

UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI

ANA MARIA CAMPO ALVES DA CUNHA

**Uso da evidência física como forma de gerar percepções
de hospitalidade em serviços de saúde – estudo de caso
com enfoque arquitetônico**

São Paulo

2007

ANA MARIA CAMPO ALVES DA CUNHA

**Uso da evidência física como forma de gerar percepções
de hospitalidade em serviços de saúde – estudo de caso
com enfoque arquitetônico**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca examinadora, para a obtenção de título de Mestre do Programa de Mestrado em Hospitalidade, área de concentração Planejamento e Gestão Estratégica em Hospitalidade, da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação da Profa. Dra. Celia Maria de Moraes Dias.

São Paulo

2007

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Celia Maria de Moraes Dias – Presidente

Prof. Dr. Lucio Grinover – Membro Titular

Profa. Dra. Maria do Rosário Rolfsen Salles – Membro Titular

DEDICATÓRIA

À minha família pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, pelas infinitas oportunidades e desafios que colocados no meu caminho me fizeram crescer como profissional e como pessoa.

Ao apoio da minha família que foi fundamental para que pudesse chegar ao final do meu trabalho: a minha mãe, pelo incentivo, a minha irmã, pela paciência de digitar, muitas vezes, o meu trabalho; a meu marido e minha filha, pela paciência de me dar horas necessárias para o meu trabalho.

Aos meus colegas de mestrado, por compartilhar experiências em áreas que eu desconhecia, e aos meus professores, pelos ensinamentos que me levaram a caminhar por este caminho da hospitalidade. À professora Dra. Elizabeth Kyoko Wada, por me fazer compreender a dádiva por meio de suas atitudes e generosidade. À professora Dra. Ada de Freitas Maneti Dencker, pelo incentivo que recebi durante suas orientações. Aos professores Dr. Lucio Grinover e Dra. Maria do Rosário Rolfsen Salles, pela sabedoria que me fez enxergar melhor as inter-relações entre os saberes da hospitalidade. À professora Dra. Celia Maria de Moraes Dias, por ter me escolhido logo no primeiro dia, pela paciência e orientações que me fizeram crescer e por ter caminhado ao meu lado nessa jornada.

À superintendência e às diretorias do Hospital Maternidade São Camilo pela confiança e autorização para elaborar esta pesquisa.

Aos meus amigos Maria Antonia e Luis César, que compartilharam comigo as angústias e os desafios de realizar esta dissertação de mestrado.

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

RESUMO

A pesquisa tem como tema o uso das evidências físicas como forma de gerar percepções de hospitalidade em serviços de saúde. O estudo teve como objetivo identificar se os elementos arquitetônicos dos espaços das unidades de internação são decodificados como elementos de hospitalidade pelos profissionais que têm o poder de decidir sobre esses projetos de arquitetura. Realizado em duas etapas, a primeira foi um estudo bibliográfico sobre o assunto e a segunda uma pesquisa qualitativa com os resultados obtidos, por meio de estudo de caso. Contextualizou-se o perfil econômico da saúde no Brasil e, em particular, a saúde suplementar, onde o hospital objeto deste estudo está inserido. Procurou-se mostrar a história da arquitetura hospitalar no mundo e no Brasil, onde os elementos dos projetos influenciam a recuperação dos pacientes que procuram o hospital para tratamento. A arquitetura hospitalar pode ser um diferencial, contribuindo para minimizar o impacto para os usuários, transformando o ambiente em acolhedor e hospitaleiro. Foram utilizadas, neste estudo, as dimensões de acessibilidade, legibilidade e identidade como variáveis, sendo que o resultado revelou que, embora se encontrem nos projetos de arquitetura estes três elementos, estes não são reconhecidos como geradores de hospitalidade pelos profissionais entrevistados. Como esse conceito é pouco difundido na área da saúde, acredita-se ser importante ampliar o nível de sensibilização dos tomadores de decisão para a necessidade de considerar a percepção do espaço, além da técnica, buscando a excelência dos edifícios de saúde.

Palavras chave: Arquitetura. Hospitalidade. Indicadores.

ABSTRACT

The focus of this research is on the use of physical evidences as a means to generate the notion of the hospitality connected to health related services. This study aims at verifying if the architectural elements of the internment unit premises are recognized as hospitality elements in the view of professionals responsible for the decisions on the architectural projects. It was held in two different steps. In the first one there was a bibliographic study on the subject matter, and in the second step The qualitative searcher and the results from the field research , via a study case. The economic profile of the Brazilian Health Care System, in which the hospital is included, was also shown. It is also displayed the history of the hospital architecture worldwide and in Brazil. These elements of the projects pose influence on the patients' recovery and also their choice for treatment. The hospital architecture might be a differential, and may contribute to reduce the impact towards users, making the environment cozy and welcoming. The professionals, who were responsible for the projects' assessment and consent, were interviewed. As variables we used the dimensions of accessibility, legibility, and identity. Results showed that all these elements were found in the architectural projects, but the professionals mentioned before recognized none of them as elements that might generate hospitality. Nonetheless they ask for their presence in all projects. Since such concept is not widely spread in the health related fields, it is a must to enlarge the notion of the decision-takers towards the need of such perception related to spaces apart from the technique, with a view providing excellence to health related premises.

Keywords: Architecture, Hospitality, indicator.

SUMÁRIO

Introdução	15
Capítulo 1 – Panorama de Saúde no Brasil	23
1.1 A saúde no Brasil	23
1.2 Perfil econômico do setor	25
1.3 Saúde suplementar	26
1.4 O sistema hospitalar	32
1.5 O hospital como sistema	32
1.6 O ambiente da organização hospitalar	33
1.7 Instalações e equipamentos	36
1.8 A qualidade percebida pelos diferentes clientes.....	40
1.9 Qualidade e acreditação hospitalar	42
Capítulo 2 – Arquitetura Hospitalar	46
2.1 Evolução do edifício hospitalar	46
2.2 Arquitetura hospitalar no Brasil.....	57
2.3 Evolução dos espaços.....	62
2.4 A percepção e o edifício hospitalar.....	65
2.5 A influência do espaço na recuperação do paciente	69
2.6 Avaliação do espaço baseado em evidências	74
Capítulo 3 – Indicadores da Hospitalidade	83
3.1 Hotelaria hospitalar e humanização	83
3.2 Humanização e acolhimento	84
3.3 Espaços e hospitalidade.....	90
3.4 Indicadores da hospitalidade nos espaços	94
3.5 A acessibilidade no hospital	97
3.6 A legibilidade no hospital	102
3.7 A identidade no hospital	107
Capítulo 4 – Estudo de Caso	111
4.1 O hospital	111
4.2 Metodologia	116
4.3 Análise dos resultados	117
Considerações finais	126
Referências bibliográficas	131
Apêndice A – Roteiro de Entrevista	142
Apêndice B – Termo de Consentimento livre e esclarecido	143

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxos interfuncionais entre unidades	37
Figura 2. Fluxos interfuncionais entre setores.....	38
Figura 3. Unidade de internação.	39
Figura 4. Fachadas e Planta, Projeto para o Hôtel-Dieu Paris (por Poyet 1785)	47
Figura 5. Enfermaria do Hôtel-Dieu (Paris)	48
Figura 6. Evolução dos edifícios Hospitalares.....	50
Figura 7. Planta de enfermarias segundo Tenon.	51
Figura 8. Abastecimento de produtos e coleta de materiais.....	53
Figura 9. Planta de Enfermaria segundo Florence Nightingale.	54
Figura 10. Enfermarias propostas por Florence Nigthingale.	55
Figura 11. Hospital Civil, Antuérpia (1878), planta.	56
Figura 12. Portaria Principal da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro .	57
Figura 13. Santa Casa de Misericórdia retratada do Morro do Castelo no R.J. ..	58
Figura 14. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1910).	58
Figura 15. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1988).	58
Figura 16. Concepção de projeto para o hospital da Brigada Militar de Recife....	59
Figura 17. Fachada do hospital de Brigada Militar do Recife.	59
Figura 18. Hospital da Brigada Militar do Recife.	60
Figura 19. Diferentes agrupamentos nas tipologias horizontais e verticais.....	63
Figura 20. Espaços iguais, percepções diferentes.	67
Figura 21. Apartamento do Paciente.....	71
Figura 22. Recepção.	73
Figura 23. Área de Tratamento: infusão de medicação.....	75
Figura 24. Entrada do Hospital Infantil.	76
Figura 25. Quarto do Paciente.	76
Figura 26. Apartamento para internação.....	77
Figura 27. Apartamento do paciente.	78
Figura 28. Entrada Principal.....	79
Figura 29. Instituto de Psiquiatria.	80
Figura 30. Porta de Entrada do Hospital Bosch em Campinas.	90
Figura 31. Marquise da portaria do Hospital Beneficência Portuguesa de S.P. ...	96

Figura 32. Saguão central do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. .	96
Figura 33. Recepção Central do Hospital Beneficência Portuguesa São Paulo...	97
Figura 34. Posto de Enfermagem.....	98
Figura 35. Barras de apoio em unidade de internação (Quarto).	100
Figura 36. Barras de apoio em banheiro.	101
Figura 37. Barras de apoio em corredor (unidade de internação).....	102
Figura 38. Barras de apoio em Corredor e recepção.	102
Figura 39. Símbolos internacionais de sanitários.....	104
Figura 40. Seta indicativa de direção.	105
Figura 41. Hospital e Maternidade São Camilo – Santana.....	111
Figura 42. Apartamento de uma unidade de internação.	113
Figura 43. Entrada do Centro de Diagnóstico	114

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Beneficiários por modalidade de operadora	27
Gráfico 2. Beneficiários por tipo de contratação – Planos Novos.....	28
Gráfico 3. Beneficiários por segmentação do plano	28
Gráfico 4. Total de receitas por modalidade.....	30
Gráfico 5. Diagrama que apresenta os aspectos avaliados pela AEDET.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Evolução Anual do Registro/ Cancelado de Operadoras na Agência Nacional de Saúde (ANS).....	26
Tabela 2. Distribuição das despesas monetária e não monetária média mensal familiar (%)	30
Tabela 3. Níveis e Princípios do Manual das Organizações Prestadoras de serviços hospitalares.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS. Agência Nacional de Saúde

ANSS. Agência Nacional de Saúde Suplementar

DAU. Departamento de Arquitetura e Urbanismo.

Diops. Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Fip. Formulário de Informações Periódicas.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MS. Ministério da Saúde

NBR. Norma Brasileira.

OMS. Organização Mundial da Saúde.

ONA. Organização Nacional de Acreditação.

PNHAH. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.

SUS. Sistema Único de Saúde.

CNAS. Conselho Nacional de Assistência a Saúde.

Introdução

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

A elaboração de um projeto arquitetônico para construção de estabelecimentos assistenciais de saúde é um processo complexo que deve satisfazer a significativa diversidade de critérios técnicos e de compatibilidade físico-funcionais.

A abordagem do espaço arquitetônico como propiciador do bem-estar físico e emocional dos usuários (pacientes e profissionais) tem merecido crescente valorização nos processos de planejamento e saúde.

O atual modelo deve atender à promoção da saúde, com projetos centrados na figura do paciente, proporcionando, em seus ambientes, o desenvolvimento de atividades que poderão cumprir o seu papel de prestação de cuidados para a cura das enfermidades, agregando qualidade e um verdadeiro senso de humanismo em seus espaços; seus projetos devem ter um impacto positivo no tempo de permanência na instituição e na qualidade de tratamento dispensado.

Estes novos conceitos incorporam a visão do cliente, trazendo para os espaços, os signos e os valores que encontramos em nossas casas e uma integração do ambiente externo com os espaços interiores, integrando os avanços tecnológicos a uma nova concepção em que a tecnologia não necessite impor ambientes despidos de identidade e escala humana, em que o usuário reconheça os valores presentes no seu cotidiano.

Existem elementos que, incorporados aos projetos, buscam estabelecer bases para um ambiente apropriado às ações de assistência à saúde, como o conforto visual e acústico: iluminação adequada, paredes coloridas, decoração com quadros, que tornam a atmosfera acolhedora e caseira. A possibilidade de delegar aos pacientes o controle de luzes, da temperatura e de alguns equipamentos, como televisor, aparelhos sonoros e a própria posição da cama, torna a internação mais acolhedora, pois permite a liberdade que os clientes têm em sua própria casa.

Os princípios que devem fundamentar a assistência à saúde baseiam-se na humanização do ambiente e na relação entre este e o paciente; por isso a estrutura física é vital para o processo de cura e deve ser desenhada para promovê-la, assim como estimular a participação do cliente e de sua família nos seus cuidados durante o período de internação.

O suporte de um ambiente confortável, ameno e acolhedor é um componente essencial para a dispensa de cuidados de alta qualidade, portanto um ambiente caloroso e acolhedor ajudam na recuperação física, emocional, intelectual do paciente e de sua família.

O hospital é um espaço pleno de simbologia e significado, por isso a adoção de amplas janelas com aberturas que proporcionem adequada ventilação e aeração dos quartos de internação que além de fazer a ligação com a área externa, amenizam o estresse e incorporam um sentido efetivo de acolhimento.

O *Center for Health Design* decidiu, em 1998, procurar o que já havia sido feito em pesquisas científicas ligadas ao ambiente de atenção à saúde e o seu benefício terapêutico. Pesquisadores, financiados pela *Johns Hopkins University Quality of Care*, encontraram limitações para demonstrar cientificamente a influência do espaço na recuperação do paciente, pela dificuldade de isolar e modificar apenas os requisitos do ambiente e poder avaliar os resultados. De 78.761 estudos publicados somente 1.219 descreviam a investigação do impacto do ambiente na recuperação da saúde dos pacientes e, destes, apenas 84 se associavam especificamente ao espaço físico.

O *Center for Health Design*, a partir destas pesquisas, chamou a atenção para a importância de se aprimorar o grau de evidências físicas que tenham impacto nessa recuperação, por meio de estudos relatando onde o *Healing Environment* tem feito a diferença por meio de suas experiências e resultados de como o entorno do cuidado com o paciente interfere com o cuidado médico, a doença e os atributos do paciente. Hospitais como: *Bronson Methodist Hospital*, em *Kalamazoo*, *Bárbara Ann Karmanos Câncer Institute*, no *Detroit Medical Center* e *Methodist Hospital*, em Indianápolis são alguns dos que participaram destas pesquisas.

Neste trabalho entende-se como evidência física um conjunto de elementos utilizados por uma organização para oferecer “pistas” sobre a qualidade dos serviços prestados; para Ferreira (1988, p.281-282) evidência é uma “certeza manifesta”, portanto evidenciar significa mostrar com clareza sem oferecer dúvida.

Pode-se correlacionar o ambiente físico e as acomodações de um hospital, à hospitalidade, quando se observa que a hospitalidade para Godbout (apud GOTMAN 1997, p.16) “é um dom do espaço e suas qualidades”, e segundo Raffestin (apud GOTMAN, 1997. p.16) essas qualidades seriam: qualidade de superfície, acessibilidade, conforto, estética e historicidade”.

A “hospitalidade inerte”, conforme Hervé Le Brás (apud GOTMAN, 1997. p.16), traduz uma “capacidade imanente do espaço de produzir a hospitalidade quando esta é o resultado de relações sociais”. Neste caso, os usuários (pacientes, acompanhantes e colaboradores) são inseridos no espaço hospitalar por relações sociais, pelo acolhimento.

Para efeito desta pesquisa utilizaremos as três dimensões fundamentais de hospitalidade como evidências físicas dos espaços propostos por Grinover (2007, p.123): acessibilidade, legibilidade e identidade.

A pesquisa objeto deste estudo foi realizada em duas etapas. Primeiramente foi feito um estudo exploratório, por meio de pesquisas bibliográficas, que permitiu a formulação do problema e das hipóteses. Foram efetuados levantamentos em bibliotecas da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade São Paulo, da Fundação Álvares Penteado, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, da Universidade Anhembi Morumbi, Universidade Mackenzie e diversos periódicos, como os de Arquitetura e Urbanismo, Revista de Design, Revista *Business Saúde*, Fornecedores Hospitalares, Gestão Médica, entre outros. Também foi realizada pesquisa bibliográfica na Internet, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

A pesquisa, nesta etapa, foi exploratória, partindo de bases empíricas de investigação, cuja finalidade foi “formular um problema ou esclarecer questões para desenvolver hipóteses” (DENCKER, DA VIÁ, 2001, p. 59).

Segundo Dencker e Da Viá (2001, p. 31), a pesquisa exploratória permite ao pesquisador familiarizar-se com o ambiente a ser observado e não requer amostragem, possibilitando a utilização da observação participante. Esta pesquisa tem como finalidade observar o fenômeno e responder às questões relativas a este fenômeno por meio de procedimentos de observação padronizados e de “processamentos lógicos de raciocínio”

Assim, a segunda etapa desta pesquisa foi um estudo de caso, com observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Para que esta busca de conhecimento seja válida como pesquisa, é necessário usar um método, isto é, uma orientação para que "os procedimentos de pesquisa devam ser seguidos pelo pesquisador", e essa escolha determinará "os comportamentos e os instrumentos", que serão utilizados, tanto na seleção como na elaboração das técnicas. O uso do método é "que faz com que o conhecimento obtido seja considerado científico", por ser de forma planejada e consciente de investigação. Tem como objetivo o de "ordenar a investigação", buscando aumentar a possibilidade de aproximar a realidade das suas interpretações (DENCKER, 2001, p. 31-39).

