenço Jorge e Souza Aguiar) permitem uma comparação mais imediata e precisa das estruturas das representações, pela sua semelhança de perfil assistencial e pelo fato de que neles foram utilizados os mesmos critérios de categorização e organização do banco de dados¹¹¹. Estes hospitais oferecem, em geral, o mesmo tipo de atendimento, focado em serviços de urgência e emergência, com algumas especialidades. Por exemplo, o Lourenço Jorge tem uma maior vocação para o atendimento em traumatologia-ortopedia, dada a grande demanda decorrente de acidentes automobilísticos na sua região, enquanto o Souza Aguiar oferece ainda atendimento especializado para queimados e nefrologia, além da ortopedia. Em termos de estrutura física, existe uma grande diferença de porte e de partido arquitetônico entre as instituições. O

¹¹¹ Isto não significa que não possamos comparar os seus resultados e demandas para a arquitetura com os outros dois estudos nos hospitais especializados, que trazem relevantes informações em termos de demandas relativas à humanização.

Lourenço Jorge possui aproximadamente 10.000m² de área construída e partido pavilhonar, enquanto o Souza Aguiar possui quase 40.000m² e partido em torre sobre embasamento. Outra diferença entre as duas unidades é que o Lourenço Jorge é considerado o primeiro hospital da rede municipal projetado conforme premissas de humanização, sendo reconhecido, então, como um hospital humanizado. Já o Souza Aguiar foi construído na década de 60 do século passado, constituindo um exemplar dos chamados mega-hospitais.

Estes dois hospitais apresentaram em comum, além do elemento *atendimento*, a associação de humanização a *tratamento* e a *recursos humanos*. *Tratamento*, nestes casos, refere-se à forma com que as pessoas são tratadas e se tratam entre si, e não às questões terapêuticas. “Tratar bem”, “forma de tratar”, “ser bem tratado” e “tratamento” foram as evocações mais comuns. O elemento recursos humanos, por sua vez, refere-se principalmente à preocupação das pessoas com a qualidade dos profissionais e com a carência de profissionais nestas instituições, tendo como evocações freqüentes “mais médicos”, “mais enfermeiras”, “boa equipe”, “bons médicos”.

Os dois hospitais apresentavam problemas relacionados às suas instalações e, por este motivo, o elemento *estrutura* foi evidenciado na estrutura das representações. No Lourenço Jorge, onde *estrutura* se localizou no sistema intermediário, estes problemas eram recentes e se referiam à necessidade de manutenção predial e à insuficiência da área física para comportar as novas demandas da Instituição. No Souza Aguiar, as carências neste tema eram mais graves e vinham de longa data, especialmente nos ambientes de urgência e emergência. Portanto, o elemento *estrutura*, por ter sido muito freqüente e prontamente evocado, foi localizado no núcleo central das representações.

Comparando outros elementos das estruturas da representação nestes hospitais, constatamos que muitos deles se repetem, sendo que em posições diferentes, em geral de forma coerente com a gravidade da situação em cada caso. Por exemplo, o elemento *conforto*, no Lourenço Jorge está no sistema periférico e no Souza Aguiar, onde estas condições eram menos favoráveis, ganha mais estabilidade, localizando-se no nível intermediário.

Alguns elementos aparecem na mesma posição nos dois hospitais, como por exemplo *organização*, *rapidez* e *carinho*, que se localizaram no sistema periférico, apresentando somente variações de freqüência e ordem média de evocação. *Organização* e *rapidez* foram mais valorizados nos setores de atendimento imediato (urgência e emergência), que são os mais

complexos nestas unidades, dada a grande demanda e o ambiente dominado pela tensão e estresse.

O estudo das relações entre os elementos, expresso nos diagramas das cadeias de impactos entre eles, nos permitiu compreender e melhor visualizar as possibilidades de intervenção e, principalmente, o papel da arquitetura no tratamento das diversas questões relativas aos elementos da estrutura das representações. Assim, elementos como *conforto*, *rapidez*, *acolhimento*, *organização*, *limpeza*, *atenção*, *acompanhante* e *nutrição*, possuem interfaces com a *estrutura* (física), dependendo, muitas vezes, de intervenções nesta, para que possam ser qualificados. Acreditamos que este tipo de análise vem a evidenciar o papel da arquitetura na representação e o seu potencial de contribuição nos processos de humanização.

Quanto às demandas que estes dois hospitais gerais apresentam em termos de arquitetura para a humanização, destacam-se as relativas à chamada “porta de entrada” das instituições, onde ocorre o primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde: a necessidade de uma minuciosa organização do fluxo de pacientes, separando os diferentes grupos (crianças, pacientes de urgência, pacientes de grande emergência etc.), visando minimizar o estresse proporcionado pelo compartilhamento de diferentes tipos de traumas ou sofrimentos; a previsão e o tratamento dos ambientes destinados ao acolhimento, proporcionando sensações de conforto e de segurança de ser atendido com presteza e dedicação; setorização e sinalização eficientes, permitindo a melhor orientação de pacientes e acompanhantes no ambiente hospitalar.

No Hospital Jesus, dedicado ao atendimento pediátrico, estudado por Bergan (2005) em sua dissertação de mestrado, os bancos de dados de funcionários e acompanhantes foram analisados separadamente, fornecendo duas estruturas de representações (as crianças pacientes não participaram da associação de palavras, mas, foram abordadas por meio de entrevistas e atividade de expressão gráfica). Em geral, os elementos se assemelham aos encontrados nos hospitais gerais, sendo, no entanto, mais valorizados elementos como *alegria*, *lazer*, *paciência* e *assistência psicológica*, apontados especialmente pelos funcionários.

Como demandas específicas deste tipo de hospital, apontadas através da estrutura das representações e nas demais partes da pesquisas (perguntas sobre a missão, visões do ambiente hospitalar, ilustrações das crianças etc.) temos em destaque, além das já apontadas nos dois hospitais gerais: a ampliação do programa arquitetônico, incluindo mais ambientes para atividades de lazer/recreação, inclusive ao ar livre, além dos ambientes destinados à educação;

revisão das condições de conforto geralmente oferecidas aos acompanhantes, incluindo ambientes de estar e repouso, trocas sociais, recepção de visitas etc.; exploração do potencial simbólico, presente na forma com que as crianças percebem os espaços e os elementos da arquitetura. A reversão do aspecto institucional foi um elemento de destaque, considerados os limites das intervenções em edificações existentes, aspecto que em novos hospitais pode ser tratado mais conveniente e amplamente.

No hospital psiquiátrico, apesar da abordagem diferenciada em relação aos demais casos, o foco da pesquisa na Reforma Psiquiátrica – processo de humanização específico do campo da saúde mental – forneceu informações sobre os aspectos envolvidos neste processo e sobre o seu impacto na arquitetura. Entre estes aspectos está a promoção da autonomia dos pacientes, elemento que pode ser amplamente favorecido pelas condições dos ambientes, como queria a direção da instituição, ao solicitar um projeto que transformasse as tradicionais enfermarias tipo “bairros” em apartamentos onde os pacientes pudessem gradualmente aprender a assumir o controle sobre suas vidas. Esta pesquisa revelou também, principalmente através dos desenhos produzidos pelos participantes, a força simbólica da instituição manicomial, aspecto a ser neutralizado nos novos projetos para o setor, inclusive no que se refere à concepção dos modelos substitutivos à internação exclusiva.

Os resultados das pesquisas, tanto no que se refere às representações, quanto nas demandas apontadas pelos usuários para a arquitetura, especialmente nos hospitais gerais, encontram-se, em geral, em consonância com as propostas do HumanizaSUS, sendo que na prática, estas ainda encontram dificuldades para implementação. Para a arquitetura das emergências foram desenvolvidas, inclusive, recomendações oficiais para a organização do atendimento, fluxos e processos de trabalho, visando o acolhimento dos pacientes, segundo critérios de risco. Vale lembrar que, segundo a Política Nacional de Humanização (2003), não se deve mais simplesmente receber, mas, acolher o paciente, e não se realiza mais triagem, se faz uma classificação de risco, para que se possa priorizar o atendimento não mais segundo a ordem de chegada, mas, segundo a gravidade do quadro que o paciente apresenta. No entanto, as propostas oficiais têm demandado grandes intervenções na estrutura física destes setores de atendimento imediato.