O estudo de caso é uma investigação empírica que "investiga um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real", onde seus limites não são claramente definidos. Tenta esclarecer "uma decisão ou um conjunto de decisões" procurando o motivo pelo qual foram tomadas, implementadas e quais resultados foram alcançados (YIN, 2005, p. 31- 33). As evidências, para um estudo de caso, devem vir de seis fontes distintas como explica Yin, (2005, p.109): documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

Para este estudo de caso foram utilizadas as documentações administrativas (memorandos) feitas por diversas lideranças dos setores do hospital, como as solicitações de reforma, nas suas respectivas áreas, para adequação dos ambientes existentes e as atas de reuniões que foram realizadas para a tomada de decisão final dos projetos.

Os registros de arquivos pesquisados são as plantas executivas dos projetos arquitetônicos existentes e análises dos novos projetos propostos pelo setor de arquitetura.

As entrevistas foram o ponto alto deste estudo de caso e se realizaram, com auxílio de roteiro estruturado, junto aos profissionais envolvidos na tomada de decisões dos projetos arquitetônicos do hospital objetos do estudo de caso: um administrador, um médico, um enfermeiro e um arquiteto. Estas propiciaram maior flexibilidade na obtenção de informações, permitindo ao pesquisador observar o entrevistado e a situação, ou seja, a linguagem não-verbal do entrevistado e do próprio ambiente.

A observação direta aconteceu em todo o andamento da pesquisa por meio de visitas formais nas áreas que se encontravam em reforma para adequação da

estrutura física; foram fotografadas em diferentes etapas para monitorar o tempo (cronograma) estabelecido.

Por ser a autora responsável pela área esta observação deixou de ser direta para ser participante, pela interação social ocorrida com os colaboradores que executavam e supervisionavam as obras, como pedreiros, supervisores, engenheiro e o próprio arquiteto, além dos responsáveis que atuavam nas partes do projeto que foram terceirizadas, como: hidráulica, elétrica, pintura e outros; isto levou a se perceber a realidade do ponto de vista de alguém de “dentro” do estudo de caso (YIN, 2005, p. 122).

Os artefatos físicos pesquisados foram os mobiliários das diferentes áreas estudadas: quartos, postos de enfermagem, banheiros, salas de espera, consultórios, balcões de atendimento e outros.

Foi realizado levantamento bibliográfico acerca dos temas de hospitalidade e elementos de hospitalidade na área de arquitetura. O interesse pelo estudo na área de saúde deve-se ao fato de que a autora é docente da disciplina de gestão de recursos físicos e, ao orientar trabalhos, percebeu a falta de estudos mais aprofundados que pudessem embasar e instrumentalizar os profissionais que atuam diretamente nesta área; além de após 30 anos trabalhando na área assistencial e sendo remanejada de função para as áreas de apoio logístico, tenha se deparado com a responsabilidade da área de projetos que envolviam arquitetura e engenharia civil.

A escolha do hospital foi motivada por dois fatores, entre os quais a facilidade de acesso da pesquisadora, pelo fato de trabalhar na instituição, que se encontra num momento de transformação e por ela lhe ter propiciado esse estudo. Para a divulgação dos dados foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado pelos profissionais entrevistados.

O objetivo geral deste trabalho foi identificar como os elementos arquitetônicos dos espaços das unidades de internação são reconhecidos e decodificados como elementos de hospitalidade pelos profissionais que tomam decisões nos projetos de arquitetura.

Seus objetivos específicos foram identificar como os elementos de arquitetura hospitalar podem ser considerados fatores de hospitalidade nos espaços de internação e nas portas de entrada das instituições de saúde; bem como verificar se

os recursos de acessibilidade, legibilidade e identidade são considerados elementos de hospitalidade nas unidades hospitalares.

Este estudo compõe-se de quatro capítulos e, para atingir o objetivo proposto, organizou-se de forma que a introdução aborde o assunto de forma geral mostrando a relevância do estudo sobre este tema. Três capítulos teóricos dão subsídios e embasamento teórico à execução da pesquisa de campo e o quarto traz a análise dos resultados.

Apresentou-se, no capítulo 1, um panorama da saúde suplementar, desde a assinatura da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, até 2006; mostrando que o perfil econômico do setor corresponde a 6% do Produto Interno Bruto bem como a importância do gerenciamento dos diferentes segmentos da área, pois a saúde suplementar possui 42 milhões de brasileiros, o que corresponde a 27% da população Brasileira. Neste ambiente se encontra a instituição pesquisada e são analisados suas instalações e equipamentos, à procura de diferencial competitivo no mercado da saúde, por meio da hotelaria hospitalar e, mais especificamente, pelo seu projeto arquitetônico.

Para a elaboração deste capítulo foram pesquisados dados em sites de órgãos governamentais: Ministério da Saúde, da Organização Nacional de Acreditação, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Vigilância Sanitária. Os autores: Grover, France, Lovelock, Wright, Loures e Campomar e Kotler deram embasamento nos conceitos referentes a Acreditação, Gestão e Marketing.

No capítulo 2 verifica-se a evolução do edifício hospitalar, no mundo, desde 1550 a.C. e seus impactos nas dimensões da hospitalidade. É examinada a arquitetura hospitalar no Brasil, que teve início logo após o descobrimento e, até os dias atuais é um constante desafio, pois é resultado da harmonia de vários fatores ambientais que devem propiciar a integração do homem (paciente) ao meio ambiente. E trata da evolução dos espaços, já que esses, por meio dos projetos arquitetônicos, passam a ser considerado instrumento de cura, tanto quanto alimentação e os tratamentos médicos, porque a experiência espacial passa de visual a multisensorial. Aponta-se a influência do espaço na recuperação do paciente, que passa a ser estudada nos Estados Unidos e Inglaterra por intermédio do *Design* Baseado em Evidências, que medem o impacto dessas medidas na qualidade do cuidado assistencial prestado.

Para este capítulo utilizou-se de pesquisas de arquitetos que atuam na área da saúde como: Tenon, Antunes, Foucault, Toledo, Góes, Sampaio, Pevsner, Mignot, Bross, Bursztin, Guelli e outros. E ainda foram pesquisados, na área de hospitalidade, Camargo e Dias, além de Zucchi, Hediger, Ballone Pfeffer e Sutton completaram a história da evolução da arquitetura e a influência dos espaços na recuperação dos pacientes.

A terceira seção abordou os indicadores de hospitalidade, por meio da hotelaria hospitalar e da humanização. Segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, teve início a partir do Sistema Único de Saúde, para cumprir os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, Humanização e Acolhimento são considerados sinônimos, pois pressupõem a garantia de acesso a todas as pessoas na estrutura física, com ambientes adequados que atendam às particularidades de acolhimento, dos diferentes pacientes. A hospitalidade pressupõe o acolhimento, que é a inclusão do outro no próprio espaço e, para efeito desta pesquisa, serão utilizadas as três dimensões propostas por Grinover: a acessibilidade, a legibilidade e a identidade.

Para formar o terceiro capítulo foram pesquisados os seguintes autores: Grinover, Seydoux, Godbout, Lashley, Selwin, Gotman, Raffestin, Augé e sobre acolhimento e saúde Solla, Mascarenhas, Franco, Merhy, Gutierrez, Matsumoto e Machado além de Eco, Caillé e Hall na área de semiologia.

O último capítulo, o 4, trata do estudo de caso objeto deste trabalho de pesquisa, por meio de estudo exploratório qualitativo, onde são analisados os resultados das entrevistas, com roteiro semi-estruturado e perguntas abertas, feitas às pessoas responsáveis pelas decisões nos projetos de arquitetura da instituição de saúde, face ao referencial teórico estudado.

O problema norteador desta pesquisa foi à procura de como os elementos arquitetônicos podem criar um sistema de indicadores de hospitalidade em espaços de internação em um hospital geral sendo as hipóteses trabalhadas as seguintes: elementos de arquitetura podem ser identificados como elementos de hospitalidade nas unidades de internação; um ambiente acessível a todos demonstra hospitalidade; a legibilidade é identificada como elemento hospitaleiro nos projetos de arquitetura e um ambiente acolhedor é reconhecido como hospitaleiro para pacientes, acompanhantes e colaboradores.

Dois lemas determinaram a escolha do tema e motivaram a busca de pesquisas e estudos acadêmicos que pudessem embasar este estudo. O primeiro é que, no Brasil, o tema relacionado à hospitalidade na área de saúde ainda é pouco explorado e, o segundo, é que relacionar hospitalidade e arquitetura, apesar de ser de fundamental importância para a sobrevivência competitiva dos hospitais, não foi modelo explorado pelos gestores e arquitetos desta área. Justifica-se este trabalho como uma contribuição referente a um assunto que ainda é escasso na literatura, que é o da relação entre arquitetura hospitalar e hospitalidade.

Capítulo I – Panorama da saúde no Brasil

1.1. A saúde no Brasil

Desde 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil reconhece a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. No seu artigo 196 diz:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (www.81.dataprev.gov.br).

A escassez de recursos característica das economias menos desenvolvidas constituiu –se um fator determinante de uma série de limitações no fornecimento dos serviços básicos atribuídos ao poder público.

A Constituição brasileira e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 instituíram o Sistema Único de Saúde transferindo aos governos Estaduais e Municipais as funções de gestão e execução das ações de saúde do atendimento básico e da vigilância sanitária e epidemiológica, cabendo ao governo Federal o financiamento e a normatização do funcionamento dos serviços de saúde (<http://dtr2001.saude.gov.br>).

A partir desta época o panorama de saúde no Brasil sofreu modificações, devido a alterações estruturais como, por exemplo, a pirâmide populacional com o adensamento das faixas etárias mais elevadas, como também da estabilização da moeda o que levou o acesso das camadas mais baixas de renda aos produtos da cesta básica, alterando o perfil epidemiológico da população com alteração dos tipos de doenças mais recorrentes.

A atribuição constitucional de promover a saúde, com ênfase na prevenção foi outro fator relevante resultando em benefício para as condições de saúde nas diferentes comunidades em todo o Brasil (<http://dtr2001.saude.gov.br>).

Embora o país tenha feito avanços significativos nesta área, com melhora dos indicadores de vida média, mortalidade infantil, mortalidade materna e outros, há muito a ser feito, para que possamos cumprir o preceito constitucional. O governo não dá conta de dar assistência médica à população, devido a recursos insuficientes previstos para esta área.

Convivemos com problemas de gestão pública, tais como as filas de espera, a prevalência de doenças crônicas nos estratos inferiores de renda, a baixa qualidade dos serviços especializados devido ao sucateamento da tecnologia existente, por falta de manutenções preventivas ou por falta de técnicos especializados para manusear os equipamentos. A ausência de médicos em certas regiões do país e a concentração nas grandes capitais também é outro fator que levou à descentralização da saúde para garantir o acesso universal e integral que é um direito constitucional. A realidade de recursos finitos e expectativas crescentes e limitadas fizeram o Brasil sofrer todas as influências possíveis, tendo de assimilar novas tecnologias com custos ascendentes e limitação de recursos.

A grande extensão territorial, com enormes diferenças regionais, caracterizadas por migrações do campo para a cidade, resulta na urbanização de baixa renda, diversidade climática e topográfica aliadas a diferentes taxas de escolaridade grau de ocupação e nível de renda da população, que determinam realidades socioeconômicas diferenciadas em relação à assistência a saúde. Neste cenário existem os segmentos da população que podem financiar seus planos de saúde, os que contam com o atendimento da rede pública e os que nem a esta tem acesso, devido a sua condição de miséria e desinformação (<http://dtr2001.saude.br>).

Enquanto no Brasil se gasta em saúde cerca de US\$ 271 por habitante (sistemas público mais privado), nos países desenvolvidos este gasto é, em média, de cerca de US\$ 2500. Estamos abaixo da média da Argentina, que investe US\$ 697 por habitante, do Uruguai, US\$ 618 e da Venezuela, US\$ 437 por habitante.(LIMA, 2005, p.24-25).

O financiamento do SUS estagnou entre US\$120 e US\$150 *per capita*, o que representa um gasto de menos de R\$1, 00, por dia, por habitante, menos do que os outros países latinos, como o Chile, México, Argentina, Panamá e Costa Rica (Jornal do Senado, 2006, p.6).

Tudo isto colabora para a criação de um cenário de conflitos que nos impede a todos de enxergar a saúde de forma sistêmica e com visão de médio e longo prazo e levou, nos últimos quarenta anos, os planos de saúde a se expandirem, contando com apoio do padrão de financiamento público, por meio de incentivos governamentais que estimularam a forma privada dessas atividades na área de saúde.

1.2. Perfil econômico do setor

O setor de saúde correspondeu a 6% do Produto Interno Bruto no ano de 2004, o que significa um valor financeiro em torno de R\$99 bilhões, 2 milhões de postos de trabalho diretos e 5 milhões de postos de trabalho indiretos. (Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004, setembro).

A renda ficou distribuída da seguinte forma: 27 bilhões para o sistema suplementar (instituições que atendem planos de saúde) e 31 bilhões para o Ministério da Saúde para o atendimento do SUS (Sistema Único de Saúde), que são distribuídos para os SUS Estaduais: 17 bilhões e 15,5 bilhões para os Sus Municipais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 29/09/2004).

Quando se pensou em descentralizar a saúde, pensou-se em aproximar a saúde do cidadão, do usuário, para que ele controlasse a gestão. A melhor forma para isso seria a eleição de pessoas comprometidas com esses projetos.

No que se refere à saúde suplementar, a altíssima carga tributária e a estagnação da economia brasileira até 2003 acarretaram a redução do número de usuários, em um sistema onde 80% dos conveniados estão atrelados a planos corporativos e empresariais. (LIMA, 2005. p.24-25).

Em pesquisa realizada pela Mercer do Brasil, em conjunto com o Valor Econômico junto a 335 empresas, constatou-se que 35% delas gastaram mais que 9% da folha com planos de saúde para seus empregados. Do total de empresas 68% pretendem reduzir o custo dos planos contratados e 37% delas pretendem aumentar a participação dos funcionários, por meio de maior contribuição ou por co-participação. (LIMA, 2005. p.24-25).

O grande desafio é fazer com que haja entendimento entre os diferentes atores do segmento. A prestação de serviços de saúde pode e deve ser considerada como um negócio, desde que garantidas algumas premissas, entre elas a de que o lucro em qualquer atividade relacionada à área de saúde seja necessariamente resultante de serviços éticos, qualitativos e resolutivos. (LIMA, 2005. p.24-25).

Pesquisas realizadas pelo IBGE em 2003 apontavam que 42 milhões de brasileiros (27% da população) são usuários da assistência médica suplementar, sendo 34 milhões (70%) de beneficiários de planos e de seguros coletivos

vinculados aos seus empregados e 8 milhões beneficiários opcionais de planos e seguros individuais de operadoras privadas (LIMA, 2005, p. 44).

Tabela 1 – Evolução Anual do Registro/ Cancelado de Operadoras na Agência Nacional de Saúde (ANS).

Evolução Anual do Registro/Cancelado de Operadoras na ANS			
Ano	Operadoras Registradas	Operadoras Canceladas	Operadoras Ativas
1999	2.825	186	2.639
2000	3.060	337	2.723
2001	3.203	494	2.709
2002	3.220	813	2.407
2003	3.255	982	2.273
2004	3.287	1.109	2.178
2005	3.304	1.175	2.129

Fonte: Cadastro de operadoras: ANS/MS – 29/09/2005 (www.ans.gov.br)

No gráfico acima podemos notar que o número de operadoras ativas decresceu 19,32% em 7 anos, o que demonstra a precariedade financeira do setor, devido à falta de profissionalização na área de gestão, a carência de informações e técnicas gerenciais efetivas aliadas às novas legislações e exigências da agência suplementar de saúde e a falta de recursos dos usuários que, por conta do desemprego, não conseguem mais pagar o seu plano de saúde e migram para o atendimento do Sistema Nacional de Saúde (SUS).

1.3. Saúde suplementar

A Constituição Federativa do Brasil, em seu artigo 199, informa que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo as instituições particulares,

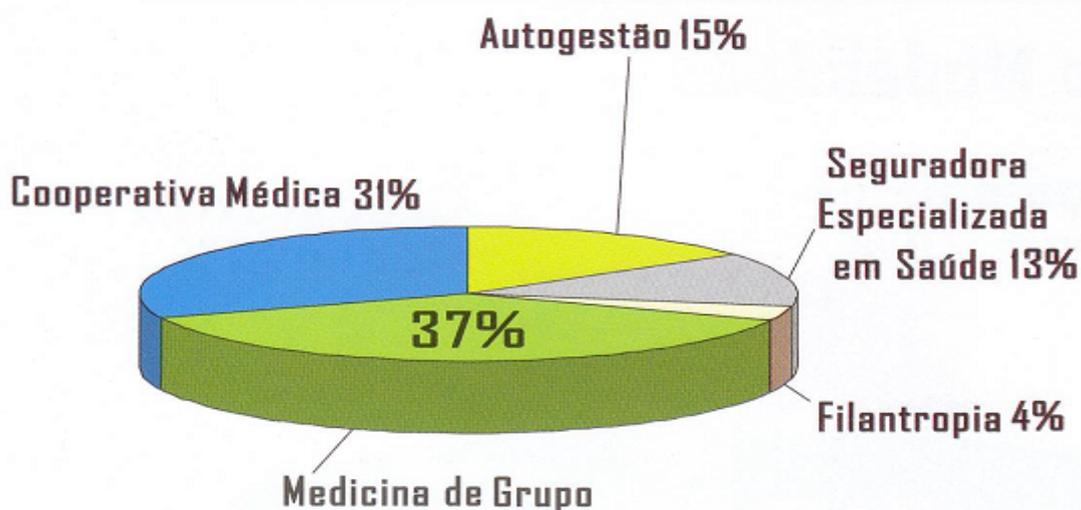
complementar o Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo diretrizes do Ministério por meio de contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Há aproximadamente cinco anos observa-se um fenômeno econômico novo no setor da saúde: receitas que não acompanham as despesas levaram os planos de saúde a reduzir suas margens de lucro e elevar os preços aos participantes, o que acabou gerando um dilema para os 34 milhões de cidadãos que dependem deles (LIGGIERI, 2005, p 34).