O setor de saúde mental também já conta com definições específicas, inclusive publicadas em normas, para o funcionamento dos novos tipos de unidades assistenciais previstos pela Reforma Psiquiátrica. Mas, neste caso, persistem nas mais tradicionais instituições, como a que foi aqui

estudada, as demandas de internações psiquiátricas, além da existência de um imenso contingente de pacientes moradores de longa data, os quais não se consegue desospitalizar. Já as questões levantadas no hospital infantil, no que se refere à arquitetura, não foram ainda objeto de maior aprofundamento por parte das instâncias oficiais, exceto no que se refere à garantia da permanência de um acompanhante.

5.2. Critérios e tendências para a humanização na arquitetura da saúde

Os estudos realizados nos permitiram enumerar alguns princípios, critérios e tendências para a concepção de projetos arquitetônicos, com vistas à humanização, que enumeramos a seguir.

5.2.1. Descentralização

Um forte tendência na arquitetura da saúde, principalmente por conta do declínio da cultura hospitalocêntrica é a descentralização. Embora no setor público, em nosso país, a necessidade de descentralização se reforce com o imperativo de se promover a efetiva implantação da rede SUS, esta é uma tendência global, como apontou Eriksson (2001), relacionada, entre outros fatores¹¹², ao próprio desenvolvimento das ciências médicas e da tecnologia da informação e comunicação. O autor aponta a migração gradual de um sistema de saúde baseado no hospital para um sistema virtual (por ele denominado de *e-health*). Embora virtual, este tipo de sistema traz novas demandas para a arquitetura e para o urbanismo, já que serão requeridos novos tipos de unidades, capazes de armazenar, integrar e administrar as informações dos usuários e dos serviços disponíveis, atuando na regulação do provimento da assistência¹¹³.

Esta descentralização tende a favorecer a aproximação do sistema de saúde com os seus usuários e a integração com as comunidades, apontando para o desenvolvimento da rede de atenção básica e dos serviços pré-hospitalares. Além disso, inclui o desenvolvimento de novos perfis institucionais (ver item 5.2.14) e, portanto, novos programas a serem abordados pela arquitetura, como vimos no caso dos modelos substitutivos ao modelo de internação

¹¹² Eriksson aponta também outros fatores, como os sócio-econômicos (as mudanças demográficas, epidemiológicas, os altos custos da saúde, o empoderamento dos pacientes), as mudanças no estilo de vida das pessoas (a forma como vivemos, trabalhamos, nos alimentamos e interagimos), além de fatores políticos (globalização, competição, demandas ambientais).

¹¹³ No Brasil, já se encontram em atividade algumas “centrais de regulação”.

manicomial, no campo da saúde mental, onde novos tipos de instituições surgiram, como por exemplo os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e os hospitais-dia (ver detalhes no capítulo 4).

Em seu estudo sobre as tendências para a assistência à saúde, Eriksson (2001) indicou uma estrutura assistencial onde o paciente (e seus registros de prontuário) é o centro, em torno do qual se disponibilizam as diversas modalidades de atendimento, como: a unidade básica, destinada aos cuidados primários; a “enfermeira distrital” que realizaria um trabalho domiciliar de promoção (equivaleria aos nossos agentes de saúde do Programa Saúde da Família); o sistema de *homecare* (cuidado em casa); os lares abrigados ou moradias terapêuticas, destinados principalmente a pacientes psiquiátricos e também aos idosos que necessitam de cuidados em tempo integral; as ações de prevenção; o atendimento pré-hospitalar e domiciliar de urgências, com o uso de ambulâncias (como o SAMU 192 – Serviço de Assistência Médica de Urgência); o sistema de seguridade social; e também o hospital.

Todas estas modalidades também trazem novos desafios para a arquitetura da saúde, cuja atuação passa a extrapolar os espaços institucionais e incluir a intervenção no ambiente doméstico, que em muitos casos necessita de adequações para abrigar pacientes desospitalizados (*homecare*).

A descentralização se aplica também a setores ou ambientes do hospital, com vistas a uma melhor interação entre pacientes, acompanhantes e profissionais. Assim, verificamos, por exemplo, no item 2.7, a tendência de se fragmentar e descentralizar postos de enfermagem. Embora as normas admitam um posto de enfermagem para cada trinta leitos, a prática indica que a previsão de mais postos, distribuídos por grupos menores de leitos, facilita o serviço das equipes e oferece mais segurança aos pacientes.

Os ambientes de conforto dos profissionais, como quartos de plantonistas, vestiários e áreas de estar, tendem também a se descentralizar, localizando-se preferencialmente junto aos setores onde estes atuam, aproximando-os dos pacientes.

5.2.2. Aproximação da escala humana

Os projetos mais recentes, como o do Hospital Lourenço Jorge, projetado na década de 90 e reconhecido como um Hospital humanizado, têm apresentado um menor porte¹¹⁴ que os aproxima da escala de seus usuários. Esta é uma tendência que se relaciona à anterior, de descentralização. Por conta do já mencionado declínio da hegemonia hospitalar, em geral, não se constroem mais os chamados mega-hospitais¹¹⁵ e passam a ser privilegiados também os serviços pré-hospitalares, que atendem às urgências e casos de menor complexidade. O hospital geral e os hospitais de alta complexidade passam, então, a oferecer um acesso restrito, referenciado, exceto nos casos de grandes emergências.

Além disso, questões relacionadas ao partido arquitetônico, como a fragmentação em blocos, são uma tendência capaz de favorecer a aproximação das edificações de saúde com a escala humana, contribuindo para amenizar o seu aspecto institucional, como vemos também no Lourenço Jorge. Naquele caso, embora haja um projeto para ampliação¹¹⁶, a sua configuração fragmentada em blocos de menor porte não será significativamente afetada e terá preservada esta sua proximidade com a escala do usuário.

O menor porte e a fragmentação das edificações de saúde vêm a favorecer o controle do espaço, a orientação e os deslocamentos dos usuários no hospital, como vimos no item 2.7, contribuindo para o desenvolvimento da sensação de segurança e, em decorrência disso, para a redução do estresse. Além desta vantagem de caráter simbólico e subjetivo, relacionada à humanização, a fragmentação e setorização em blocos traz vantagens em termos de flexibilidade não somente para ampliações posteriores, mas, também para modificações e para a manutenção predial, permitindo que, mesmo com o hospital em funcionamento, setores possam ser isolados para as necessárias intervenções.

¹¹⁴ Como vimos no item anterior, o Lourenço Jorge é um hospital com aproximadamente 10.000m² de área construída, enquanto o Souza Aguiar possui cerca de 40.000m².

¹¹⁵ Instituições como o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ, que nunca chegou ter a sua construção concluída, em geral, não têm mais espaço no planejamento hospitalar, por conta dos altos custos e outras dificuldades para a sua manutenção e operação.

¹¹⁶ Além da demanda de ampliação, estava já em execução a obra de uma maternidade anexa. Acreditamos que estes fatos são respostas à carência de um sistema de saúde hierarquizado naquela área de planejamento, especialmente no que se refere a unidades de atenção básica, fato que leva a este contramovimento de centralização da assistência nesta instituição hospitalar. Mas, mesmo se chegar a ser ampliado, o Hospital não chegará ao porte de hospitais como o Souza Aguiar, o Hospital da Lagoa, e muito menos o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

5.2.3. A ligação dos ambientes com o exterior e com a natureza

Esta tendência é geral na arquitetura, como vimos no capítulo 1, ligada à concepção e às teorias do lugar. Na arquitetura da saúde é reforçada pelo crescente interesse em reverter a noção do hospital-máquina dependente dos recursos artificiais e pelos numerosos estudos que têm comprovado a influência benéfica do contato com a natureza e com a luz natural sobre os processos biológicos e psicológicos, como vimos no capítulo 2. Além dos benefícios proporcionados pela simples visita ou contemplação, há que se evidenciar também o potencial da atividade de jardinagem como recurso de terapia ocupacional para determinados grupos de pacientes. Em todas as pesquisas de campo realizadas, os resultados apontaram demandas ou observações relacionadas a este tema.

Os Hospitais Souza Aguiar e Jesus, pelas suas elevadas taxas de ocupação dos terrenos, possuem pouco aproveitamento das áreas livres, sendo estas quase totalmente utilizadas para estacionamento. Nestes hospitais, portanto, foi elevada a demanda pela criação de jardins e áreas para lazer e entretenimento.

Entre os casos estudados, o Hospital Lourenço Jorge é a unidade onde este aspecto foi mais intensamente explorado e desenvolvido em projeto. Os ambientes de internação são amplamente servidos de iluminação e ventilação natural e é franqueado aos pacientes o uso dos jardins e pátios existentes entre os blocos como áreas de lazer, vantagens que são associadas por profissionais da instituição a uma redução do tempo de internação e da necessidade de aplicação de medicamentos.

Embora no Lourenço Jorge o contato com a natureza tenha sido mais intencionalmente desenvolvido, o IMAS Nise da Silveira é, dos casos estudados, o que apresenta o maior potencial neste sentido, pela sua localização em meio a uma grande área verde. Ali foi elaborada, inclusive, uma proposta de integração e abertura deste parque à comunidade, com a criação de áreas para prática de esportes, como meio de favorecer a “desconstrução” do manicômio e contribuir para a ressocialização dos pacientes psiquiátricos. Além disso, a Instituição já praticava a utilização da jardinagem como terapia ocupacional.

5.2.4. Aproximação com referências dos ambientes residenciais

A utilização de referências dos espaços residenciais e oferta da possibilidade de personalização dos espaços, especialmente nos ambientes de permanência prolongada é uma tendência que alguns autores apontam, como Dilani (2001), como medidas que ajudam a manter os usuários conectados ao mundo exterior e às suas rotinas, evitando a ruptura que a internação geralmente representa. No entanto, é necessário destacar que não se trata de criar de maneira artificial um cenário doméstico, mas, de amenizar a frieza do ambiente institucional, o que pode ser favorecido pela arquitetura, através da concepção de espaços variados e ricos, capazes de proporcionar surpresas e diferentes experiências perceptivas, além de responder a uma ampla gama de necessidades, como a privacidade, o convívio, o lazer, a contemplação, entre outros. Os materiais, as cores, os efeitos e o controle da iluminação nos ambientes, o tratamento acústico, a qualidade do ar, são elementos que devem ser explorados neste sentido. Além disso, a ampla oferta de acesso a meios de comunicação é também uma importante medida capaz de ajudar a manter a conexão com a vida fora do hospital.

A aproximação com o ambiente doméstico é também favorecida pela maior presença dos familiares e da manutenção dos hábitos e rotinas do paciente, dentro do possível e de maneira coerente com a sua condição de saúde. A presença dos familiares e amigos, sejam eles visitantes ou principalmente os acompanhantes, causa grande impacto na arquitetura, pois requer a consideração de um novo contingente de usuários, cujas necessidades de espaço com conforto devem ser plenamente atendidas. Há que se levar em conta que em muitos casos a internação se prolonga por meses e o hospital passa a ser uma espécie de moradia, e necessita, portanto, oferecer toda a estrutura para tal.

Esta necessidade se faz ainda mais relevante, por exemplo: nos casos de instituições de permanência prolongada, como as remanescentes instituições de internação psiquiátrica; em instituições pediátricas, pelo impacto que a internação exerce sobre os pacientes e acompanhantes; em unidades de internação de idosos, onde as visitas e o convívio social são cruciais para a manutenção da autonomia e até mesmo do interesse pela vida; e mesmo em unidades ambulatoriais que oferecem tratamentos mais prolongados, onde os pacientes têm que permanecer durante muitas horas semanais, como a hemodiálise e a quimioterapia.

5.2.5. Adequação dos ambientes às características dos usuários

A potencialização dos efeitos benéficos da relação entre usuários e ambientes de saúde requer uma consideração especial das características e necessidades de cada público, considerando a sua diversidade social, cultural e regional. Este aspecto é de fundamental importância, pois pode atuar na preservação das referências do cotidiano dos usuários, que em geral são rompidas quando do ingresso para internação.

Esta tendência engloba, por exemplo, em espaços destinados ao tratamento infantil, uma concepção adequada à sua escala e percepção, capaz de enriquecer a sua experiência ambiental e, principalmente, amenizar a sua tensão e o seu medo. É importante frisar que produzir um ambiente pediátrico estimulante e humanizado é muito mais do que simplesmente utilizar cores ou faixas decoradas com motivos infantis, envolvendo o reconhecimento das suas reais necessidades, entre elas, a recreação e a interação social e demandando a criação de espaços para tal, conforme foi amplamente apontado nas pesquisas de campo.

A experiência dos Doutores da Alegria, embora não inclua intervenções nos ambientes, comprova a eficácia de se estimular a atividade deste público, o que pode ser ainda enriquecido através da arquitetura. No Hospital Lourenço Jorge, por exemplo, a instalação de brinquedos no pátio anexo às enfermarias infantis foi uma medida de grande sucesso, tanto pela distração que ofereceu às crianças, quanto pelo alívio e troca de experiências que proporcionou entre os acompanhantes, em geral mães, que quando limitadas ao ambiente da enfermaria tendem a ficar muito mais ansiosas e focadas em distrair e consolar as crianças.

Nesta categoria de tendências não se deve esquecer dos funcionários, que também têm as suas necessidades específicas a serem contempladas no sentido de qualificar as suas condições de trabalho, aspecto que, nas pesquisas de campo realizadas, também foi amplamente associado à humanização. Nem sempre os funcionários são lembrados, especialmente os que se encontram nos níveis inferiores das hierarquias institucionais, como vimos nos estudos de caso. Muitas vezes os espaços a eles destinados são adaptados e improvisados em ambientes precários em área e condições ambientais. Oferecer espaços confortáveis aos funcionários de todas as categorias profissionais, para os seus períodos de repouso, além de proporcionar ambientes de trabalho funcionais, ergonômicos e capazes de dar suporte aos necessários recursos tecnológicos são papéis fundamentais da arquitetura da saúde.

5.2.6. Acolhimento

Muito projetos são desenvolvidos com foco no atendimento de normas e aspectos técnicos e funcionais, e colocam em segundo plano os espaços de acolhimento, lazer e convívio social (ver próximos itens). Estes espaços são também os primeiros a serem eliminados ou reduzidos quando se quer cortar custos na construção ou quando se tem uma área restrita para implantação de um empreendimento.

No entanto, as condições em que é feito o acolhimento dos pacientes têm sido cada vez mais valorizadas, inclusive nos programas oficiais, que têm preconizado o chamado acolhimento com classificação de risco¹¹⁷ e uma meticulosa organização da chamada “porta de entrada”,¹¹⁸. Desta forma, não se recomendam, por exemplo, ambientes em que o paciente é recebido como em um banco e encaminhado a filas de espera, mas, espaços confortáveis, acolhedores, com balcões ou mesas baixos, sem grades, no sentido de eliminar os tradicionais bloqueios e favorecer a escuta e a interação entre pacientes e funcionários. O acolhimento implica em atenção individualizada, amistosa e solidária, atitude que pode ser favorecida pela arquitetura. Assim, têm sido concebidos ambientes mais amenos, confortáveis e generosos, capazes de favorecer um melhor relacionamento entre os profissionais, pacientes e seus acompanhantes. Talvez este seja o maior desafio na rede pública, dadas as dificuldades em se resolver a problemática da demanda e das conseqüentes filas de espera.

Além do conforto e da organização, a orientação dos pacientes é imprescindível no acolhimento dos pacientes e acompanhantes, o que pode ser favorecido por um eficiente sistema de sinalização e informação, que seja capaz de proporcionar segurança nos seus percursos na instituição.

Todas estas questões têm um grande impacto sobre pacientes e acompanhantes, mas, cabe destacar que devem ser também aplicadas aos profissionais que atuam nas instituições, como medida de valorização pessoal e desenvolvimento da motivação para o trabalho.

¹¹⁷ Segundo esta proposta, o paciente deve ser acolhido, avaliado e encaminhado ao atendimento não mais segundo a ordem de chegada, mas, de acordo com o risco a que está sujeito em seu quadro de saúde.

¹¹⁸ Conforme estabelecido na PNH – Política Nacional de Humanização, a porta de entrada deve ser organizada por meio do seguinte sistema de fluxos: um eixo vermelho para atender à emergência, ou seja, os casos de maior gravidade e risco; um eixo azul, para o pronto-atendimento. Cada um destes eixos ainda se subdivide por cores que orientam a classificação dos pacientes segundo os riscos que seus quadros apresentam, o que visa proporcionar maior agilidade no atendimento e, em conseqüência, maior resolutividade, qualidade e satisfação dos usuários.

5.2.7. Convívio social e entretenimento

Os ambientes destinados ao convívio social e ao entretenimento - como salas de estar, salas de tv e outras atividades e também pátios e jardins - que até pouco tempo não costumavam integrar o escopo dos projetos, vêm ganhando importância, não só como local de refúgio temporário do ambiente da enfermaria, como vimos no ítem 5.2.5, mas, até mesmo como recurso terapêutico no caso de algumas especialidades, como a saúde mental e a reabilitação motora. Cada vez mais verificamos a criação de ambientes para a realização das mais diversas atividades de recreação, terapia ocupacional e educação, para pacientes, acompanhantes e também para funcionários. Outras medidas mais simples, que não implicam na criação de novos ambientes também podem contribuir para tornar mais amena a estadia na instituição, como a instalação de som ambiente, a disponibilização de meios de comunicação, inclusive Internet e a promoção de apresentações artísticas e culturais.