Um segmento pulverizado, enfraquecido frente às legislações da Agência Nacional de Saúde (ANS), das determinações do judiciário e sofrendo o impacto das decisões dos clientes que vêm trocando de planos, precisa reconhecer que o valor dos recursos é limitado (LIGGIERI, 2005, p 34).

Gráfico 1 - Beneficiários por modalidade de operadora

Vínculos a planos médicos-hospitalares com ou sem odontologia

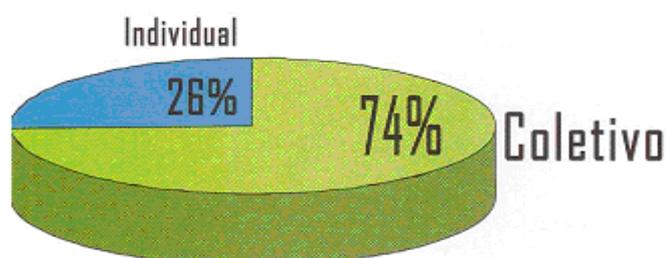


Fonte: Cadastro de Beneficiários – Agência Nacional de Saúde (ANS)/Ministério da Saúde (MS) – 06/2005. Cadastro de Operadoras – Agência Nacional de Saúde (ANS)/Ministério da Saúde (MS) – 29/08/2005.

No gráfico de beneficiário por modalidade da operadora, observa-se que 68% dos usuários que têm planos de saúde utilizam-se da medicina de grupo e das cooperativas médicas. Autogestão, seguradora especializada em saúde e entidades filantrópicas têm apenas 32% de participação neste mercado.

Gráfico 2 - Beneficiários por tipo de Contratação - Planos Novos (Vigência Posterior à Lei 9656/98)

Vínculos a planos médicos-hospitalares com ou sem odontologia

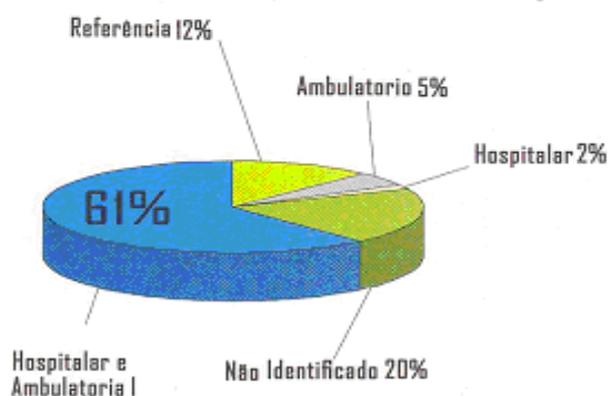


Fonte – Cadastro de Beneficiários – Agência Nacional de Saúde (ANS)/Ministério da saúde (MS) – 08/2005.

Neste segundo gráfico, nota-se que a maioria dos clientes (74%) pertencem a planos coletivos, fornecidos pelas empresas com as quais têm vínculo empregatício. Somente 26% são contratos individuais e são os que recebem mais impactos com os aumentos em suas mensalidades.

Gráfico 3 - Beneficiários por segmentação do plano

Vínculos a planos médicos-hospitalares com ou sem odontologia



Fonte – Cadastro de beneficiários – Agência Nacional de saúde (ANS)/Ministério da Saúde (MS) – 06/2005.

A grande preocupação das pessoas que têm planos de saúde certamente são as internações hospitalares: 61%. É neste momento que os beneficiários se sentem desamparados frente aos custos que hoje enfrentam as instituições de saúde com a aquisição de novas tecnologias, fármacos, exames especializados para diagnósticos, honorários médicos e outros componentes que entram na conta de uma diária hospitalar, como alimentação, roupa limpa, limpeza, taxas de utilização e pessoal especializado.

Entende-se como autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, se responsabilizam pelo plano de saúde destinado exclusivamente aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus grupos familiares.

Cooperativa médica: sociedades sem fins lucrativos constituídas conforme dispositivo da Lei nº 5764 (16.12.1981) que prestam serviços a clientes e seus familiares conveniados.

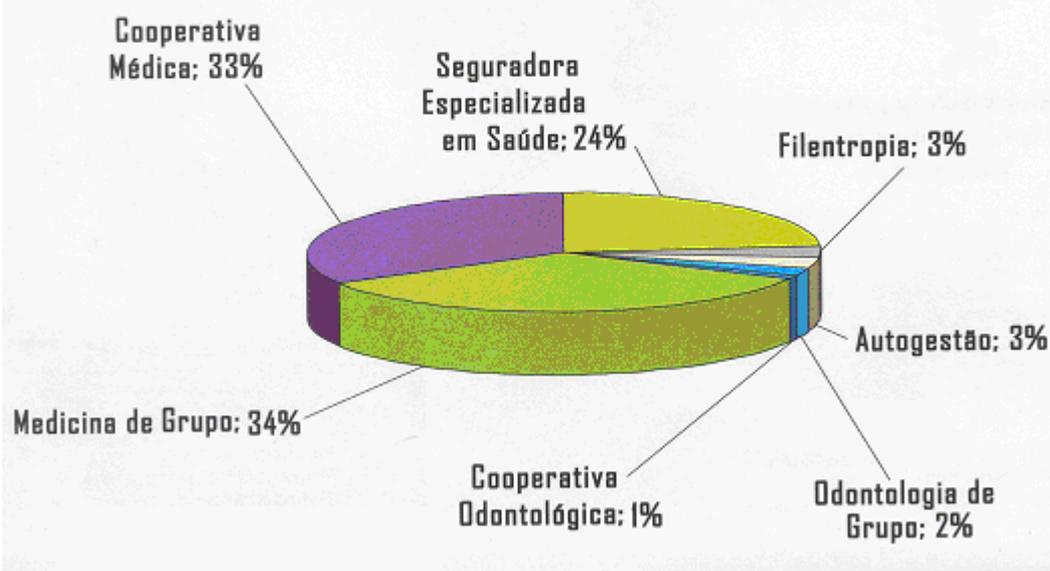
Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça.

Seguradora especializada em Saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, sendo vedado em seu estatuto social qualquer outro ramo de atividade.

Medicinas de grupo: empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.

Odontologia de grupo: empresas que operam exclusivamente planos odontológicos. Cooperativa odontológica: sociedade sem fins lucrativos que operam exclusivamente planos odontológicos constituídas pela Lei nº 5764 (16/12/1971).(ANS, 2006. p.18).

No gráfico a seguir observa-se que as medicinas de grupo e as cooperativas médicas são as que mobilizam o grande volume de recursos. Juntas equivalem a 67% dos recursos financeiros seguidas pelas seguradoras de saúde com 24%. As demais modalidades: filantropia, autogestão, odontologia de grupo e cooperativa não ultrapassam os 9%.

Gráfico 4 - Total de receitas por Modalidade

Fonte – Diops/FIP – 06/2005.

A saúde suplementar, pelo exposto anteriormente, verifica-se que é um mercado de grande magnitude e de forte impacto no sistema hospitalar brasileiro. Segundo Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada no Brasil pelo IBGE, em 2002-2003, o gasto médio mensal das famílias com assistência à saúde representou 5,35% do total de gastos, ficando atrás apenas de habitação (28,26%), alimentação (17,10%) e transporte (15,19%). Os itens que mais impactam nos gastos são despesas com pagamento de planos de saúde (15,1%) e com medicamentos (2,17%), o que mostra o peso econômico dos gastos relativos à saúde no orçamento das famílias (COUTO, PEDROSA, 2007, p. 8), conforme a tabela 2 nos demonstra.

Tabela 2 – Distribuição das despesas monetária e não monetária média mensal familiar (%)

Tipos de despesas	Total 1995-1996	Total 2002-2003
Despesas de consumo	71,14	82,41
Alimentação	16,61	17,10
Habitação	20,51	29,26
Transporte	9,81	15,19
Assistência a Saúde	6,50	5,35

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisa, Departamento de Índice de Preços. Pesquisa de Orçamentos Familiares. 1995-1996 e 2002-2003.

Para dispor de garantias assistenciais e financeiras que assegurem a continuidade da prestação de serviços, os operadores de saúde devem manter o equilíbrio econômico-financeiro, a conformidade legal e o padrão de qualidade dos serviços oferecidos. (www.ans.gov.br/portal/site/transparência).

A busca de uma gestão integrada, com o objetivo de controlar os custos em longo prazo, levou à implantação de ferramentas de gerenciamento, onde está embutida a idéia de combinar e integrar as gestões de receitas (repasso e custo), de despesa (negociação de tabela, redes restritas e redesenho do plano) e de custos (capacitação e gerenciamento de utilização) chegando a um estágio mais avançado denominado gestão do risco (www.towersperrin.com) cuja proposta é encontrar soluções que tenham maior eficiência na relação custo versus benefício, utilizando abordagem específica de acordo com o perfil de risco epidemiológico dos clientes (doenças) (COUTO, PEDROSA, 2007, p. 14).

A tendência futura dos planos de saúde é a verticalização do atendimento, isto é, ter médicos com consultórios credenciados que encaminhem seus pacientes/clientes que necessitem de internação para os hospitais próprios onde na visão do plano, os custos com o atendimento podem ser mais bem controlados. Atualmente, embora a maioria dos planos possua vários hospitais credenciados para dar atendimento aos seus usuários na área de Pronto-Socorro, quando necessitam de internação são transferidos para os hospitais próprios do convênio, não dando direito aos usuários de escolha.

Todos os envolvidos neste sistema reconhecem que é a hora e a vez do cliente e, por isso, devem deixar de ser reféns de produtos e de serviços e mudar a forma de perceber, de agir e de decidir, porque os pacientes passam a deixar sua passividade e participam na tomada de decisões do que é melhor para ele, tornando-os assim clientes da área da saúde.

Essa transformação de paciente em cliente significa compreender e realizar a gestão de risco com aplicação de ferramentas da qualidade, do valor e do conhecimento do perfil epidemiológico desse cliente implantando os seguintes itens de controle nos programas dessa gestão: fluxo de caixa, perda permanente ou corrupção dos registros médicos, perda da privacidade e confidencialidade dos registros dos pacientes, perdas e danos à infra-estrutura instalada, danos à imagem pública institucional, ameaças à segurança dos pacientes e trabalhadores (COUTO, PEDROSA, 2007, p. 3).

1.4. O sistema hospitalar

O hospital é uma organização cada vez mais regida por leis, normas, regulamentações e portarias vindas de diversos órgãos e instituições. Somente na Anvisa existem 387 normas legislativas referentes a estabelecimentos de saúde (www.anvisa.gov.br), sem se considerar os decretos-leis e leis ordinárias emanadas do gabinete da Presidência e do Ministério da Saúde além de legislações estaduais e municipais (COUTO, PEDROSA, 2007, p. 3).

Ainda interferem diretamente na gestão do hospital, as legislações previdenciárias, trabalhistas e tributárias, o Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto do Idoso, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entre outras (PEREIRA, 2007, p.284).

De acordo com Drucker:

Qualquer organização existente seja ela uma empresa, uma igreja, um sindicato, seja um hospital, decai rapidamente se não inovar. Inversamente, qualquer organização nova, seja ela uma empresa, uma igreja, um sindicato, seja um hospital, fracassa se não administrar. Não inovar é a única e maior razão para o declínio das organizações existentes. Não saber administrar é a única e maior razão para o fracasso de novos empreendimentos. (DRUCKER, 2002, p.198).

Não podemos deixar de mencionar que existe uma diversidade de anseios e objetivos específicos de cada classe profissional atuante na organização hospitalar, que, muitas vezes é campo de conflito e disputas.

Neste contexto a administração hospitalar atual deve estar pautada em sistemas que sustentem e garantam a gestão, viabilizando o negócio a médio e em longo prazo (COUTO, PEDROSA, 2007, p. 3).

1.5 O hospital como sistema

Os hospitais enquanto organizações são sistemas complexos constituídos de diferentes sistemas. De acordo com Bittar (2004, p.18), na complexidade dos hospitais, a estrutura e os processos nascidos no meio ambiente produzem resultados que também recebem influência deste último, evidenciando interatividade constante entre estrutura, processos e meio ambiente.

Bittar (2004, p. 28) resume a estrutura hospitalar em quatro grandes componentes: recursos humanos, recursos materiais permanentes, recursos materiais de consumo e recursos de utilidade pública. Esses componentes se distribuem em áreas e subáreas diferenciadas e apresentam características específicas. Os processos estão presentes em todas as áreas e são divididos em dois tipos: os aplicados diretamente aos pacientes (áreas assistenciais: enfermagem, médica, fisioterapeuta e outras) e os que servem de suporte ou atendimento entre as áreas e subáreas (áreas de apoio logístico: serviço de nutrição, serviço de limpeza, processamento de roupas, manutenção e outras).

Para que os processos diagnósticos e terapêuticos sejam realizados, existe a necessidade dos outros processos como os da área de infra-estrutura, aumentando-se ainda mais a quantidade de processos realizados. Cada área ou subárea pode ser tomada como um negócio (sistema), com seus fornecedores e clientes e seus respectivos produtos (centro de diagnóstico: Raio X, Ultra-sonografia, Ressonância Magnética, Tomografia. Ecocardiografia, Teste ergométrico, Densitometria óssea e outros).

Um hospital é uma unidade que possui vida própria e difere das outras empresas, porque o seu objetivo ou “produto” básico é a manutenção ou o restabelecimento da saúde do paciente. Em uma organização hospitalar, um produto hospitalar é uma série de serviços prestados a um paciente como parte do processo de tratamento (COUTO, PEDROSA, 2007, p.192).

1.6. O ambiente da organização hospitalar

O ambiente externo da organização hospitalar se situa muito além do conhecimento e do controle das pessoas que trabalham na organização, por isso é difícil conhecer cada detalhe e cada aspecto desse universo em que está inserido (SEARA, 2007, p. 20).

O ambiente interno é formado por um conjunto de atividades que serão definidas pela função política, que define o sistema operacional (SEARA, 2007, p. 24). Como exemplo temos que a administração da instituição decide se devem ter unidades que atendam diferentes patologias ou diferentes atividades como se o hospital receberá somente pacientes clínicos ou cirúrgicos, será ou terá maternidade

e pediatria, ou ainda, unidades específicas como para tratamento oncológicos ou unidades para idosos.

Para detectar e monitorar as transformações do ambiente externo, ameaças e oportunidades, deverá o hospital criar um filtro chamado de função inteligente, que se dedicará às políticas e ao direcionamento do negócio (SEARA, 2007, p. 26).

O ambiente do hospital compreende todas as pessoas, outras organizações do mesmo segmento e outras situações com as quais mantém qualquer tipo de relacionamento como: fontes de financiamento, a própria comunidade onde está inserido, sindicato dos diferentes profissionais que atuam na instituição, acionistas, funcionários e prestadores de serviços.

A organização é um sistema que existe para entregar valor às partes interessadas: pacientes, acionistas, trabalhadores, sociedade, fornecedores, governo e órgãos reguladores. Somente se o sistema alcançar este objetivo terá sobrevivência a longo prazo, por isso é necessário definir claramente quais os valores desejados e os que devem ser entregues a essas partes (COUTO, PEDROSA, 2007, p. 222).

Clientes (pacientes), convênios de assistência médica, funcionários, membros da comunidade e os acionistas são os principais “stakeholders” da área, porque são os mais diretamente afetados pela eficácia e eficiência da organização (MAXIMIANO, 2000, p.124-125), pois são os que recebem o serviço. Podem ser internos ou externos à organização. Os externos são os pacientes, seus familiares e a fonte financiadora ou pagadora.

A empresa de saúde fornece serviços de assistência para o mercado (clientes, consumidores ou usuários). Se este serviço é capaz de atender as necessidades, o mercado o comprará, isto é, haverá um maior número de relações comerciais com diferentes convênios do mercado complementar da saúde, que em troca fornecerá sua receita pela prestação de seus serviços aos seus clientes, o que permitirá que o hospital atenda suas necessidades e se mantenha no mercado.

Os acionistas, proprietários e investidores contribuem fornecendo à organização capital financeiro e esperam receber o retorno sobre o investimento realizado, portanto, ter lucro não é só uma exigência destes “stakeholders”, mas uma necessidade da própria instituição para permanecer no mercado, por isso é uma proposta o lucro para sempre e sustentado.

Os empregados contribuem com o hospital por meio do trabalho, conhecimento (técnico), experiência e recebem remuneração, benefícios, auto-realização, carreira. Para estes a segurança é entendida como estabilidade de regras e remuneração regular com salários dignos.

Médicos e outros profissionais liberais que formam empresas jurídicas para prestar serviços nas instituições são os principais clientes dos hospitais, pois trazem para o espaço físico o paciente/cliente de diferentes convênios que vão gerar a receita da instituição de saúde.