Para os pacientes internados numa instituição hospitalar, especialmente os que não contam com a presença de acompanhantes, estes ambientes podem oferecer uma preciosa alternativa ao espaço da enfermaria, estimulando interações positivas com outros pacientes, além de proporcionar novos e diferenciados estímulos aos sentidos, o que pode contribuir com o processo de restabelecimento da saúde. Respeitadas as limitações do seu quadro de saúde, o paciente pode ser incentivado a deixar o ambiente da enfermaria, caminhar, exercer atividades e trocar experiências com outros pacientes.

Para os acompanhantes, estes podem ser espaços para alívio da tensão e da preocupação a que estão submetidos, servindo ainda como ambiente para o recebimento de visitantes, atividade que anteriormente se restringia à própria enfermaria, com precárias condições de conforto.

Também para os funcionários os ambientes de convívio e entretenimento são de grande valia, proporcionando uma sensível melhoria das suas condições de trabalho. Assim, podemos verificar uma crescente valorização do chamado “estar técnico” - que é inclusive previsto em norma – através da concepção de ambientes mais confortáveis e dotados de copas e de recursos para o entretenimento, comunicação e estudo, assim como ligação com áreas externas e jardins.

Em alguns dos casos estudados, no entanto, percebemos que este tipo de estrutura ainda estava limitado aos níveis mais elevados na hierarquia das instituições (médicos e demais profissionais de nível superior). Cabe, portanto, reverter este quadro, pois o maior contingente de

funcionários e o que desenvolve maior interação com pacientes e acompanhantes - sendo responsável, portanto, em grande parte, pela qualidade do atendimento - encontra-se no grupo de formação de nível médio.

5.2.8. Participação do acompanhante

Embora já seja reconhecida a importância e incorporada a participação dos acompanhantes no processo de recuperação do pacientes e na rotina das instituições, um aspecto ainda pouco desenvolvido, pelo menos na rede pública, é a valorização dos espaços a eles destinados. Em geral, as medidas relacionadas a este tema se restringem à previsão da tradicional poltrona ao lado do leito preconizada pela norma, que inevitavelmente oferece condições desconfortáveis e até desumanas de permanência para o acompanhante, principalmente no caso de longas estadias, como mencionamos no item 5.2.4.

Observamos vários casos, no Hospital Jesus, por exemplo, em que estes se encontravam há meses na instituição e tendo que dormir nestas poltronas. Além destas precárias condições para o repouso, em geral, nas instituições públicas, não há locais seguros para guarda de pertences e para os seus cuidados pessoais, lavagem de roupas etc. Para contornar estas situações, estes acompanhantes desenvolvem estratégias de apropriação dos espaços, como por exemplo: a colocação da poltrona na entrada da circulação lateral do leito, de modo a criar um bloqueio e definir um espaço, atrás dela, para guarda e segurança de seus pertences; a instalação de varais nos banheiros para pendurar suas roupas lavadas no lavatório, entre outras. O lazer e o entretenimento destes usuários também deve ser considerado, de modo a preservar a sua tranquilidade e bem estar, permitindo assim que consigam dar conta da árdua tarefa de acompanhar um paciente.

Um outro aspecto relacionado aos acompanhantes que requer um cuidado especial é a privacidade no ambiente da enfermaria. A convivência de acompanhantes neste ambiente, se não forem previstas medidas que garantam a privacidade tanto de pacientes como de acompanhantes¹¹⁹, pode gerar situações de constrangimento em caso de realização de procedimentos ou higiene pessoal. Há que se destacar que, apesar de ter sido reivindicada uma maior privacidade em determinados momentos, a convivência foi vista como algo positivo no

¹¹⁹ Como, por exemplo, a instalação de biombo ou divisórias, mesmo que retráteis, de modo a preservar a possibilidade de interação entre os usuários.

Hospital Jesus, por ser uma oportunidade da troca de experiências e ajuda mútua, e pelo desenvolvimento do sentimento de solidariedade.

Assim, se faz necessária na concepção de ambientes de saúde a consideração também destas questões, através do reconhecimento das rotinas de cada serviço/setor e das necessidades destes acompanhantes no que diz respeito à disponibilização de espaço e de uma estrutura adequada à sua permanência, capaz de garantir o seu conforto e segurança.

5.2.9. Acessibilidade e desenho universal

Observamos que este requisito, embora seja básico para qualquer arquitetura, na prática tem recebido uma atenção muito restrita ao atendimento das normas. Assim, geralmente se limitam às questões de acessibilidade para pessoas portadoras de necessidades especiais a banheiros e sanitários, colocação de barras de apoio e a criação de rampas.

Considerando as características dos ambientes de saúde, há que se ampliar estas noções e levar em conta outras situações relacionadas à fragilidade e à falta de autonomia dos usuários para a realização das mais simples atividades. Por exemplo, muitos pacientes têm dificuldades em realizar tarefas de rotina e portanto, necessitam de auxílio e acompanhamento em ambientes como sanitários e banheiros, por exemplo, que, em geral, pela sua área reduzida, só comportam uma pessoa¹²⁰.

Devem ser ainda consideradas as condições de mobilidade e características de grupos específicos, como os obesos, que cada vez se fazem presentes nos ambientes de saúde, principalmente a partir do desenvolvimento das cirurgias para tratamento da obesidade mórbida. Pacientes em macas e cadeiras de rodas, portando suportes para soro e outros equipamentos, além do acesso, transporte e retirada de equipamentos¹²¹ e insumos nos ambientes do hospital também devem ser considerados, bem como uma minuciosa organização destes diferentes fluxos.

¹²⁰ Observamos uma situação deste tipo na UTQ do Souza Aguiar, onde os pacientes, muito queimados, alguns com soro, tinham que utilizar banheiros exíguos com o auxílio do pessoal da enfermagem.

¹²¹ Presenciamos uma caso, no Hospital Souza Aguiar, que evidenciava a dificuldade de transporte de um equipamento de raios X portátil para o interior do Centro de Tratamento de Queimados. A existência de uma barreira do tipo passa-macas no acesso principal obrigava a uma complexa manobra com o equipamento através do vestiário de barreira utilizado pelos profissionais e visitantes do setor.

5.2.10. Privacidade

A privacidade é uma necessidade básica nos ambientes da saúde, e geralmente é associada a uma preferência por quartos particulares em lugar de enfermarias. Nas últimas décadas houve uma tendência em se optar, especialmente na rede privada, por quartos particulares, o que levou a uma desvalorização da enfermaria. Os projetos de Lelé para a Rede Sarah, dotados de amplas enfermarias, colocam isto em discussão. Em muitos casos, especialmente no de pacientes sem acompanhantes, pode ser mais vantajoso estar em uma enfermaria, pela facilidade de controle e atenção por parte das equipes, e também relação de solidariedade e auxílio mútuo que ali se pode estabelecer, como vimos no item 5.2.8. Além disso, permanecer isolado num quarto privativo pode, em alguns casos, contribuir para aumentar a sensação de insegurança e abandono.

Como foi destacado por Costa (2001), os aspectos público e privado da vida dos usuários, sejam pacientes ou acompanhantes, são colocados em confronto no ambiente hospitalar (ver item 2.7), e o tratamento desta questão na arquitetura requer sensibilidade e flexibilidade para atender à maior parte possível das demandas, especialmente nas instituições públicas, que não têm condições de oferecer quartos particulares para todos.

Considerando estas questões, a privacidade deve ser levada em conta de uma forma mais ampla e flexível. Refere-se à possibilidade de isolamento e preservação da intimidade dos pacientes, quando necessário, inclusive para a realização de procedimentos. Refere-se também à consideração dos acompanhantes, que também ficam sujeitos à perda de privacidade, já que são obrigados a compartilhar com pessoas estranhas ambiente tão íntimos como quartos e banheiros. Ainda associada à privacidade podemos incluir a necessidade de oferecer espaços para a guarda em segurança dos pertences.

5.2.11. Utilização de meios naturais de promoção do conforto ambiental

O aproveitamento dos recursos bioclimáticos é uma medida básica e genérica na arquitetura, mas, na arquitetura da saúde não foi muito explorada durante muito tempo e apresenta algumas restrições. A pouca exploração se deve ao longo período de valorização do hospital máquina de curar e sua relação obstinada com a tecnologia, como vimos no capítulo 2. Já as restrições são impostas pelos requisitos de biossegurança próprios de alguns ambientes e setores, como por

exemplo os centros cirúrgicos, unidades de tratamento de queimados, e outros, que demandam sistemas rigorosos de controle da qualidade do ar em termos de pureza, temperatura, umidade, pressão e renovação. Nestes casos, os sistemas artificiais ainda são os recomendados. Além disso, há ainda que se considerar as necessidades de controle da iluminação para algumas atividades, como as cirurgias, por exemplo, onde é necessário evitar o ofuscamento e a formação de sombras que possam comprometer a precisão do ato cirúrgico. A iluminação artificial é a mais utilizada nestas situações, pela sua uniformidade e possibilidade de um controle mais preciso. No entanto, durante uma visita às obras do Hospital da Rede Sarah no Rio de Janeiro, projeto de autoria de João Filgueiras Lima – Lelé, obtivemos a informação de que naquela construção estavam sendo testadas soluções para a incorporação da iluminação natural também nas salas cirúrgicas.

Apesar das restrições acima exemplificadas, restam inúmeras aplicações potencialmente vantajosas dos recursos bioclimáticos, não somente para a promoção do conforto ambiental dos usuários e exploração dos seus benefícios terapêuticos e psicossociais, mas também em termos de economia e sustentabilidade para as instituições e, em consequência, para o meio ambiente.

Nos exemplos de projetos mais recentes, como o caso estudado do Hospital Lourenço Jorge, se verifica uma preocupação em explorar os aspectos bioclimáticos e promover eficiência energética em vários setores e ambientes, como a internação (geral e intensiva), pronto-atendimento, administração e circulações, através de medidas como: a ampla utilização da luz natural, proteção e sombreamento de fachadas e ventilação cruzada. Naquele exemplo, as grandes aberturas, além de proporcionarem a iluminação natural, levam para os ambientes a paisagem dos jardins, o que é extremamente valorizado pelos seus usuários, por neutralizar o aspecto que denominam de “cara de hospital”. Cabe lembrar que, além desta vantagem de cunho mais subjetivo, foram ali também apontados impactos positivos nos processos biomédicos dos pacientes da UTI, como redução do tempo de internação e da necessidade de aplicação de medicamentos. Estes impactos, por comparação a outros hospitais da rede municipal, foram associados ao seu diferencial, que é a configuração da UTI, onde os ambientes são amplamente servidos pela luz natural.

Estes aspectos tendem a ser cada vez mais valorizados e explorados na arquitetura da saúde, no rastro dos movimentos pela humanização, promoção de saúde e qualidade de vida, e na medida em que se forem comprovando de forma mais objetiva os seus efeitos sobre os indicadores de saúde.

5.2.12. Definição de novos programas assistenciais e arquitetônicos

A abordagem de promoção de saúde, a humanização e o declínio da hegemonia da instituição hospitalar têm demandado o desenvolvimento de novos programas assistenciais com vistas à desospitalização e à redução dos períodos de internação, como os *day hospitals* e as soluções de *homecare*, que por sua vez, requerem a composição de novos programas arquitetônicos.

Muitos destes novos programas carecem ainda de definições, inclusive normativas, que irão demandar amplas discussões na arquitetura. Existem também setores da saúde em que as novas propostas ainda são tão recentes, que abrem um imenso campo para estudos e avaliações, como a saúde mental, com as propostas substitutivas aos hospitais psiquiátricos (ver item 4.4), e a atenção ao parto, no caso específico das casas de parto, que têm a sua validade ainda muito polemizada.

5.3. Considerações finais

Este trabalho teve como principal objetivo demonstrar e valorizar o papel da arquitetura no campo da assistência à saúde, especialmente no que se refere ao processo de humanização. Para tanto, investigamos os sentidos atribuídos ao conceito no campo da arquitetura, no campo da saúde e em seus espaços, visando a compreensão do que tem sido discutido sobre o tema. O foco principal do trabalho foi, no entanto, a investigação sobre a representação social de humanização e sua relação com o ambiente físico em estabelecimentos de assistência à saúde da rede municipal do Rio de Janeiro.

Os estudos permitiram visualizar aspectos que são consenso em todos os casos apresentados, assim como determinar as especificidades de cada perfil e contexto institucional. O estudo das relações entre os elementos integrantes das representações possibilitou a percepção das possibilidades de intervenção da arquitetura, gerando uma cadeia de impactos positivos que podem qualificar o atendimento.

Diante de tudo o que foi apresentado, a pesquisa registra as tendências e conceitos envolvidos neste processo de evolução de uma arquitetura predominantemente hospitalar para uma arquitetura da saúde. Tal processo amplia consideravelmente o campo de atuação dos arquitetos, antes voltados primordialmente para a produção de edifícios hospitalares, em

coerência com o então vigente paradigma biomédico. Ao mesmo tempo, demanda um maior envolvimento destes profissionais em todas as etapas da produção das edificações de saúde, inclusive na avaliação dos seus resultados e da satisfação dos usuários.

No desenvolvimento do trabalho também tivemos a oportunidade de refletir sobre as experiências interdisciplinares empreendidas com o grupo Espaço Saúde, referentes à adoção da Teoria das Representações Sociais como base teórica para a abordagem das opiniões e percepções dos usuários dos ambientes de saúde. Os diferentes desenhos de pesquisa aqui apresentados ilustram o seu potencial e oferecem uma amostra da multiplicidade dos meios que permitem acessar as representações sociais.

Como caminhos futuros para o desdobramento desta pesquisa, podemos apontar alguns campos de interesse, como: a investigação das representações de humanização em instituições da rede privada e futuras comparações com os resultados aqui encontrados; a investigação das representações do hospital, buscando identificar o seu potencial simbólico e visando a sua exploração/neutralização no desenvolvimento de projetos; o estudo das representações de humanização em outros setores da saúde, como a geriatria, o atendimento ambulatorial e outros; o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências na arquitetura, um campo ainda pouco explorado em nosso país, que pode oferecer importantes contribuições no sentido de mensurar e comprovar alguns efeitos de tendências e medidas aqui apontadas como humanizadoras.

Convictos de que nenhuma pesquisa se encerra na produção de uma tese, esperamos ter contribuído para o avanço das reflexões sobre a humanização da assistência e evidenciado a riqueza do potencial reservado à arquitetura da saúde neste processo. Acreditamos também ter demonstrado, através deste trabalho, especialmente através das pesquisas de campo, a importância de se multiplicar os intercâmbios entre as diversas disciplinas - medicina, psicologia, arquitetura, entre outras - envolvidas na produção da saúde e dos seus espaços.

BIBLIOGRAFIA

ABRIC, Jean-Claude. L'analyse structurale des représentations sociales. In: MOSCOVICI, S. et BUSCHINI, F. **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, 2003. p.375-392.

_____. A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia S. P.; OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais**. 2^a. Edição. Goiânia: Editora AB, 2000. p.27-38.

_____. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: GUIMELLI, C.(org.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1994. p.73-83.

AMARANTE, Paulo. (org.). **Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995. 132p.

ANDO, Tadao. Por Novos Horizontes na Arquitetura. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. [tradução: Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659p. (p.493-498). Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995*.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: Instituição e História Social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168p.

ARGAN, Giulio Carlo. Sobre a Tipologia em Arquitetura. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. [tradução: Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659p. (p.268-273). Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995*.

ARRUDA, Ângela. Viver é Muito Perigoso: a Pesquisa em Representações Sociais no Meio do Rodamoinho. In: COUTINHO, M. P. L., LIMA, A. S., OLIVEIRA, F. B., FORTUNATO, M. L. (org.). **Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

_____. **Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero**. In: Cad. Pesqui. (online) no.117. Disponível em www.scielo.br. São Paulo Nov. 2002

BACHELARD, Gaston. **A poética do espaço**. [Tradução: Antonio de Pádua Danesi; revisão da tradução: Rosemary Costhek Abílio]. São Paulo: Martins Fontes, 1993 (1957). 242 p. (Coleção tópicos) Título original: *La poétique de l'espace*.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 232p.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. [Tradução: Heloisa Jahn]. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. 326p. Título original: *L'Instituzione negata*.

BAUER, Martin W. e GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um Manual Prático**. [Tradução: Pedrinho Guareschi]. Petrópolis: Vozes, 2002. 620p. Título original: *Qualitative Researching with Text, Image and Sound: a Practical Handbook for Social Research*.