É a organização hospitalar composta de sistemas os quais possuem elementos interdependentes que se influenciam mutuamente, mas seus profissionais ainda formam feudos independentes e brigam constantemente por “status” e poder. As mudanças na área de gestão que estão ocorrendo nas instituições de saúde voltada para a integração dos processos de trabalho em busca de selos de qualidade estão diminuindo estes conflitos, embora ainda, distante de acabar.

Pesquisas realizadas pela Consultoria Pieracciani Saúde, entre outubro e dezembro de 2000, com mais de 500 participantes envolvendo usuários, médicos e fontes pagadoras (assistências médicas) mostraram a qualidade hospitalar vista por estes atores.

Para os usuários, a composição das escolhas caracteriza muito bem sua necessidade de segurança, quando busca referenciais/indicadores de segurança no seu atendimento. Para os médicos, a grande preocupação é a otimização de seu tempo no trabalho tendo equipamentos disponíveis sempre que for preciso. Para as fontes pagadoras, ter quartos que transmitam boa impressão, a seus clientes é fundamental.

Entretanto, fazem parte das competências exigidas: 1) Infra-estrutura voltada para os recursos tecnológicos que são percebidos como importantes; 2) Conforto, estética e aparência, direcionados à alocação dos recursos para o bem-estar dos vários públicos (Banas Qualidade, 2001, p.20-24).

Levitt (1960, p.24) ressaltou a importância de os administradores tomarem decisões conhecendo as reais necessidades e os desejos dos clientes; este foco é orientação do marketing, o qual nos indica que as metas organizacionais podem ser mais bem alcançadas se tiverem por base as necessidades e os desejos dos clientes (REGO, 2004, p.95).

O ambiente físico de acomodações dentro do hospital ligado à hospitalidade prosperou de acordo com os avanços da ciência no âmbito da engenharia, da arquitetura, do planejamento e do “design”, como também, no campo dos materiais utilizados na ergonomia, na informática e nas telecomunicações (BOTTERILL, 2004, p. 255).

O trabalho ligado à hospitalidade tem muito em comum com o trabalho dos profissionais de enfermagem, uma atividade relativamente mal paga, de baixo “status” pois o enfermeiro é considerado um empregado do médico e feminilizada (mais de 90% dos profissionais são do sexo feminino), mas que inclui uma certa nobreza extra, pois envolve o trabalho com o enfermo (GUERRIER, 2004, p. 366).

A organização só poderá estar segura de possuir uma gestão sistêmica, quando afirmar em termos normativos que é valiosa; em termos estratégicos que é inteligente (mantida no curso certo) e em termos operacionais, bem-sucedida. Isto significa que deverá, no nível normativo ter legitimidade (realizar as tarefas definidas pelo todo maior), no nível estratégico ter eficácia (fazer as coisas corretas) e no nível operacional ter eficiência (fazer corretamente as coisas) (SEARA, 2007, p. 214).

1.7. Instalações e equipamentos

As normas e resoluções do Ministério da Saúde são os principais instrumentos formais utilizados atualmente, no Brasil para orientação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na elaboração da análise e da avaliação de projetos de edifícios do sistema nacional de saúde, sejam públicos ou privados, a serem construídos, reformados ou ampliados. A Resolução RDC 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em vigor desde 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

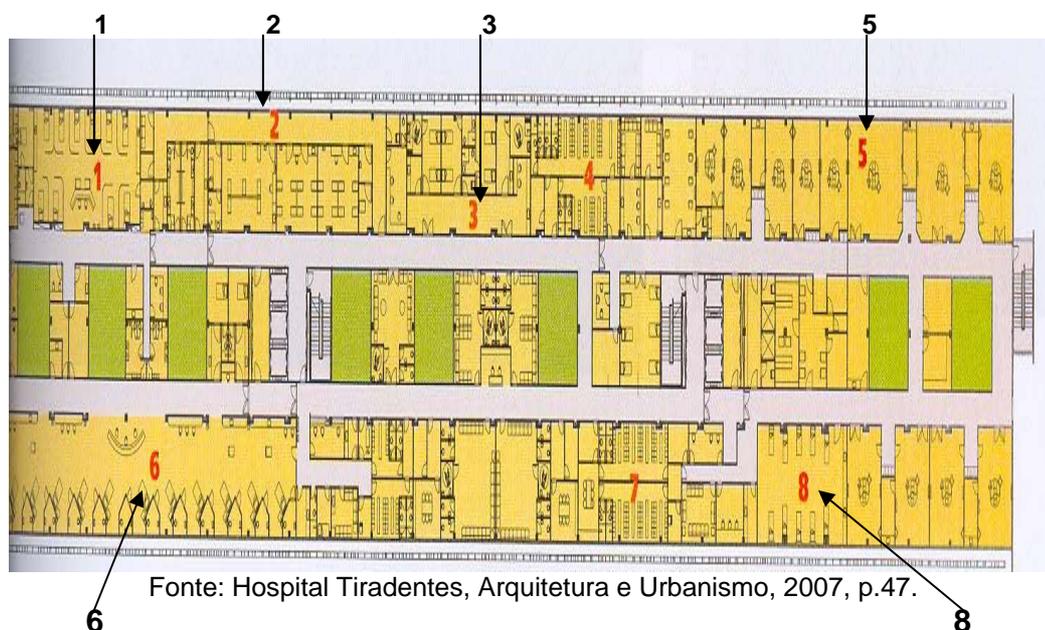
Esta Resolução apresenta um conjunto de tabelas com uma relação detalhada dos ambientes reunidos por área funcional quanto às necessidades e dimensões mínimas, critérios quanto à circulação, condições ambientais e de conforto (com ênfase na salubridade e tempo de permanência), condições de infecção hospitalar, instalações especiais e condições de segurança.

Ter conhecimento dos aspectos físicos relativos à área, luminosidade, ventilação e acessos mínimos, necessidades de infra-estrutura, entre os quais a

localização dos pontos de luz, das tomadas, pontos de gases especiais, pontos de informática, telefone e chamadas de enfermagem, tipos e quantidade dos equipamentos hospitalares e do mobiliário, leva a projetar um edifício que ajuda na cura do paciente.

O hospital Tiradentes, recém inaugurado (14.06.2007), localizado na zona Leste da cidade de São Paulo, já atende as relações inter e intra setoriais, isto é, apresenta no seu projeto arquitetônico uma relação mútua de dependência entre seus setores.

Figura 1 - Fluxos interfuncionais entre unidades



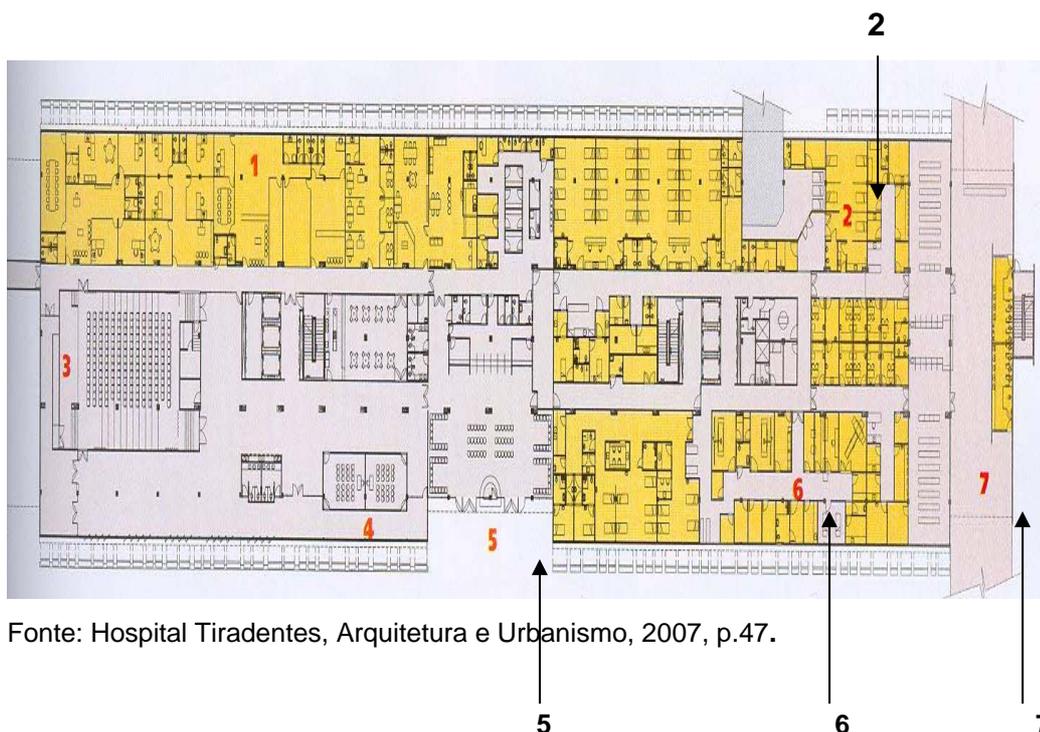
Na figura 1 tem-se a Uti Infantil (1) junto ao Berçário (2) e ao Centro Obstétrico (3). O Centro Cirúrgico (5) está próximo da Recuperação Anestésica (8) e no mesmo corredor da Uti Adulto (6). As 3 primeiras áreas facilitam o transporte do recém-nascido, enquanto as 3 seguintes, facilitam o transporte do paciente adulto pós-cirurgia.

Uma vez definido o perfil da unidade (figura 1): tipo de paciente, patologias, atribuições e dimensionamento, inicia-se a etapa da setorização, que é o estudo da distribuição espacial das unidades funcionais e dos ambientes que as constituem. Neste caso, a caracterização, avaliação e organização dos fluxos hospitalares desempenham um papel fundamental e podem ser divididos em dois grandes

conjuntos: os fluxos interfuncionais (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais) e os intrafuncionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional) (TOLEDO, 2006 p.1-3).

Nos fluxos interfuncionais, como por exemplo, os constituídos pelos pacientes que buscam atendimento imediato (urgência e emergência), atendimento ambulatorial, apoio diagnóstico ou terapia, mas não se encontram em regime de internação; devem ser restritas as áreas funcionais onde recebem esse atendimento (figura 2). A recepção (5) está no mesmo corredor da emergência (2) e da própria área do pronto-socorro (7); para facilitar o deslocamento do paciente tem-se a área imagenologia (6) próxima para agilizar os exames e conseqüentemente o diagnóstico (figura 2).

Figura 2 - Fluxos interfuncionais entre setores



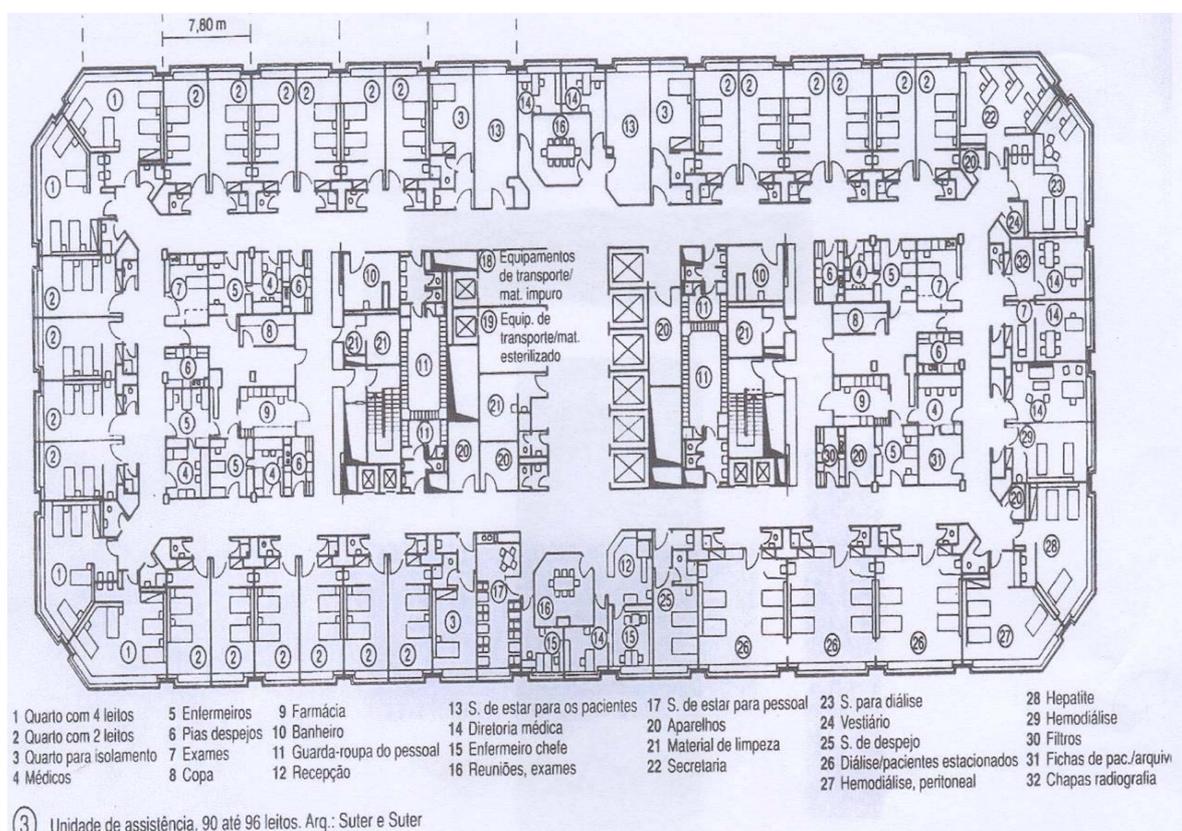
Os pacientes internados se deslocam dentro de sua própria unidade de internação ou quando acompanhados por funcionários/acompanhantes acessam as unidades funcionais de diagnóstico ou terapia. Não se podem esquecer os fluxos dos profissionais de saúde (médico, enfermeiros, assistentes sociais e outros) e de todos os técnicos e pessoais de apoio necessários ao funcionamento da unidade. E,

nesses fluxos, precisa-se contemplar: insumos, material contaminado, resíduos sólidos, cadáver e visitantes (figura 3).

Os fluxos intrafuncionais são divididos em dois tipos principais: contaminados e sem risco de contaminação. Os materiais contaminados são encaminhados às áreas de expurgos, onde ocorre a limpeza (desinfecção) do material, utilizado em pacientes como comadres, por exemplo, (recipiente de urina e fezes). Os fluxos sem risco de contaminação podem ocorrer como, por exemplo, entre as salas de cirurgia e a sala de recuperação anestésica, para onde são encaminhados os pacientes após a cirurgia. É fundamental a avaliação para a escolha da implantação ou não de barreiras físicas.

Os acessos precisam de um cuidadoso planejamento em relação ao número e a localização. Quanto maior o número maior é a necessidade de controle e, conseqüentemente, há um aumento no custo da operação devido ao aumento de funcionários necessários para controlá-los.

Figura 3- Unidade de internação



Fonte: NEUFERT, 2005, p. 543.

Estudados os fluxos, definidos os acessos, a decisão seguinte é a localização das unidades em relação a sua funcionalidade. Como exemplo, pode-se afirmar que a Central de Material deve ficar junto ao Centro Cirúrgico e ao Centro Obstétrico devido à quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes locais.

Será necessário conhecer os procedimentos que se realizarão em cada ambiente, o número de pessoas envolvidas, os percursos percorridos e as necessidades de controle ambiental exigidas para sua execução, como escurecimento do compartimento, seu isolamento, ou implantação de pisos aterrados.

Complementam a resolução, manuais das organizações responsáveis pelas certificações de acreditação de instituições de saúde, como a ONA, que será estudada mais adiante. Essas organizações incluem a percepção do espaço físico pelo paciente e pelo próprio prestador de serviços como fator a ser considerado e avaliado nos métodos de planejamento e nos próprios instrumentos de avaliação de espaços. No nível 1 do processo de Acreditação, encontram-se os requisitos de atendimento e segurança fundamentais para os pacientes nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários percebidos pelo paciente: privacidade, segurança, acessibilidade e áreas para os acompanhantes de crianças e idosos.

O espaço físico, o ambiente e os fluxos devem ser usados para favorecer um atendimento mais rápido e adequado ao cliente por meio de seu projeto arquitetônico.

1.8. Qualidade percebida pelos diferentes clientes

Loures e Campomar (apud FRANCE e GROVER, 1992, p.39) argumentam que os serviços de saúde são particularmente mais complexos de que outros tipos de serviços, por cinco razões: são os mais intangíveis de todos, há um descasamento entre as expectativas do cliente e a entrega efetiva do serviço; a demanda por serviços de saúde é menos previsível; a distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa neste setor e, muito freqüentemente, o cliente não troca diretamente o dinheiro pelo serviço recebido.

Essa lista aponta diferenças entre a avaliação que os consumidores fazem da qualidade de bens físicos e da qualidade de serviço. Os primeiros podem ser ricos em atributos que podem ser avaliados antes da compra (como cheiro, cor, estilo e forma) enquanto a qualidade de serviços é rica em atributos de experiência, tais

como: tratamento pessoal, facilidade de controle de situações e outros. Ainda se tem um terceiro atributo, o da experiência, que o cliente, mesmo após o consumo, não consegue avaliar. Por serem altamente complexos, os serviços de saúde pertencem a esta terceira categoria (LOVELOCK, WRIGHT, 1999, apud LOURES, CAMPOMAR, 2005, p. 40).

O mundo competitivo na área de saúde leva as instituições a diferenciar seu produto, acrescentando benefícios que tornam o serviço prestado mais atraente agregando valor à assistência prestada.

Definimos oportunidade de marketing como uma “área de necessidade e interesse do comprador” (KOTLER, 1999, p. 55).