BERGAN, Carla. **Humanização: Representações Sociais do Hospital Pediátrico**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BESS, Philip. Comunitarismo e Emotivismo: duas visões antagônicas. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. [tradução: Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659 p. (p. 402-411). Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995*.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Ambiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 50**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Cidades Saudáveis: subsídios à elaboração da Agenda 21 brasileira**. Brasília: Brasília: Ministério do Meio Ambiente; Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis; Consórcio Parceria 21 IBAM-ISER-REDEH, 2000. 155p.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora FTD, 1996. 704p.

BUSS, Paulo. **Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, no. 5 (1). Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2000. p. 163-177.

CAMPOS DA PAZ Jr., Aloysio. **Tratando Doentes e não Doenças**. Brasília: Editora Sarahletras, 2002. 164p.

_____. *Lelé* por Aloysio Campos da Paz Júnior. In: LIMA, João Filgueiras. **CTRS – Centro de Tecnologia da Rede Sarah**. Brasília: Sarah Letras, 1999. 66p. (p.06-09).

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. 178p. (p. 113-126).

CEJKA, Jan. **Tendências de la Arquitectura Contemporânea**. Tradução: Karin Stadlander. México: Gustavo Gilli, 1995. 136p. Título original: *Tendenzen zeitgenössischer Architektur*.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2001. 440p.

COLQUHOUN, Alan. Tipologia e Metodologia de Projeto. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. [tradução: Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659p. (p.274-283). Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995*.

COOPER-MARCUS, Clare. Gardens and health. In: DILANI, Alan (Org.). **Design & health: the Therapeutic Benefits of Design**. Stockholm: Svensk Byggtjänst, 2001. 327p. (p. 61-71).

COSTA, Jorge Ricardo Santos de Lima. **Espaço Hospitalar: a Revolta do Corpo e a Alma do Lugar. Arqutextos.** Disponível via Internet em www.vitruvius.com.br. Consultado em 2002.

CZAJKOWSKI, Jorge. **Jorge Machado Moreira.** Rio de Janeiro: Editora CAURJ, 1999. 188p.

DESIGN & HEALTH. Disponível na Internet via www.designandhealth.com. Consultado em junho de 2006.

DILANI, Alan. **Design & Health – the Therapeutic Benefits of Design.** Stockholm: Svensk Byggtjänst, 2001. 327p.

_____. Psychosocially Supportive Design. In: DILANI, Alan. **Design & Health – the Therapeutic Benefits of Design.** Stockholm: Svensk Byggtjänst, 2001. 327p. (p.31-38).

DOISE, Willem. 2000 Atitudes e Representações Sociais. In: JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. 420p. (p.187-203).

DOUTORES DA ALEGRIA. Disponível na Internet via www.doutoresdaalegria.org.br. Consultado em junho de 2005.

EISENMAN, Peter. O Pós-funcionalismo. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995).** [tradução: Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659 p. (97-101). Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995.*

ERIKSSON, Hakan. Medical Research and its Impact on Healthcare design. In: DILANI, Alan. **Design & Health – the Therapeutic Benefits of Design.** Stockholm: Svensk Byggtjänst, 2001. (p.39-48).

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Dicionário Aurélio Eletrônico versão 3.0.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira/Lexicon Informática, 1999.

FISCHER, Gustave. **Psicologia Social do Ambiente**. Tradução: Armando Pereira da Silva. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. 216p. Título original: *Psychologie sociale de l'environnement*.

FONSECA, Ingrid *et al.* **Qualidade da Luz e sua Influência sobre o Estado de Ânimo do Usuário**. Anais do Seminário Internacional Psicologia e Projeto do Ambiente Construído. Coleção PROARQ. Rio de Janeiro: Luna Produções Ltda., 2000.

FONTES, Maria Paula Zambrano. **Imagens da Arquitetura da Saúde Mental: um Estudo sobre a Requalificação dos Espaços da Casa do Sol, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira**. 2003. 182 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. [Tradução: José Teixeira Coelho Netto]. 3ª. Edição. São Paulo: Perspectiva, 2000. 551p. Título original: *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*.

_____. **O Nascimento da Clínica**. [Tradução: Roberto Machado]. 5ª. edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998, 241 p. Título original: *Naissance de la clinique*.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 26ª. edição. [Tradução: Raquel Ramalhete]. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p., il. Título original: *Surveiller et punir*.

_____. **Microfísica do Poder**. 3ª. edição. [Organização e tradução: Roberto Machado] Rio de Janeiro: Graal, 1982. 296 p.

FRAMPTON, Susan B., GILPIN, Laura, CHARMEL, Patrick A. **Putting Patients First: Designing and Practicing Patient-Centered Care**. San Francisco: Jossey-Bass, 2003. 350 p.

GHIRARDO, Diane. A Arquitetura da Fraude. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. [tradução: Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659p. (p. 416-422) Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995*.

GOLDIN, Grace. **Work of Mercy: a picture history of hospitals**. Toronto: The Boston Mills Press, 1994, 311p.

GREGOTTI, Vittorio. O Exercício do Detalhe. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. [tradução: Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659p. (p.535-538). Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995*.

GRIZE, Jean-Blaise. Lógica Natural e Representações Sociais. In: JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. 420p. (p.123-137).

GUANABARA. Estado. SUSEME – Superintendência de Serviços Médicos. **Assistência Pública – 80 Anos de História**. Rio de Janeiro: SUSEME, 1972.

HOWARD, Jan, STRAUSS, Anselm. **Humanizing Health Care**. New York: John Wiley & Sons, 1975, 326 p.

HUMANIZAÇÃO. Disponível na Internet via www.humanizacao.com.br. Consultado em 2003.

INSTITUTO LINA BO E P. M. BARDI. **João Filgueiras Lima – Lelé**. Lisboa: Editorial Blau, 2000. 264p.

JENCKS, Charles. **The Language of Post-modern Architecture**. - ed. revisada e ampliada – New York: Rizzoli International Publications, 1977. 136p.

JODELET, Denise (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. 420p.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações Sociais: Saberes Sociais e Polifasia Cognitiva**, EDUCadernos – Série Estudos e Pesquisas, Caderno 2 – Cultura e Pesquisa. Blumenau: Programa de Pós-Graduação em Educação da FURB, 2001.

LARROUSSE. **Grande Enciclopédia Larrousse Cultural**. São Paulo: Nova Cultural, 1995.

LIMA, João Filgueiras. Palestra proferida no Congresso da ABDEH – Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar. Rio de Janeiro, agosto de 2006.

_____. Entrevista concedida a Marcelo Carvalho Ferraz e Roberto Pinho em setembro de 1999. In: **João Filgueiras Lima – Lelé**. Lisboa: Editorial Blau, 2000. 264p.

_____. **CTRS – Centro de Tecnologia da Rede Sarah**. Brasília: Sarah Letras, 1999. 66p.

LINDHEIM, Roslyn. An Architect's Perspective. In: Howard, Jan, Strauss, Anselm. **Humanizing Health Care**. New York: John Wiley & Sons, 1975. (p. 293-304).

LYNCH, Kevin. **A Imagem da Cidade**. [Tradução de Maria Cristina Tavares Afonso]. Lisboa: Edições 70, 1988. 207p. Título original: *The Image of the City*.

MACHADO, Roberto, LOUREIRO, Ângela, LUZ, Rogério, MURICY, Katia. **Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.

MASETTI, Morgana. **Soluções de Palhaços: Transformações na Realidade Hospitalar**. São Paulo: Palas Athenas, 2004. 77 p.

_____. **Boas Misturas: a Ética da Alegria no Contexto Hospitalar**. São Paulo: Palas Athenas, 2003. 95 p.

MCDONOUGH, Willian. Projeto, Ecologia, Ética e a Produção das Coisas. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. [tradução Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659 p. (p.416-422). Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995*.

MONTANER, Josep Maria. **La Modernidad Superada: Arquitectura, Arte y Pensamiento del Siglo XX**. 3ª. Edição. Barcelona: Gustavo Gilli, 1999. 236p.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003. 404p.

MOSCOVICI, Serge, MARKOVÁ, Ivana. Idéias e seu Desenvolvimento: um diálogo entre Serge Moscovici e Ivana Marková. In: MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003. 404p. (p.305-387).

NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995)**. [tradução Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659 p. Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995*.

NEWMAN, Oscar. **Creating Defensible Space**. Washington: US Department of Housing and Urban Development, 1996. 123p.

NORBERG-SCHULZ, Christian. **Genius Loci: towards a phenomenology of architecture**. Nova York: Rizzoli, 1980. 216p.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Disponível na Internet via www.opas.org.br. Consultado em setembro de 2006a.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível na Internet via www.opas.org.br. Consultado em setembro de 2006b.