De acordo com a concepção de Kotler (1999, p.78) o marketing é uma atividade humana dirigida à satisfação das necessidades e desejos, através de um processo de troca de recursos e valores, além de ser uma forma que as organizações têm de descobrir onde estão estas necessidades e desejos e de procurar colocar as soluções à disposição das pessoas, para que usem do livre arbítrio na escolha de serviços.

O marketing não criará necessidades no paciente, mas trabalhará para a satisfação plena de seus desejos e necessidades, que não deixa de ser um aspecto fundamental para o crescimento das organizações, pois à medida que se agrega valor aos serviços e este passa a ser percebido pelo cliente, o aumento da receita da instituição passa a ser consequência (GALVAN, FRANZERO, GALVAN, 2006, p. 448).

O principal objetivo desses profissionais na área da saúde é manter os clientes, desenvolvendo o relacionamento existente, portanto o marketing relacional não atua somente na satisfação do cliente, mas na melhoria de todo o processo, com resultados de alta performance para a organização de saúde, por meio de agregação de valor social para a empresa e um diferencial de excelência altamente competitivo (GALVAN, FRANZERO, GALVAN, 2006, p. 449).

A maior profissionalização na gestão dos serviços dentro da hotelaria hospitalar traz uma maior necessidade do hospital sobre uma das principais características do setor: a hospitalidade (WADA, CAMARGO, 2006, p. 54).

A evidência física cresce em importância para uma organização à medida que a qualidade dos serviços prestados é mais difícil de ser avaliada pelos clientes, em razão de sua complexidade (LOURES, CAMPOMAR, 2005, p. 40). A tarefa do

prestador de serviço é administrar a evidência para tornar tangível (palpável) o intangível (intocável).

Lynch e Schuler (1990, p.18) acreditam que para os serviços ricos em atributos de confiança (como os de saúde) muitas vezes a evidência física (instalações e equipamentos, comunicação não pessoal, acessibilidade), preço e informações de outros constituem as únicas informações disponíveis para o consumidor utilizar na formulação de imagens sobre a qualidade do serviço recebido.

A qualidade de serviços percebida pelo paciente é resultado da comparação entre o serviço percebido e o serviço esperado; é composta por uma dimensão técnica: o que o cliente recebe, e uma dimensão funcional: como o cliente recebe.

O conceito de evidência física e sua importância para as instituições de saúde estão intimamente relacionados à dimensão funcional da qualidade de serviços. Pode-se definir evidência física como um conjunto de elementos utilizados por uma organização para oferecer aos seus clientes "pistas" sobre a qualidade dos serviços prestados (LOURES, CAMPOMAR, 2005, p. 40). Em outras palavras, trata-se de mostrar ao cliente o que ele recebe por meio de como ele recebe. A evidência física cresce em importância para as instituições de saúde à medida que a qualidade dos serviços prestados é mais difícil de ser avaliada pelos seus usuários e constitui-se a única informação disponível para a formulação das imagens sobre a qualidade do serviço recebido.

1.9. Qualidade e Acreditação hospitalar

O setor brasileiro de saúde tem procurado adotar sistemas de gestão de qualidade, pois as organizações não suportarão mais custos relacionados à má qualidade: custos com morbidade e mortalidade elevadas, além de sofrimento imensurável para os envolvidos; custos de "retrabalho" (necessidade de refazer o serviço); custos com processos ineficientes, produtos/ materiais que não podem ser recuperados e devem ser destruídos e trocados; custos de eventuais processos nos organismos de defesa do consumidor ou outros fóruns legais de comprometimento da imagem da organização na sociedade, perda de clientes e mercado (PEDROSA, COUTO, 2007, p.346).

O Ministério da Saúde consolidou as diversas experiências numa metodologia única, para o início da implementação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) ([dtr2001,saude.gov.br](http://dtr2001.saude.gov.br)).

Define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. Seus princípios têm caráter eminentemente educativo voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de estado. (www.ona.org.br).

Adotar padrões de qualidade e eficiência foi à saída encontrada pela busca do reconhecimento e competitividade de mercado pelas instituições de saúde e a busca das entidades de acreditação que fornecem um selo de qualidade para a instituição como um todo, e não apenas para um ou outro departamento. A procura pela acreditação das empresas da área de saúde cresceu mais de dez vezes nos últimos cinco anos, segundo dados da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Dos 6.500 hospitais existentes no Brasil, a Organização Nacional de Acreditação tem somente 78 instituições de saúde acreditadas: 32 acreditadas (nível 1), 41 acreditadas plenos (nível 2) e 14 acreditadas com excelência (nível 3).(www.ona.org.br).

O certificado de qualidade é entregue a diretoria da instituição de saúde, numa cerimônia formal por um representante do Ministério da Saúde, e é colocado na porta da entrada para que todos os clientes possam ver e saber que existe uma gestão voltada para a segurança assistencial de seus usuários.

Para a sociedade o selo de qualidade passa a ser um diferencial: para os pacientes a certeza de um cuidado diferenciado e livre de riscos; para os convênios a certeza de uma gestão livre de desperdícios e com custos controlados; para os colaboradores (funcionários e profissionais liberais) a convicção de uma política institucional de melhoria contínua em termos de estrutura, de novas tecnologias, de atualização técnico profissional, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas com foco na busca da excelência.

O instrumento utilizado é o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, que define e descreve os padrões de qualidade para os diversos setores de um hospital. Os padrões foram elaborados com base na

existência de três níveis crescentes de complexidade, e cada padrão deve ser plenamente atendido para ser considerado satisfatório (www.ona.org.br).

Tabela 3 – Níveis e Princípios do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares

Nível	Padrão
<p>1</p> <p>Princípio: Segurança (Estrutura)</p>	<p>Atende os requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica os riscos específicos e os gerencia com foco na segurança.</p>
<p>2</p> <p>Princípio: Organização (Processos)</p>	<p>Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos.</p>
<p>3</p> <p>Princípio: Excelência na gestão (Resultados)</p>	<p>Utiliza perspectivas de medição organizacional, aliadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresentam inovações e melhorias implantadas decorrentes do processo de análise crítica.</p>

Fonte: Manual das Organizações prestadoras de serviços hospitalares, 2006.

Existe atualmente uma cobrança muito maior por parte dos usuários dos serviços de saúde, principalmente com os que lidam diretamente com a vida das pessoas. A população está mais bem informada de seus direitos. Legislações como o Código do Consumidor, Estatuto do Idoso, Estatuto da Criança e do Adolescente, além do Código Civil são cada vez mais conhecidas de todos por meios de comunicação como: TV, internet, jornais, revistas, folhetos e outros, tornando os clientes mais exigentes.

A partir do momento que os hospitais despertaram para o fato de o paciente ser também seu potencial cliente é que perceberam a necessidade de aprimorar o atendimento estabelecendo um diferencial que pudesse atraí-lo baseado não só nos cuidados necessários a sua saúde como também na qualidade de serviços prestados na hotelaria hospitalar.(Revista Hospitais Brasil, 2005, p.22-26).

Para Godoi (2005, p.28), o conceito de hotelaria hospitalar é amplo e abrangente e envolve a modernização da estrutura, investimento em tecnologia e

em treinamento de pessoal, tornando o hospital competitivo e atraente para pacientes, acompanhantes, profissionais e investidores.

O autor (GODOI, 2004, p.40) define hotelaria hospitalar como: “a introdução de técnicas e procedimentos e serviços de hotelaria em hospitais com os conseqüentes benefícios sociais, físicos, psicológicos e emocionais para pacientes, familiares e funcionários”.

A visão tradicional do hospital é de uma instituição fria e impessoal. Mas observa-se que as modernas estruturas físicas hospitalares devem transmitir sensação de hospitalidade e bem-estar durante a hospitalização, com espaços contendo ambientes claros, calmos, vivos e que transmitam imagens saudáveis, infundindo confiança, tranqüilidade e acolhimento aos pacientes e familiares que os acompanham.

Capítulo 2 – Arquitetura Hospitalar

2.1. Evolução do edifício hospitalar

O hospital é uma instituição que veio se transformando ao longo dos tempos na sua concepção ideológica e na sua morfologia básica (SAMPAIO, 2005, p. 80).

Para entender sua complexidade é importante estudar a evolução do edifício e sua adequação física e funcional ao longo da história.

A palavra hospital vem do latim *hospitalis*, adjetivo derivado de *hospes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva). Também era utilizada para significar aquele que dava agasalho e hospedava (GÓES, 2004, p. 7).

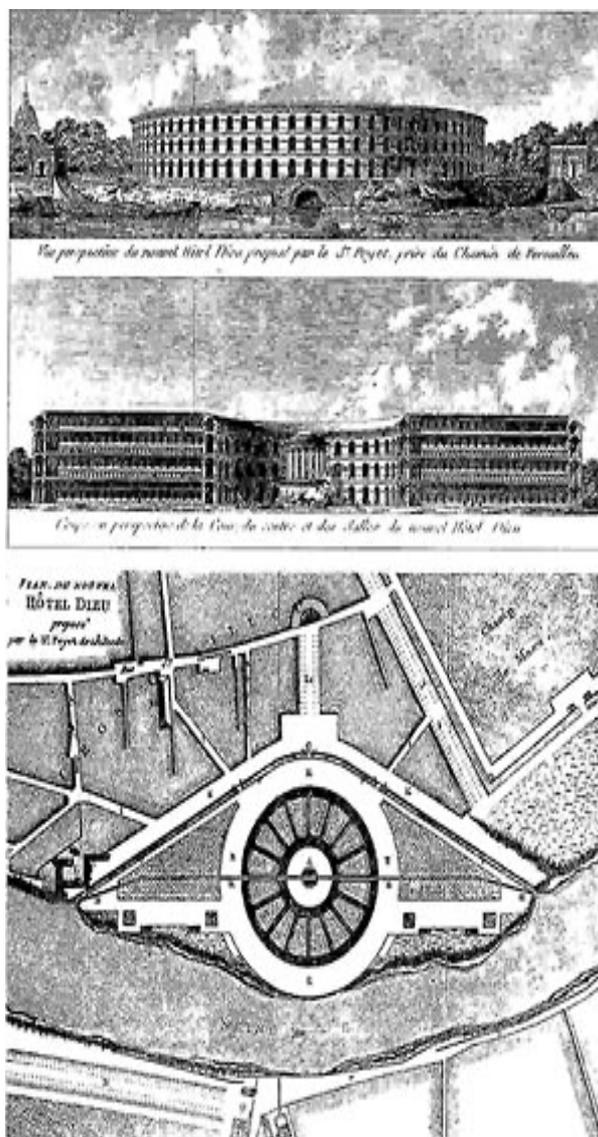
Documentos históricos registram a existência de hospitais na Babilônia e no Egito. Heródoto, na sua obra *History* referia-se à medicina dos povos do vale do Nilo. O conhecimento da medicina egípcia chegou a nossa época principalmente por meio dos chamados papiros médicos, datados do período de 1553 a 1550 a.C. Mas, somente com o Cristianismo, o *nosocomium* passou a ser um lugar para se tratar de doentes. Teria sido São Basílio, (269 a 372 d.C.) o fundador do primeiro *nosocomium* em Cesárea, Capadócia (GÓES, 2004, p. 8).

A construção do hospital *Hotel de Dieu*, em Lyon, na França, em 1772, foi considerada um marco na assistência hospitalar. Teve o primeiro relatório normativo de arquitetura realizado pelo grupo Lavoisier, Tillet e Tenon e Laplace e já aconselhava a priorizar o conforto do paciente.

O hospital, Hotel de Dieu, obedece ao sentido horizontal de construção (térreo), visando minimizar o esforço, evitando-se as escadas; que as enfermarias e quartos fossem bem iluminados e ventilados; que a construção do hospital fosse de tal modo que permitisse a localização de sua face para o Norte e os fundos para o Sul (BORBA, 1985, p. 39).

A história desse hospital, com tipologia arquitetônica, remonta ao Império Romano. A modernização iniciou-se entre os séculos XVII e XVIII, após o incêndio do Hotel de Dieu. Por ser um hospital que acolhia centenas de pacientes, era imperativo reconstruí-lo ou substituí-lo, pois a cidade não poderia permanecer sem seus serviços (SILVA, 2001, p. 3).

Figura 4 - Fachadas e Planta, Projeto para o Hôtel-Dieu, Paris (por Poyet, 1785).



Fonte: FERMAND, 1999 p.20.

Poyet e Tenon desenvolveram o projeto do Hôtel-Dieu, em 1785, em forma de imensa rotunda. A parte circular conteria grandes enfermarias ligadas por grandes corredores, contendo dormitórios para o pessoal que cuidava. Uma capela ficava no meio do pátio, para que os pacientes pudessem assistir a missa (Figura 4).

O Hôtel-Dieu se situou às margens do rio Sena, em Paris. Ocupou inicialmente o espaço da antiga basílica de Notre Dame. A mudança da igreja para um terreno vizinho fez o hospital ser parcialmente demolido e reconstruído. Alas foram sendo construídas com enfermarias que chegavam a abrigar centenas de camas de casal para uso de até oito pessoas (figura 5).

Figura 5 - Enfermaria do Hôtel- Dieu (Paris)



Fonte: TOLLET, 1892, p. 19.

Essa situação pode ser verificada pelo relato:

Apesar das enormes dimensões do hospital, os doentes se amontoavam às centenas em cada enfermaria, pois eram recebidos em quantidades ilimitadas, chegando-se a dispor até oito deles em cada cama coletiva. Estima-se que o Hôtel-Dieu houvesse mantido internadas em média, cerca de cinco mil pessoas durante todo o século XVIII, número que superava em muito sua capacidade normal de lotação. As acomodações eram insuficientes; faltava espaço para praticamente todas as atividades da rotina hospitalar. Por exemplo, secava-se a roupa lavada em varais improvisados nas janelas das enfermarias. O ar estagnava-se em todos os aposentos, pois a disposição dos edifícios não permitia uma ventilação adequada. Tudo isso concorria para piorar as condições de vida no interior do hospital e para diminuir a virtual eficácia dos tratamentos ali realizados. Assim, a imagem do hospital ante a população piorava, e o estabelecimento era tomado por morredouro e local infecto, ao qual só se ocorria em casos de extrema necessidade. (ANTUNES, 1991, p. 145).

Os hospitais eram locais de disseminação de doenças entre os internos e os que acompanhavam os enfermos, uma demonstração clara da inospitalidade que permeava a época.

Avanços significativos na construção e organização dos hospitais foram proporcionados pelos maometanos: como esta religião levava em consideração

vários aspectos de higiene humana, essa preocupação foi transferida para as edificações dos seus hospitais (786-801 d.C.).

Os hospitais desse período já apresentavam, no Oriente, separação espacial por tipo de doença dos pacientes e pela preocupação com a higiene, com a distribuição de água e ventilação dos compartimentos. O modelo hospitalar islâmico era um local de ensino supervisionado por um médico, possuía enfermarias com separação por sexo e por patologia. Era denominado Bimaristan (Bimar significa pessoa enferma e stan, casa).

O Bimaristan de Qalawun construído em 1283, já separava os pacientes por patologia, tendo seções distintas para os pacientes com infecções nos olhos, para os portadores de doenças febris, para os feridos, além da segregação de sexos e dos espaços destinados aos atos religiosos (TOLEDO, 2006, p. 2).

O hospital constituía apenas uma pequena parte do complexo arquitetônico de Qalawun, tinha ainda consultórios que atendiam pacientes externos, dispensário de medicamentos (baseado em ervas medicinais), maternidade, biblioteca e um orfanato (TOLEDO, 2006, p. 2).

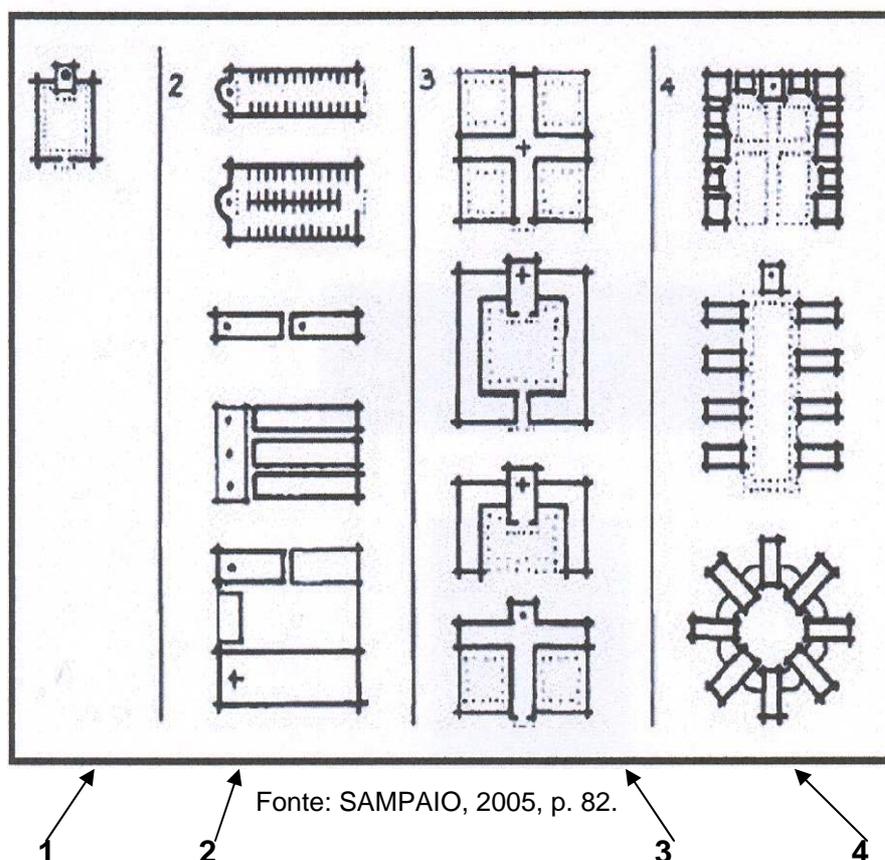
Pela primeira vez na história da medicina, percebe-se uma preocupação com a humanização; preocupação esta que somente cinco séculos depois, chegaria ao ocidente.

Com o desenvolvimento das cidades e o êxito rural, a situação dos hospitais passou a ser de uma grande desordem; surto de doenças, insalubridade e alto índice de mortalidade, levaram a uma mudança na forma dos edifícios hospitalares.

Esta evolução se deu de acordo com o tempo. Na Antigüidade eram em forma de pórticos e templos (número 1, da figura 6). O Concílio de Cartagená determinava que os hospitais fossem edificados ao lado da igreja e o de Arquisgrana traçou regras para a construção dos hospitais: a planta física deveria determinar que as camas das enfermarias tinham de estar voltadas para o altar, que ficava no mesmo espaço físico (GÓES, 2004, p. 9).

As congregações religiosas atuavam na maioria dos hospitais e cuidavam dos enfermos. Em 1634, surgiu a Congregação das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula, originada no Hôtel de Dieu, em Paris. Mas foi na Renascença que estas congregações acabaram perdendo o controle dos hospitais, que começaram a se municipalizar (GÓES, 2004, p.10).

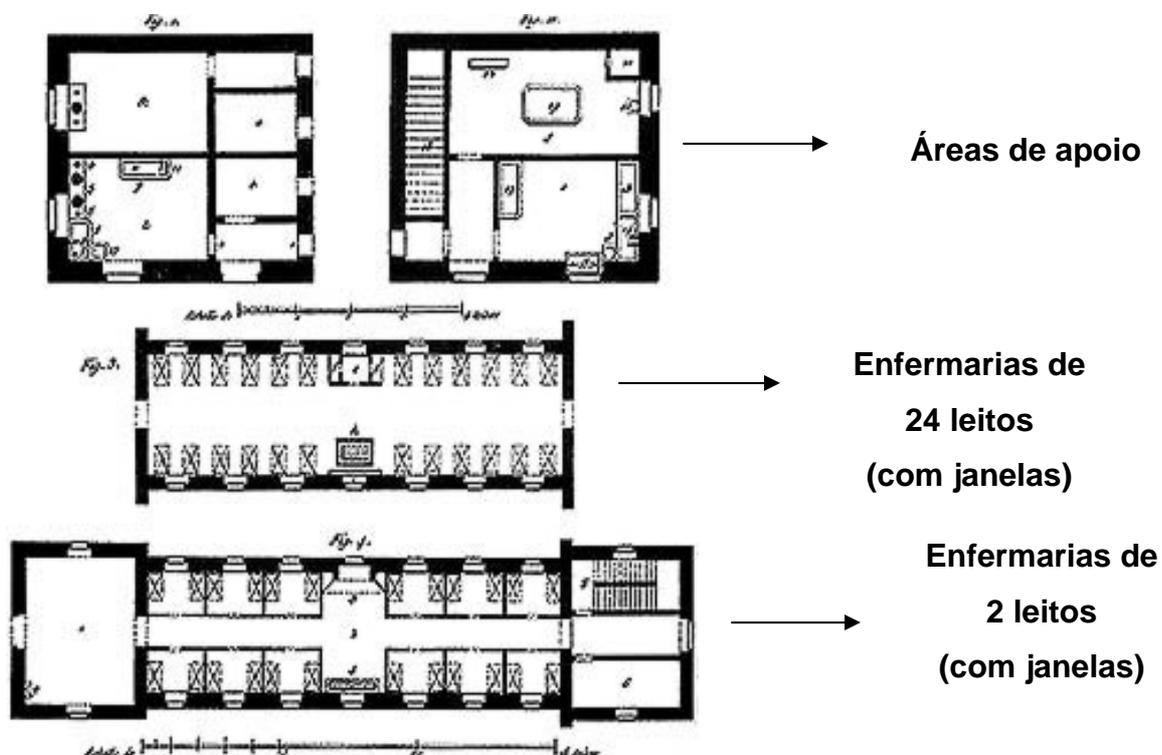
Figura 6 – Evolução dos Edifícios Hospitalares



Durante a Idade Média, o hospital tinha forma de nave (número 2, da figura 6). Os doentes desta época ficavam aguardando a morte ou a cura “pacientemente”, daí o termo paciente, um sofredor resignado, um doente. Ficavam agrupados, sem separação por doença. Com o tempo os espaços foram se tornando cada vez maiores e as condições de iluminação e ventilação levaram a mudanças na forma (SAMPAIO, 2005, p. 91).

Os hospitais projetados e construídos a partir da segunda metade do século XVII e durante o século XVIII já possuíam, em seus projetos arquitetônicos, a preocupação de propor e resolver questões como salubridade da edificação (aeração, iluminação, disposição dos leitos, limitação do número de pacientes por enfermaria) e hierarquização do espaço com o zoneamento funcional (zonas de hospitalização, de serviços, de administração) conforme é visto na figura 7 (planta de enfermarias) segundo Tenon (SILVA, 2001, p. 4).

Figura 7 - Planta de enfermarias, segundo Tenon.



Fonte: Tenon, J. *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1998, p. 368.

Na Idade Moderna já possuía forma de cruz e claustro (pátio) central que permitia a entrada de luminosidade e ventilação em todas as áreas do hospital (número 3 da figura 6). O Ospedale Maggiore de Milão foi um dos primeiros hospitais em cruz, construído em 1456. A grande preocupação da época era com o saneamento: sistema de esgoto com auto limpeza a partir da pressão das águas pluviais, pelas cabines sanitárias junto aos leitos com saída para fossas externas (SAMPAIO, 2005, p.92).

Por vários anos se prolongaram os debates e muitas possibilidades foram estudadas, pela Academia de Ciências de Paris (GÓES, 2004, p.11, SILVA, 2001, p. 4).

Além da própria questão do espaço, o resultado mostrou um verdadeiro conjunto de normas arquitetônicas e funcionais, concebidas para auxiliar os arquitetos, engenheiros e administradores, no que se refere à concepção e à organização do espaço hospitalar.

Na Idade Contemporânea a forma encontrada era de pavilhões e blocos (número 4, da figura 6).

Os fluxos migratórios aumentaram o número de pessoas nas cidades européias, dando origem ao fenômeno da vadiagem e da mendicância. Essas pessoas fingiam-se de aleijadas ou doentes para pedir abrigo nos hospitais, o que levou a uma lotação fora de controle e teve como consequência a desordem e o caos nesses locais.

Este fato levou ao restabelecimento de Hospitais em Londres, fruto de uma iniciativa de caráter piedoso diferente do espírito dos religiosos. Essa ação foi levada pela necessidade de transformar a cidade em um lugar mais saudável para viver (SAMPAIO, 2005, p. 92).

Bernard Poyet, arquiteto da época, publicou um desses estudos intitulado *Sur la nécessité de transférer et de reconstruire l' Hôtel-Dieu* (1785). O médico Jacques Tenon foi um dos que desenvolveu pesquisas nas prisões e hospitais europeus tendo como objetivo tornar esses locais mais humanos e adequados às suas funções (TOLEDO, 2006, p.2).

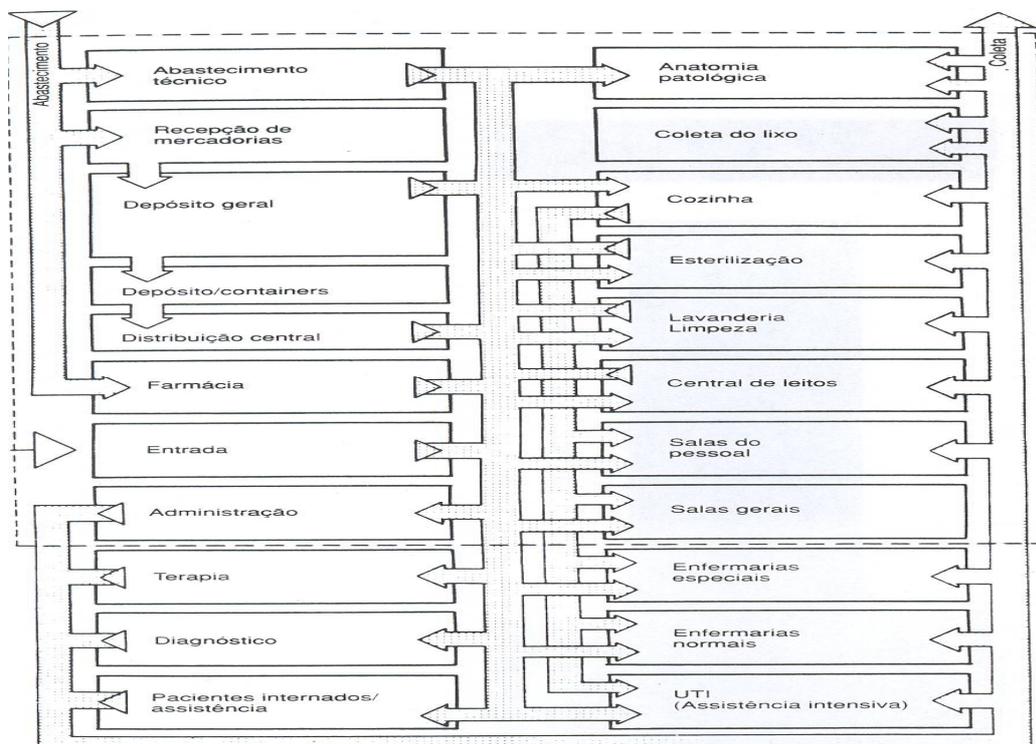
Baseado nesse trabalho e em suas visitas técnicas aos hospitais franceses e ingleses da época propôs, pela primeira vez, um estudo, sob o olhar crítico funcionalista aproximando os médicos dos hospitais, o que, para a época, não era uma realidade (SILVA, 2001, p. 4), pois a medicina era praticada, de maneira geral, na residência dos pacientes ou em outros locais fora do ambiente hospitalar, e somente eram encaminhados aos hospitais, os mais pobres e os portadores de doenças contagiosas, era comum lá esperarem a morte.

Tinha como foco uma forte estruturação dos serviços e dos compartimentos a partir dos eixos de circulação, sobressaindo-se a organização pavilhonar horizontal do espaço hospitalar que permitia a ventilação cruzada e uma excelente iluminação natural.

Pode-se observar a preocupação com os fluxos na figura 8, onde o abastecimento de alimentos, roupas limpas, medicação e a coleta de roupa suja, resíduos sólidos andam por corredores diferentes.

O cruzamento de fluxos de produtos e serviços considerados limpos com produtos e serviços considerados contaminados contribuíam para a infecção hospitalar.

**Figura 8: Abastecimento de produtos e coleta de materiais utilizados
Inter-relacionamentos dos percursos**



Fonte: NEUFERT, 2005, p. 553.

A propósito das inovações contidas nos estudos de Tenon, Antunes (1991, p.153), escreve:

A grande novidade [...] residia no fato de ele [o projeto] já ser, em si, produto de uma associação bastante estreita entre a experiência clínica de um médico e o destino das instituições hospitalares. Conquanto já se percebessem sinais prévios de aproximação entre a medicina profissional e os hospitais, nunca antes essa relação fora tão intensa e cheia de conseqüências para ambas às partes como a partir de então. Através dessa aproximação, os médicos viriam a ser alçados ao topo da hierarquia técnica e administrativa dos hospitais contemporâneos (ANTUNES, 1991, p.153).

No final do século XVIII o hospital civil foi sendo transformado: seu papel social começava a aumentar, ao mesmo tempo em que o conhecimento da prática médica. Todavia, ainda possuía alguns estigmas: era considerado sinônimo de morte e de pobreza (SILVA, 2001, p. 1).

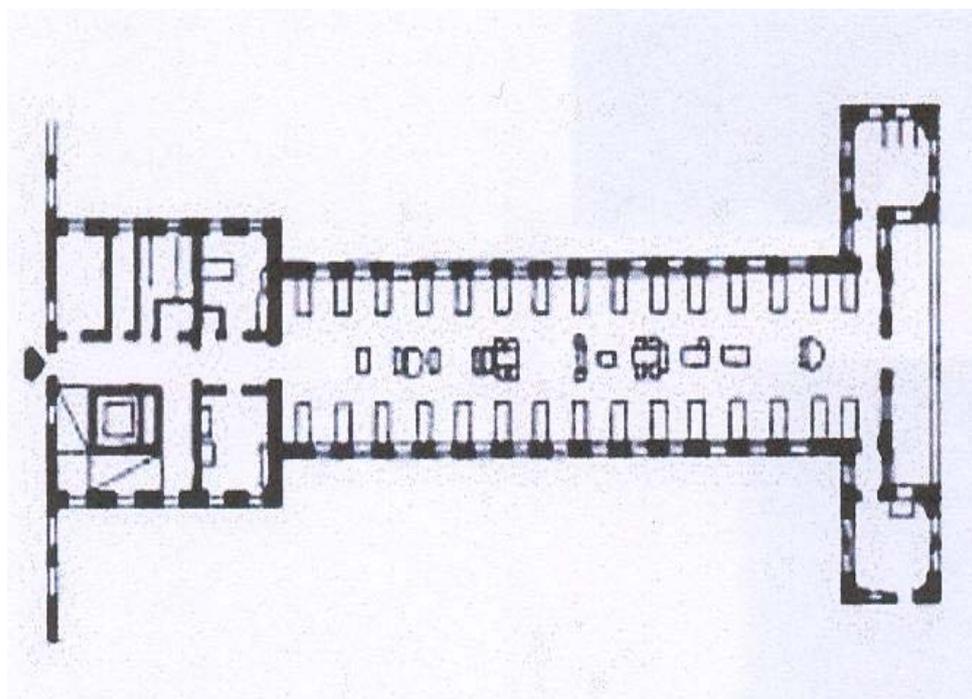
Já na metade do século XIX, quando o hospital passa a ser o centro do tratamento dos doentes ou o local destinado ao restabelecimento da saúde, é que começaram a desaparecer estes preconceitos ligados ao estigma de que os hospitais eram um lugar aonde se ia para morrer. Os elementos tecnológicos

responsáveis por esse desaparecimento foram: o desenvolvimento da anestesia, o surgimento de práticas de assepsia e o surgimento da profissão de Enfermagem (SILVA, 2001, p. 1).

As bases da assepsia, lançadas por Lister, em 1865, estabelecendo que os instrumentais cirúrgicos utilizados fossem submetidos à desinfecção com uma solução de ácido fênico, associado à lavagem das mãos antes do ato cirúrgico, além do desenvolvimento da anestesia, obrigam à criação de uma área, que será posteriormente chamado de bloco cirúrgico e de serviços anexos, resultando em uma especialização funcional do hospital (SILVA, 2001, p. 2).

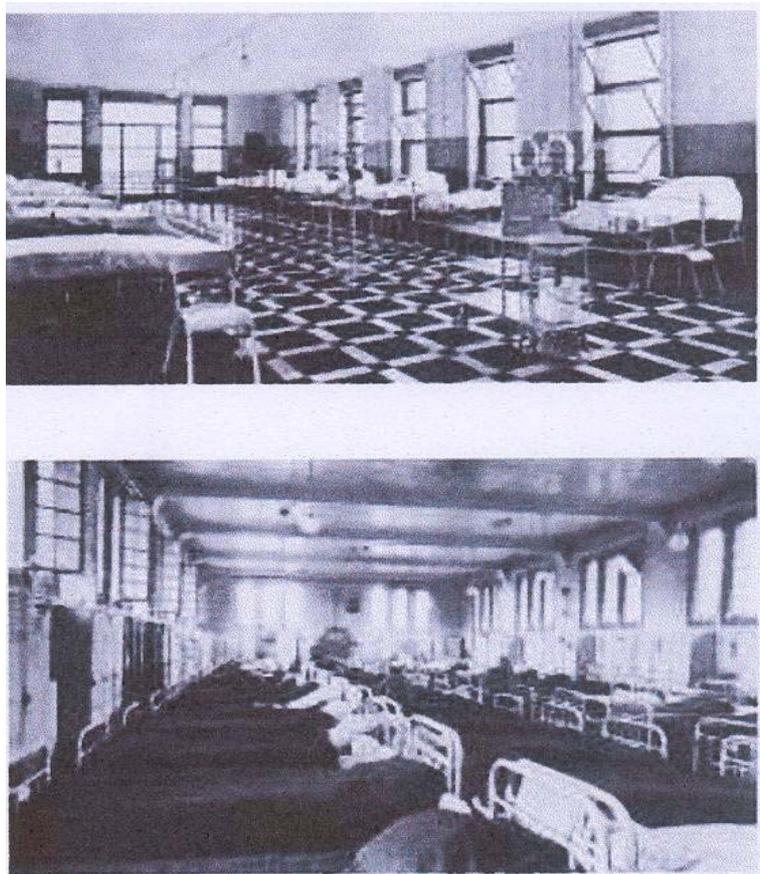
Em 1859 (metade do século XVIII), Florence Nightingale, precursora da profissão de Enfermagem, publicou diversas obras, entre elas *Notes on Hospitals*, onde eram analisados os elementos mínimos, para que um hospital fosse considerado bom, como: boa ventilação, isolamento para pacientes com doenças infecto-contagiosas, bloco cirúrgico separado de outras áreas, abastecimento de água potável e tratamento de esgotos, enfermarias e quartos com banheiros individuais (SILVA, 2001, p. 2). Pode-se considerar que, nesse momento, esses eram considerados indicadores de hospitalidade.