PLANETREE. **Planetree - Creating Patient-centered Care in Healing Environments**. Disponível via Internet em www.planetree.org. Consultado em 2006.

RAPOPORT, Amos. **The Meaning of the Built Environment: a nonverbal communication approach**. Beverly Hills: Sage Publications, 1982. 253p.

RASMUSSEN, Steen Eiler. **Arquitetura Vivenciada**. [tradução Álvaro Cabral]. - 1ª. ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1986. 232p. Título original: *Experiencing Architecture*

RIBOULET, Pierre. **Naissance D'Un Hôpital**. Besançon: Les Éditions de Imprimeur, 1994. 135p.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. [Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira]. São Paulo: Hucitec / Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. 400p. Título original: *A History of Public Health*.

_____. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica.** [Tradução de Ângela Loureiro]. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 401p. Título original: *From Medical Police to Social Medicine: essay on the history of health care.*

SÁ, Celso Pereira de. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

_____. **Núcleo Central das Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um Discurso sobre as Ciências.** Porto: Edições Afrontamento, 1987. 59p.

SANTOS, Mauro, BURSZTYN, Ivani (org.). **Saúde e Arquitetura: Caminhos para a Humanização dos Ambientes Hospitalares.** Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004. 108p.

SILVA, Kleber L. **A Idéia de Função para a Arquitetura: o Hospital e o século XVIII.** Disponível na Internet via www.vitruvius.com.br/arquitextos, consultado em 2001.

SOMMER, Robert. **Espaço pessoal. As bases comportamentais de projetos e planejamentos.** [Tradução: Dante Moreira Leite]. São Paulo: EPU: Universidade de São Paulo, 1973. 220 p. Título original: *Personal space: The behavioral basis of design.*

_____. **Social Design: creating buildings with people in mind.** New Jersey: Prentice-Hall, 1983. 198p.:il.

STERN, Robert A. Novos Rumos da Moderna Arquitetura Norte-americana. In: NESBITT, Kate (org.). **Uma Nova Agenda para a Arquitetura: antologia teórica (1965-1995).** [tradução Vera Pereira]. São Paulo: Cosac Naify, 2006. 659 p. (p.115-126). Título original: *Theorizing a new agenda for architecture: na anthology of architectural theory, 1965-1995.*

TENON, Jacques. **Memoirs on Paris Hospitals.** Tradução: Dora B. Weiner. Maryland: Science History Publications, 1996 (1788). 407 p. Título original: *Mémoires sur les hôpitaux de Paris.*

THOMPSON, John D., GOLDIN, Grace. **The Hospital: a Social and Architectural History**. London: Yale University Press, 1975. 349p.

TUAN, Yi-fu. **Espaço e lugar: a perspectiva da experiência**. [Tradução: Livia de Oliveira]. 2ª. Edição. São Paulo: Difel, 1983 (1977). 250 p., il. Título original: *Space and place: the perspective of experience*.

ULRICH, Roger. Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes. In: **Design & Health – the Therapeutic Benefits of Design**. Stockholm: Svensk Byggtjänst, 2001. . 327p. (p.49-59).

_____. **Architecture Heals**. In: Proceedings of an international symposium held at the University Medical Center Groningen, The Netherlands, November 22, 2003. Groningen: Foundation 200 years University Hospital Groningen, 2005. 46p. (p.25-33).

VENTURI, Robert. **Complexidade e Contradição em Arquitetura**. [tradução Álvaro Cabral]. – 1ª. ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2004. 231p. Título original: *Complexity and Contradiction in Architecture*.

VERDERBER, Stephen, FINE, David. **Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation**. New Haven: Yale University Press, 2002. 404p.

WAGENAAR, Cor. **Evidence Based Design: Architecture as Medicine?** In: Proceedings of an international symposium held at the University Medical Center Groningen, The Netherlands, November 22, 2003. Groningen: Foundation 200 years University Hospital Groningen, 2005. 46p. p.12-24.

WHEELER, E. Todd. **Hospital Modernization and Expansion**. New York: McGraw-Hill, 1971. 261p.

ZEISEL, John. Introduction. In: **Design & Health – the Therapeutic Benefits of Design**. Stockholm: Svensk Byggtjänst, 2001. (p.07-08).

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário utilizado no Hospital Municipal Lourenço Jorge

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE			
Data:	____/____/2003	Questionário nº.	
Pesquisador:		Setor:	

Este questionário faz parte de uma pesquisa de avaliação das condições do ambiente construído, visando estabelecer um diagnóstico para orientação do planejamento arquitetônico da reestruturação do hospital. Agradecemos a sua participação.

1. Identificação:

Nome (opcional): _____

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____ () paciente () acompanhante

() funcionário; cargo/setor: _____

Local onde mora? _____

2. Sobre a humanização e o hospital:

Quais as 4 primeiras coisas que passam em sua cabeça quando você ouve falar em humanização do hospital? Assinale a mais importante.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Para você, qual a missão deste hospital?

Você acha que esta missão está sendo cumprida? Explique.

ANEXO 2

Questionário utilizado no Hospital Municipal Lourenço Jorge para confirmação do núcleo central da representação de humanização

HOSP. MUNIC. LOURENÇO JORGE – AVALIAÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO

Nome do ambiente:		Ficha nº.:	
Setor a que pertence:		Data:	
Bloco onde se localiza:		Pesquisador:	

Este questionário faz parte de uma pesquisa de avaliação do ambiente construído, realizada pelo Grupo Espaço Saúde/PROARQ/FAU/UFRJ. Agradecemos a sua participação.

Identificação

Nome (opcional):		Idade:	
Local onde mora:		Sexo:	
Condição:	() Paciente () Acompanhante () Funcionário	Cargo/função:	

Perguntas para confirmação do núcleo central

1) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em ATENDIMENTO ? () Sim, pode-se () Não, não se pode () Não sei dizer
2) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em RECURSOS HUMANOS (profissionais, funcionários, médicos)? () Sim, pode-se () Não, não se pode () Não sei dizer
3) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em TRATAMENTO (forma de tratar)? () Sim, pode-se () Não, não se pode () Não sei dizer

ANEXO 3

Questionário utilizado no Hospital Municipal Souza Aguiar

HOSP. MUNIC. SOUZA AGUIAR – AVALIAÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO			
Nome do ambiente:		Ficha nº.:	
Setor a que pertence:		Data:	
Bloco onde se localiza:		Pavimento:	
<p>Este questionário faz parte de uma pesquisa de avaliação do ambiente construído, solicitada pela Assessoria de Engenharia e Obras da SMS ao Grupo Espaço Saúde/PROARQ/FAU/UFRJ, visando estabelecer um diagnóstico para orientação do planejamento das futuras intervenções neste Hospital. Agradecemos a sua participação.</p>			

Identificação			
Nome (opcional):		Idade:	
Local onde mora:		Sexo:	
Condição:	() Paciente () Acompanhante () Funcionário	Cargo/função:	

Associação de palavras			
Diga as 4 primeiras coisas que vêm à sua cabeça quando ouve falar em HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL; indique ao lado as 2 mais importantes	()		
	()		
	()		
	()		

	O que tem de melhor	O que tem de pior	Sugestões
Observações sobre este(a):			
(NOME DO AMBIENTE ONDE A PESSOA ESTÁ NO MOMENTO DA ENTREVISTA)			

Observações

ANEXO 4

Questionário utilizado no Hospital Municipal Souza Aguiar para confirmação do núcleo central da representação de humanização

HOSP. MUNIC. SOUZA AGUIAR – AVALIAÇÃO DO AMBIENTE CONSTRUÍDO			
Nome do ambiente:		Ficha nº.:	
Setor a que pertence:		Data:	
Bloco onde se localiza:		Pavimento:	
<p style="text-align: center;">Este questionário faz parte de uma pesquisa de avaliação do ambiente construído, realizada pelo Grupo Espaço Saúde/PROARQ/FAU/UFRJ. Agradecemos a sua participação.</p>			

Identificação			
Nome (opcional):		Idade:	
Local onde mora:		Sexo:	
Condição:	() Paciente () Acompanhante () Funcionário	Cargo/função:	

Perguntas
<p>1) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em ATENDIMENTO?</p> <p>() Sim, pode-se</p> <p>() Não, não se pode</p> <p>() Não sei dizer</p>
<p>2) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em RECURSOS HUMANOS (profissionais, funcionários, médicos)?</p> <p>() Sim, pode-se</p> <p>() Não, não se pode</p> <p>() Não sei dizer</p>
<p>3) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em TRATAMENTO (forma de tratar)?</p> <p>() Sim, pode-se</p> <p>() Não, não se pode</p> <p>() Não sei dizer</p>
<p>4) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em CONDIÇÕES DE TRABALHO?</p> <p>() Sim, pode-se</p> <p>() Não, não se pode</p> <p>() Não sei dizer</p>
<p>5) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em ESTRUTURA (estrutura física)?</p> <p>() Sim, pode-se</p> <p>() Não, não se pode</p> <p>() Não sei dizer</p>
<p>6) Pode-se pensar em humanização sem se pensar em HUMANO (ser humano, tratar com humanidade)?</p> <p>() Sim, pode-se</p> <p>() Não, não se pode</p> <p>() Não sei dizer</p>

ANEXO 5

Questionário utilizado com os acompanhantes no Hospital Municipal Jesus

Data: ____/____/2002

Questionário nº. _____

Pesquisador: _____

Setor: _____

Intervenções na Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde:
Um Estudo sobre a Requalificação e Humanização no Espaço de Saúde Infantil

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar o valor e o conceito de humanização nas instituições de saúde infantil. Agradecemos a sua participação.