Figura 9 - Planta de Enfermaria segundo Florence Nightingale.



Fonte: THOMPSON, J. D. & GOLDIN, G.. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven: Yale University Press, 1975. p 160.

Figura 10 – Enfermarias propostas por Florence Nightingale

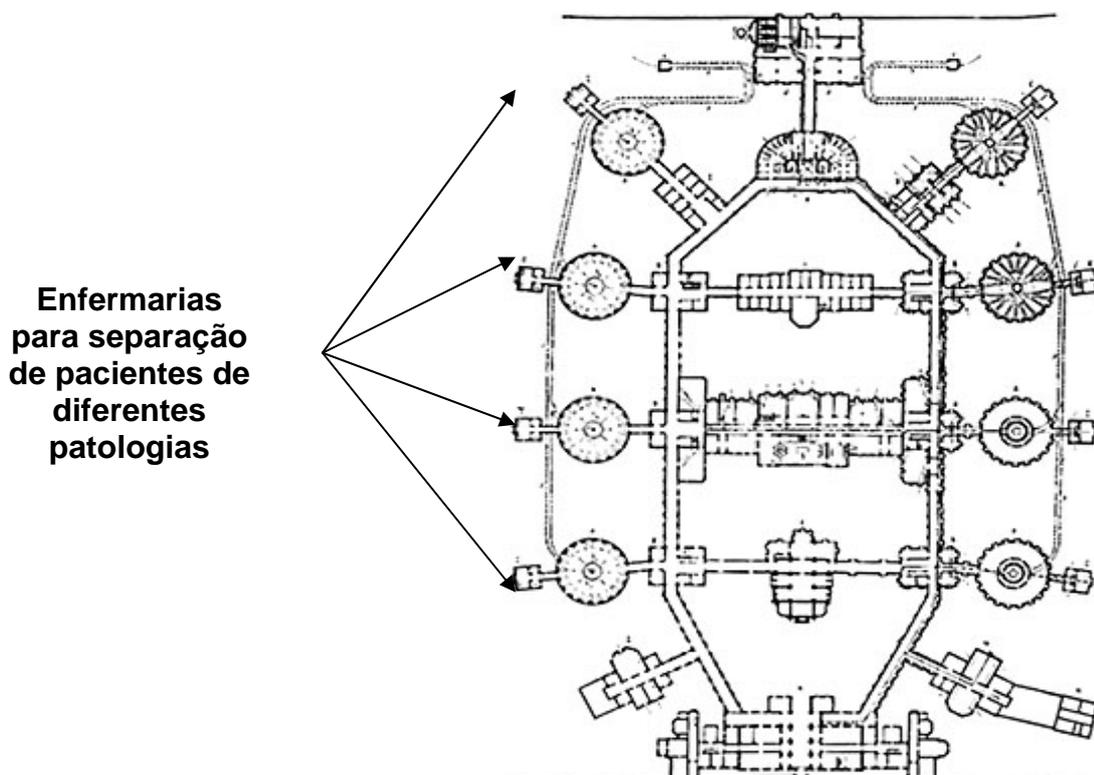


Fonte: www.ellusaude.com.br/enfermagem/historico_enf04.asp.

As enfermarias propostas por Florence Nightingale já dispunham de boa ventilação, de iluminação artificial, sistema de abastecimento de água potável, enfermarias com banheiros, além de Posto de Enfermagem. Essas enfermarias eram do tipo pavilhonar com ligações através de corredores (Figura 9 e 10).

Grandes hospitais com milhares de leitos, com pacientes portadores de doenças infecciosas, mulheres grávidas e feridos ocupando enfermarias contíguas, passaram a ser condenados, suscitando novas propostas dos arquitetos para projetos onde se dá a separação dos pacientes internados segundo suas patologias. Os índices de insucesso ou de cura das unidades hospitalares foram, no final do século XVII e durante o século XVIII, avaliados à luz das questões espaciais, relacionadas a contaminação entre os pacientes devido à proximidade em algumas áreas de pacientes feridos junto a parturientes ou ocorrência de fluxos de materiais contaminados como com roupas utilizadas em bandagens (TOLEDO, 2006, p. 20).

Figura 11 - Hospital Civil, Antuérpia (1878), planta.



Fonte: THOMPSON , GOLDIN , 1975, p. 167.

O novo hospital do fim do século XIX já possuía planta arquitetônica estruturada em zonas funcionais (conforme definido no capítulo 1, p. 37 e 38), que atendiam às necessidades de cuidados e propiciavam o restabelecimento da saúde (Figura 11). Tenon estabeleceu as características mínimas do edifício hospitalar tendo como base uma visão muito precisa sobre os gastos, o mobiliário e os equipamentos de todos os colaboradores que atuavam nas diferentes áreas hospitalares. Isto significava um olhar ergonômico, em que as dimensões das salas, não eram arbitrárias, mas eram deduzidas pela estatura das pessoas e esses elementos poderiam acarretar danos à saúde física de quem trabalhava, como dores lombares, e outras dores por falta de se ter um mobiliário adequado ergonomicamente. Também, pela primeira vez, é feita menção à economia do serviço (TENON, 1998, p.186).

Nesta época apareceram os hospitais especializados como resposta às questões levantadas no século anterior. A partir de 1800 foram criados hospitais especializados em oftalmologia, otorrinolaringologia, doenças do tórax e ortopedia

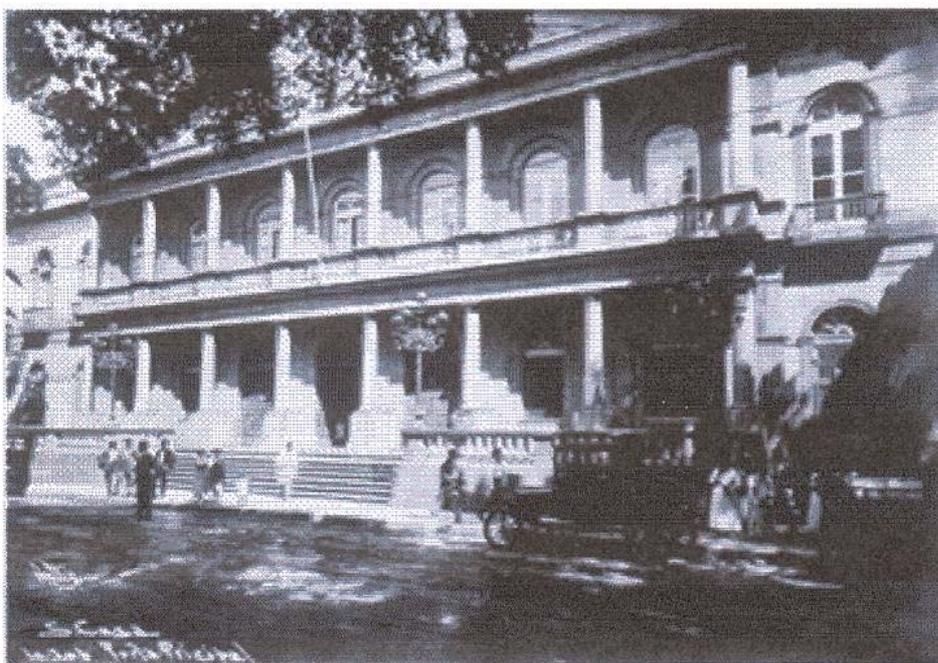
(PEVSNER, 1976, p.186; MIGNOT, 1983, p. 231), como o hospital *Johns Hopkins Hospital*, em Baltimore nos Estados Unidos.

A especialização não criou mudanças arquitetônicas nas áreas físicas, apenas concentrou as mesmas patologias, num só lugar.

2.2. Arquitetura hospitalar no Brasil

No Brasil, a assistência hospitalar teve início logo após o descobrimento, por intermédio das obras de misericórdia, com as Santas Casas. A Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia foi criada em Portugal, no ano de 1498 por D.Manuel, sob a influência do Frei Trinitário Miguel de Contreiras. Seu âmbito de atuação, além das obras de caridade inspirada pelo evangelho segundo São Mateus, ia além “consolar os infelizes, perdoar as injúrias recebidas, orar a Deus pelos vivos e mortos, resgatar cativos e visitar prisioneiros, tratar os doentes, vestir e alimentar os famintos, dar de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e pobres e sepultar os mortos”. Tornou-se a irmandade leiga de maior poder e expressão no que concerne às obras de caridade no Brasil (GANDELMAN, 2001, p. 2).

Figura 12 – Portaria Principal da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro



Fonte: Acervo do arquivo Geral da cidade do Rio de Janeiro.

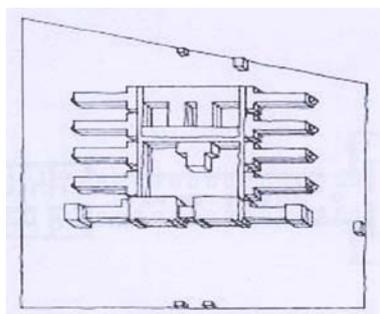
Figura 13 – Santa Casa de Misericórdia retratada do Morro do Castelo no Rio de Janeiro.



Fonte: Acervo do arquivo Geral da cidade do Rio de Janeiro.

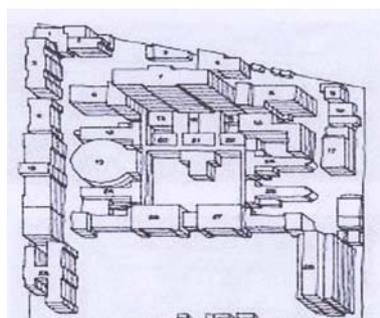
Brás Cubas fundou em Santos, em 1543 (metade do século XV), o primeiro hospital do Brasil. Olinda, em Pernambuco alguns anos depois construiu o seu primeiro hospital e, antes do fim do século XVI, São Paulo criou sua Santa Casa (GOÉS, 2004, p.10).

Figura 14 – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - 1910



Fonte: SAMPAIO, 2005, p.103.

Figura 15 – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - 1988

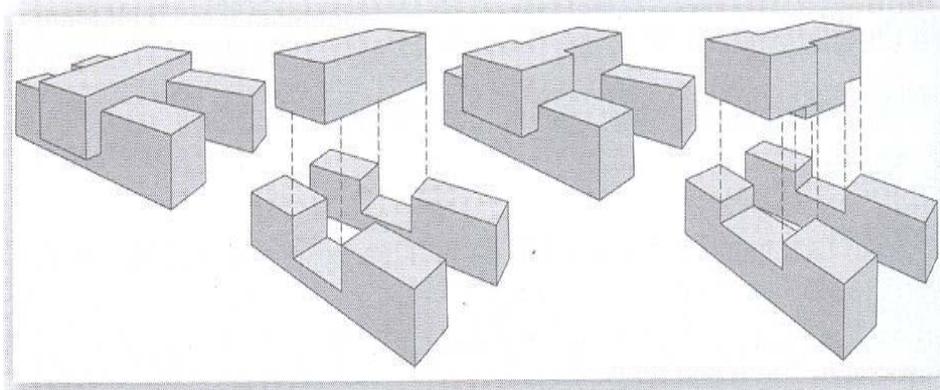


Fonte: SAMPAIO, 2005, p. 103.

A Santa casa de São Paulo é um exemplo de como o hospital vai se expandindo de acordo com a necessidade e a demanda de seus pacientes. Em 78 anos (1910-1988) aumentou seu número de prédios no mesmo terreno para atender a evolução da medicina e as necessidades dos pacientes (figura 14-15).

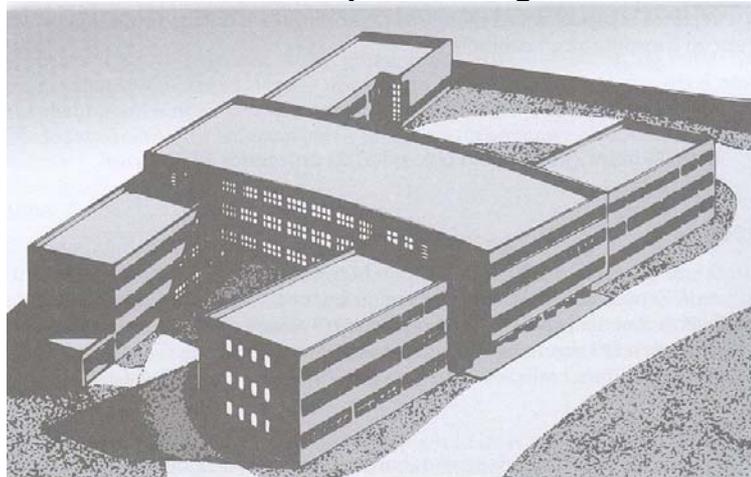
Durante a Independência não houve iniciativas governamentais que estabelecessem normas para a construção de hospitais. Após a revolução de 1930, novas iniciativas tentaram reestruturar conceitos, padrões e normas das construções hospitalares. Foi em Pernambuco, que se criou o primeiro Departamento de Arquitetura e Urbanismo (DAU). Nesse período, o arquiteto Luís Nunes produziu um dos primeiros projetos na área da saúde: o Hospital da Brigada Militar, entre 1934 e 1936 (GOÉS, 2004, p.11 -12).

Figura 16 – Concepção de projeto para o hospital da Brigada Militar de Recife



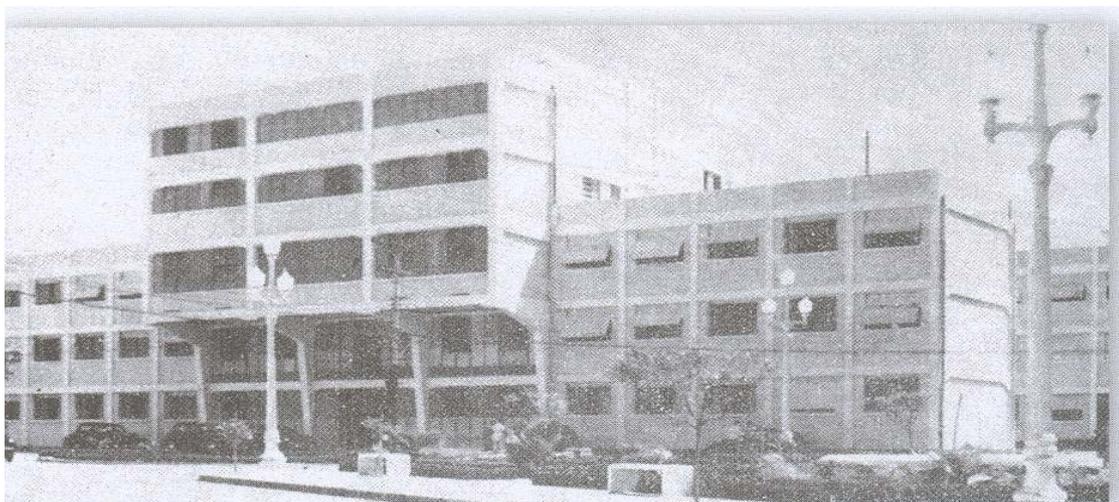
Fonte: Góes, 2004, p. 13.

Figura 17 - Fachada do Hospital de Brigada Militar do Recife



Fonte: Góes, 2004, p. 13.

Figura 18 – Hospital da Brigada Militar do Recife



Fonte: Góes, 2004, p. 13.

A natureza do trabalho médico-hospitalar modificou-se ao longo do século XX, em razão da crescente incorporação de novas tecnologias, que propiciaram o desenvolvimento médico e a criação de categorias profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, engenheiros clínicos e outros, transformando a saúde em um setor essencialmente multidisciplinar e complexo.

Nos anos 70, o acelerado processo da urbanização brasileira e conseqüente demanda por serviços de saúde levaram o Ministério da saúde a reorganizar as normas para as edificações hospitalares.

A evolução dos conhecimentos científicos proporcionou um entendimento maior sobre a interferência do meio ambiente na saúde. Sabe-se, atualmente, que a água, o ar, o lixo e outras variáveis podem ajudar ou prejudicar a saúde de todos nós. O conhecimento dos aspectos ambientais passou a fazer parte da garantia de segurança do cuidado do paciente e do resultado de seu tratamento (COUTO, 2004, p.10).

A democratização das informações, por meio da televisão, da internet e do rádio, entre outros meios de comunicação, fez com que a população, de uma forma geral, se tornasse mais consciente e exigente em relação aos serviços prestados na área de saúde, tornando-se menos passiva e mais ativa no seu processo de saúde e exigindo mais conforto, limpeza e segurança nos ambientes hospitalares (COUTO, 2004, p.11).

A gestão das unidades hospitalares é uma das tarefas mais difíceis do mundo contemporâneo, como descreveu Drucker (2002, p.7): "o hospital é a mais complexa organização humana já concebida e também, nos últimos trinta ou quarenta anos, um dos tipos de organização de mais rápido crescimento nos países desenvolvidos".

O desenvolvimento tecnológico do século XX demonstrou que o edifício hospitalar precisava abrigar convenientemente e incorporar, de forma contínua, os inesgotáveis equipamentos para investigação de diagnóstico e terapêutica (SANTOS, BURSZTYN, 2004, p.13).