Instituição: Hospital Municipal Jesus

Questionário – ACOMPANHANTES

Quais as 4 primeiras palavras que passam em sua cabeça quando você ouve falar em humanização do hospital? Assinale as duas mais importantes.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Identificação:

Grau de parentesco com a criança:

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

Escolaridade: _____

Local onde mora?

Por que a criança está aqui?

Há quanto tempo a criança se trata aqui?

Por que escolheu o hospital Jesus?

Já levou seu (filho) a outros hospitais?

1. Para você, qual a missão deste hospital?

2. Você acha que esta missão está sendo cumprida? Explique.

3. Se você pudesse construir este hospital hoje, como você gostaria que ele fosse?

4. Você acha importante dormir ao lado de seu filho na enfermaria? Alguma sugestão?

5. Incomoda a você o fato de não haver separação entre os leitos?

6. O que tem de pior aqui...?

7. O que tem de melhor aqui...?

8. O que você acha do(a):

Ambientes	Justificativa	NOTA
Entrada Principal		
Recepção		
Sala de espera		
Sala de Consulta		
Sala de Vacinação		
Escola		
Enfermaria/Quarto		
Refeitório		
C.T.I.		
U.I.		
Centro Cirúrgico		

NOTA: Ruim

Regular

Bom

ANEXO 6

Questionário utilizado com os funcionários no Hospital Municipal Jesus

Data: ____/____/2002

Questionário nº. _____

Pesquisador: _____

Setor: _____

Intervenções na Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde:
Um Estudo sobre a Requalificação e Humanização no Espaço de Saúde Infantil

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar o valor e o conceito de humanização nas instituições de saúde infantil. Agradecemos a sua participação.

Instituição: Hospital Municipal Jesus

Questionário – FUNCIONÁRIOS

Quais as 4 primeiras palavras que passam em sua cabeça quando você ouve falar em humanização do hospital? Assinale as duas mais importantes.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Identificação:

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

Cargo /Função que exerce na Instituição:

Local de Trabalho:

Há quanto tempo está neste serviço:

9. Para você, qual a missão deste hospital?

10. Você acha que esta missão está sendo cumprida? Explique.

11. Se você pudesse construir este hospital hoje como você gostaria que ele fosse?

12. Você acha importante que as crianças internadas durmam acompanhadas dos seus pais? Alguma sugestão?

13. Você acha necessário haver a separação entre os leitos das crianças?

14. O que tem de pior aqui...?

15. O que tem de melhor aqui...?

16. O que você acha do(a):

Ambientes	Justificativa	NOTA
Entrada Principal		
Recepção		
Sala de espera		
Sala de Consulta		
Sala de Vacinação		
Escola		
Enfermaria/Quarto		
Refeitório		
C.T.I.		
U.I.		
Centro Cirúrgico		

NOTA: Ruim

Regular

Bom

17. Cite 3 modificações no espaço do hospital que poderiam proporcionar um ambiente mais adequado.

ANEXO 7

Questionário utilizado com as crianças internadas no Hospital Municipal Jesus

Data: ____/____/2002

Questionário nº. _____

Pesquisador: _____

Setor: _____

Intervenções na Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde:
Um Estudo sobre a Requalificação e Humanização no Espaço de Saúde Infantil

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar o valor e o conceito de humanização nas instituições de saúde infantil. Agradecemos a sua participação.

Instituição: Hospital Municipal Jesus
Questionário - CRIANÇAS

Identificação:

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

Escolaridade: _____

Onde você mora?

Porque você está aqui no hospital? _____

Há quanto tempo você se trata aqui no hospital? _____

Já se tratou em outro hospital? Qual?

1. Faça um desenho mostrando como o hospital é:

2. Fale sobre este desenho:

3. Como você gostaria que fosse este hospital?

4. Que cores você gostaria que fosse este lugar?

5. O que você mais gosta aqui? Porquê?

6. O que você menos gosta aqui? Porquê?

ANEXO 8

Questionário utilizado com os clientes da Casa do Sol

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO - FAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA - PROARQ
ESPAÇO SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA - NESC**

Data: ____/____/2002

Questionário nº.: _____

Pesquisador: _____

Pesquisa:

Intervenções na Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde:

Um Estudo sobre a Requalificação de Espaços da Saúde Mental

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar um caráter para os novos espaços de assistência que começam a se materializar nas instituições após a Reforma Psiquiátrica. Agradecemos a sua participação.

Instituição: IMAS Nise da Silveira - Casa do Sol

Questionário - CLIENTES

1) Identificação:

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

Atividade que exerce na Instituição: _____

Local de moradia: () Casa do Sol
() Outra unidade do IMAS Nise da Silveira
() Mora fora do IMAS Nise da Silveira

Há quanto tempo mora / frequenta a Instituição: _____

2) Faça um desenho que represente a Casa do Sol.

3) Descreva o prédio da Casa do Sol como ele é hoje:

4) Quais os lugares da Casa do Sol...

a) ...que você mais gosta? Por quê?

b) ...que você menos gosta? Por quê?

5) Faça um desenho que represente o lugar onde você gostaria de morar / praticar suas atividades.

6) Descreva o lugar onde você gostaria de morar / praticar suas atividades.

7) De que forma a Casa do Sol poderia ficar parecida com o seu lugar ideal para morar / praticar suas atividades?

8) Observações:

ANEXO 9

Questionário utilizado com os funcionários da Casa do Sol

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO - FAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA - PROARQ
ESPAÇO SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA - NESC**

Data: ____/____/2002

Questionário nº.: _____

Pesquisador: _____

Pesquisa:

Intervenções na Arquitetura de Estabelecimentos de Assistência à Saúde:

Um Estudo sobre a Requalificação de Espaços da Saúde Mental

Este questionário faz parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar um caráter para os novos espaços de assistência que começam a se materializar nas instituições após a Reforma Psiquiátrica. Agradecemos a sua participação.

Instituição: IMAS Nise da Silveira - Casa do Sol

Questionário - FUNCIONÁRIOS

2) Identificação:

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

cargo / função que exerce na Instituição: _____

Local de trabalho: () Programa de Moradias - Casa do Sol

 () Centro de Convivência - Casa do Sol

 () Outra unidade do IMAS Nise da Silveira

Há quanto tempo está neste serviço: _____

2) Faça um desenho que represente a Casa do Sol.

3) Descreva o prédio da Casa do Sol como ele é hoje:

4) Quais os lugares da Casa do Sol...

a) ...que você mais gosta? Por quê?

b) ...que você menos gosta? Por quê?

5) Faça um desenho que represente o lugar onde você gostaria de trabalhar.

6) Descreva o lugar onde você gostaria de trabalhar.

7) De que forma a Casa do Sol poderia ficar parecida com o seu lugar ideal para trabalhar?

8) Na sua opinião, a Reforma Psiquiátrica significa...

9) O que mudou na Casa do Sol desde a abertura, em janeiro deste ano, das enfermarias...

a. ...na atitude dos clientes? Por quê?

b. ...no seu trabalho? Por quê?

c. ...na maneira como os clientes se relacionam com o espaço? Por quê?

10) Liste 8 (oito) aspectos que simbolizam o espaço da Casa do Sol atualmente.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____
- f. _____
- g. _____
- h. _____

11) Quais destes aspectos você considera que deveriam ser mantidos? Por quê?

12) Quais destes aspectos deveriam ser modificados? Por quê?

13) Observações:

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

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

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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