O custo dessa tecnologia sempre crescente começou a criar restrições de acesso; o envelhecimento da população intensifica a prevalência das doenças crônicas degenerativas, aumentando a demanda por essa tecnologia, além de exigir pessoal altamente especializado. O reflexo disso na arquitetura e na organização dos espaços hospitalares ocorre nas soluções que privilegiam a supervisão e observação de enfermagem em detrimento da privacidade do paciente.

Ao contrário da sensação de desconforto, a sensação de conforto ambiental não é fácil de ser percebida, pois é resultado da harmonia de vários condicionantes ambientais: acústicos, visuais, higrotérmicos, entre outros, propiciando a integração do homem (paciente) ao meio ambiente (BITENCOURT, 2004, apud ILDA, 2004, p. 29). As sensações objetivas para cada indivíduo apresentam duas dimensões de abrangência, conforme estabelecido na RDC - 50 (2002): a endógena e a exógena. A primeira considera o edifício a partir da sua finalidade de criar condições sem riscos para os pacientes e a segunda o impacto que a construção poderá causar no meio ambiente e na comunidade onde está inserida.

A abordagem do espaço arquitetônico como propiciador do bem-estar físico e emocional de seus usuários tem sido aplicada nos projetos mais recentes de arquitetura da saúde, representando um novo enfoque centrado no paciente, onde este passa a ser entendido de forma holística, como parte de um contexto, e não um conjunto de sintomas e patologias a serem estudados pelos profissionais de saúde (FONTES, 2004, p. 59).

A nova concepção terapêutica dos hospitais está reduzindo a média de permanência de internação.

Neste panorama, novas diretrizes precisam ser adotadas para os projetos dos estabelecimentos de atenção à saúde que atendam à verdadeira promoção da

saúde e implantação centradas na figura do paciente, proporcionando ambientes que cumpram o papel de prestação de cuidados, agregando qualidade e um verdadeiro senso de humanismo, incorporando em seus projetos flexibilidade, trazendo para seus espaços os signos e os valores que encontramos em nossas casas como um suporte emocional para o tempo de internação hospitalar (COSTEIRA, 2004, p. 78-79).

O desafio da arquitetura hospitalar é o de dotar estes espaços de conotação de acolhimento e familiaridade para o usuário, dotando a prática assistencial de um sentido de segurança e confiabilidade ao paciente, visando seu rápido restabelecimento e minimizando seu sofrimento (COSTEIRA, 2006, p.1).

2.3. Evolução dos Espaços

Durante o século XVIII, assim como as inovações médicas, administrativas e arquitetônicas, foi fundamental a introdução de mecanismos disciplinares na organização dos espaços. A grande confusão em que os hospitais estavam mergulhados nesse período propiciava a disseminação de doenças, contrabando de mercadorias, além da utilização como subterfúgio para a deserção.

A adoção de medidas disciplinares nos espaços confusos nos hospitais levou a “medicalização” e, desta forma, a transformação do saber médico permitiu que o poder de manter a ordem destes locais passasse a ser confiado a ele (SAMPAIO, 2005, p.100).

A medicina não constituía uma prática hospitalar e, até 1680, a visita aos pacientes era feita uma vez por dia; somente no século seguinte a permanência do médico tornou-se obrigatória (TOLEDO, 2006, p. 18).

A transformação do hospital geral, que emergiu da secularização das entidades cristãs, de estabelecimento de atenção à doença a estabelecimento de saúde, se deu pela introdução da medicina profissional em seus recintos e a redefinição do seu papel institucional, a especificação de suas atribuições terapêuticas e o aproveitamento racional dos recursos disponíveis, além dos avanços científicos que ocorrem nesta época (SAMPAIO, 2005, p.100).

Segundo Foucault, nessa época a arquitetura hospitalar passa a ser considerado um elemento fundamental para a criação do ambiente hospitalar adequada ao processo de cura.

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

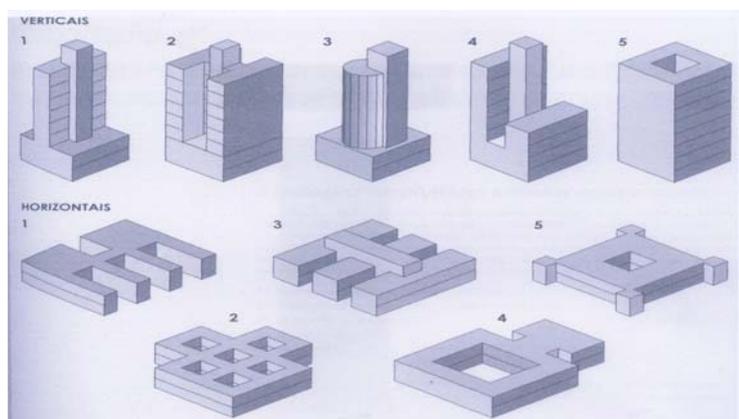
Nos grandes hospitais com milhares de leitos, os pacientes portadores de doenças infecciosas ou feridas e as mulheres grávidas ocupavam enfermarias contíguas e, com essas novas propostas, há a separação dos pacientes internados segundo suas patologias e a construção de hospitais passa a ser focada em pacientes com um único tipo de enfermidade (TOLEDO, 2006, p. 20).

O hospital especializado é uma resposta do século XIX às questões levantadas no século anterior. A partir de 1800, em Londres, foram criados hospitais especializados em Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Doenças do Tórax, Câncer e Ortopedia (PEVSNER, 1976, p. 186, MIGNOT, 1983, p. 231).

No início do século XX, (1905) os avanços tecnológicos e as descobertas da época foram tornando a configuração pavilhonar dos hospitais obsoleta. Os principais problemas encontrados eram: à distância entre os pavilhões; a ocupação de uma área de terreno muito grande para a sua implantação; a perda de tempo da equipe médica e de enfermagem em percorrer grandes espaços; os preços elevados dos terrenos e as inovações tecnológicas.

Estes problemas levaram a uma solução compacta e verticalizada para os hospitais, (figura 19) conseqüência do progresso da arquitetura e da engenharia e da descoberta de novos materiais construtivos (SAMPAIO, 2005, p.106).

Figura 19 - Diferentes agrupamentos nas tipologias horizontais e verticais.



Fonte: GÓES, 2004, p. 47.

Crítérios a partir de “layout” básico de funcionamento, considerando dimensões e características de equipamentos e mobiliários, procedimentos específicos executados em cada espaço impôs uma nova metodologia nos projetos hospitalares.

Funcionalmente começou como um edifício horizontal de um único pavimento, sendo necessário deixar ainda uma área prevista para ampliações. De acordo com as dimensões requeridas, viabilizou-se a sua verticalização, que no início forma no máximo dois pavimentos. O fluxo de pessoas e serviços, os elevadores e a dificuldade de escoamento em caso de incêndio levou a uma mudança no modelo conceitual para os edifícios hospitalares (SAMPAIO, 2005, p.110).

As características neste modelo vertical que poderiam ser fixas foram pronto-socorro e atendimento a pacientes externos em locais de fácil acesso; enfermarias e apartamentos localizados em uma mesma prumada vertical; serviços em posição estratégica para não gerar complicações nos fluxos e permitir o abastecimento externo.

O centro de diagnóstico, unidades de terapia intensiva e outras áreas, também foram consideradas nas novas tipologias. O avanço tecnológico na área de saúde e a complexidade do edifício hospitalar levaram à necessidade de novas áreas para abrigar todas as novas funções e a falta de locais disponíveis e acessíveis nas áreas urbanas e o alto preço dos terrenos levaram os arquitetos a mudar os modelos das instituições (SAMPAIO, 2005, p. 111).

Baseados em estudos de como se davam os deslocamentos das enfermeiras, os arquitetos projetaram enfermarias circulares, cujos centros eram os postos de enfermagem. Embora possibilitasse uma melhor visão e acesso rápido a todos os leitos, esta forma circular é mais difícil de se integrar com o resto do hospital e o espaço resultante da subdivisão entre leitos e sanitários ficava prejudicado com problemas ergométricos na sua utilização (SAMPAIO, 2005, p.10).

Os ambientes hospitalares, por estarem diretamente ligados à saúde do homem, requerem mais do que qualquer ambiente, de conforto e qualidade. Estes estão ligados à satisfação das necessidades tecnológicas da medicina, ou seja, ter espaços flexíveis que possam acomodar sofisticados equipamentos, que são constantemente redesenhados pelas indústrias da área da saúde; satisfação dos pacientes, permitindo tranqüilidade, bem-estar, confiança e condições de uma pronta recuperação; satisfação das equipes de profissionais, com locais que propiciem um

atendimento de melhor qualidade, um maior rendimento, mais produtividade e segurança para que os profissionais desempenhem melhor sua função e satisfação dos administradores, sendo uma construção econômica, de fácil manutenção e operação (SAMPAIO, 2005, p. 22).

Estudos das percepções, expectativas, valores e comportamento dos usuários não têm sido suficientemente considerados nas tentativas de humanização da edificação hospitalar. A falta de participação de todos os funcionários que trabalharão deverá ser considerada durante o processo projetual, para não limitar o conhecimento de suas expectativas e satisfação, condição indispensável para a humanização hospitalar (TOLEDO, 2006, p. 96).

2.4. A percepção e o edifício hospitalar

Um edifício de saúde, para responder em qualidade e eficiência, deve satisfazer às necessidades técnicas e funcionais envolvidas no cuidado de saúde integral, considerando as relações entre atenção e espaço físico, facilitando a fluidez à produção dos serviços e relacionando as atividades com os serviços de apoio (como nutrição, higienização e limpeza, processamento de roupas, e manutenção), facilidades de pessoal e administração. (BROSS, 1989, p.19, GUELLI, ZUCCHI, 2005, p. 44).

Este entendimento do serviço, focado no cliente, estabelece a estratégia que definirá a disponibilidade, desempenho e confiabilidade do processo (BOWERSON, CLOSS, 1999, p.78).

A experiência espacial não é simplesmente visual, mas multisensorial. As pessoas diferem em sua capacidade de visualização, na qualidade e intensidade de seu sistema de imagens visuais, portanto todos recebem todas as informações sobre o ambiente por meio de seus sentidos (HALL, 2005, p. XI-XII).

Proxêmica é, para Hall, o termo que indica as “inter-relações entre observações e teorias do uso que o homem faz do espaço como uma elaboração especializada da cultura”. Pessoas diferentes não apenas falam línguas diferentes, mas habitam mundos sensoriais diferentes. Alguns chegam a evitar totalmente o contato (HALL, 2005, p. 1-16). A “distância pessoal” (HEDIGER apud HALL, p. 17) é a expressão aplicada ao espaçamento normal que as pessoas avessas ao contato, ou não, mantêm entre si. Pode ser concebida como uma bolha de proteção que um

organismo mantém entre si e os outros. A organização social é um fator para a distância pessoal. A capacidade de reconhecer esta zona torna-se de extrema importância para a arquitetura, pois o estresse aumenta, principalmente numa situação de internação, o que leva as pessoas a necessitarem, cada vez mais, de espaços, à medida que a disponibilidade do mesmo é cada vez menor.

Um exemplo claro de que a cultura interfere no conceito de distância pessoal se encontra no livro de Hall, (2005, p. 233) quando cita que um diplomata árabe e idoso internado num hospital norte-americano, reclamava da distância profissional da equipe de enfermagem, tendo a sensação que estava sendo negligenciado, que não cuidavam dele de forma adequada. Para os árabes, o olfato e os odores do corpo desempenham papéis importantes na sua vida, enquanto que para outras culturas, isto poderia nem ser percebido. O homem possui sistema de receptores e a informação recebida por eles é que é modificada pela cultura.

A cultura mantém-se oculta, fora do controle voluntário do homem; quando pequenos fragmentos são elevados ao nível da consciência, eles são de difícil transformação, porque “as pessoas não têm como agir ou interagir de nenhum modo significativo” a não ser por meio da cultura (HALL, 2005, p. 233).

O sistema sensorial do ser humano divide-se em duas categorias: receptores remotos ocupam-se do exame de objetos distantes (os olhos, os ouvidos e o nariz) e receptores imediatos examinam o mundo de muito perto: o tato, as sensações que recebemos pela pele, membranas e músculos. A pele é sensível à perda e ao ganho do calor, sendo um receptor imediato e também remoto (HALL, 2005, p. 51).

A visão foi o último sentido e o mais especializado a ser desenvolvido no ser humano. Por ter dezoito vezes mais neurônios (células nervosas) que os nervos auditivos tem a capacidade de transmitir mais informações. Até uma distância de seis metros e meio, o ouvido é muito eficaz; com a distância essa quantidade absorvida de informações começa a se deteriorar. Os olhos conseguem absorver uma quantidade extraordinária de informações até um raio de cem metros (HALL, 2005, p. 51-54).

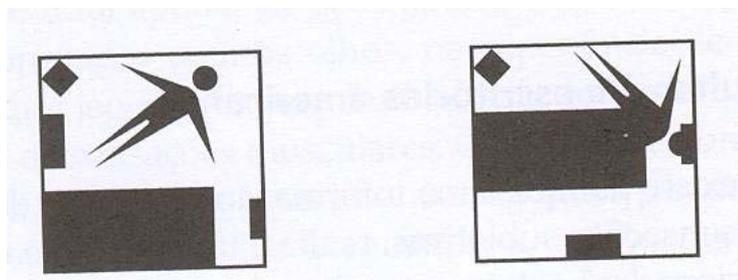
Do ponto de vista da percepção espacial não é uma questão apenas do que pode ser excluído. Como as culturas interferem diretamente no aprendizado dos padrões perceptivos, pacientes e profissionais que têm culturas diferentes apresentarão percepções diferentes em relação aos espaços nas instituições de saúde.

O olfato evoca recordações mais profundas que a visão ou a audição. O odor é um dos métodos de comunicação mais antigos, sendo de natureza química, com suas diversas funções diferencia pessoas e lugares. Mudanças e transições de odores ajudam as pessoas a se localizar nos espaços (HALL, 2005, p. 61-62). Nos hospitais é comum odor de anestésicos, de diferentes medicações, além de odores característicos de produtos utilizados na limpeza; mas também é freqüente o paciente exalar odores característicos de algumas doenças, ou mesmo de secreções de feridas, além de odores de urina e fezes.

A experiência cinestésica do espaço é um fator importante na rotina da vida das pessoas que trabalham na área da saúde. Um recinto que pode ser atravessado em dois ou três passos proporciona uma experiência totalmente diferente de outro que exija 20 passos (HALL, 2005, p.66-67).

Um exemplo disto é o que se observa em dois quartos (de pacientes) com medidas iguais, mas com disposição diferente do mobiliário e objetos; um pode dar a sensação de ser maior se nele puder haver uma variedade maior de movimentos livres, conforme se observa na figura 20.

Figura 20 – Espaços iguais, percepções diferentes.



Fonte: Hall, 2005 p.66.

Uma das qualidades mais sutis de percepção e comunicação da pele é a relacionada à percepção que o homem tem do espaço. Nervos proprioceptores mantêm a pessoa informada do que está ocorrendo quando são acionados os músculos. E os exteroceptores transmitem as sensações de calor, frio tato e dor. O aumento de temperatura é detectado de 3 formas: pelos detectores técnicos da pele, pela interação olfativa e pelo exame visual. A temperatura está relacionada ao modo pelo qual a falta de espaço é vivenciada pela pessoa (HALL, 2005, p.68-71).

Os hospitais costumam apresentar áreas com janelas que não podem ser abertas por problemas de segurança para os pacientes e para evitarem a entrada de insetos que possam transmitir doenças. Por isso é muito comum a instalação de ar condicionado nos quartos e na maioria das áreas do edifício de saúde.

Experiências visuais e tácteis estão entrelaçadas e muitas vezes não podem ser separadas. Para o artista plástico Braque a distinção entre estes dois espaços é: “espaço táctil separa o observador dos objetos, e o espaço visual separa os objetos uns dos outros” (BRACQUE, apud HALL, 2005, p. 74-75).

O relacionamento do ser humano com seu ambiente é uma função de seu sistema sensorial e de como está condicionado a reagir. A imagem inconsciente que temos de nós mesmos, da vida que levamos, e do processo de existir é composta de fragmentos de “feedback” sensorial do nosso sentido do EU, que está em interação com o ambiente (HALL, 2005, p. 77).

Os olhos desempenham muitas funções que nos permitem: identificar alimentos, amigos e o estado físico de muitos materiais a uma determinada distância; orientar-nos em todos os terrenos concebíveis, evitando obstáculos e perigos; criar ferramentas, cuidar de nós mesmos e de outros, avaliar aparências e colher informações quanto ao estado emocional de outros. Considera-se que os olhos são o principal meio pelo qual o ser humano colhe e transmite informações. Um olhar pode punir, estimular ou estabelecer domínio (HALL, 2005, p. 79-80).

“Enquanto se movimentam pelo espaço, o ser humano conta com mensagens recebidas de seu corpo para estabilizar seu mundo visual” (HALL, 2005, p. 81). Sem essas informações do corpo, muitas pessoas podem perder contato com a realidade e ter alucinações. Pessoas criadas em culturas diferentes vivem em mundos perceptivos diferentes, portanto têm comportamentos desiguais na sua orientação em como se locomovem e como transitam nos espaços.

A influência que o espaço físico tem sobre todos os atores: paciente, profissionais técnicos e acompanhantes, e o valor de percepção por meio deste enfoque começam a ser valorizado pelos que administram as instituições de saúde. O termo percepção vai designar o ato pelo qual tomamos conhecimento de um objeto do meio exterior. A maior parte destas percepções conscientes provém do meio externo, pois as sensações dos órgãos internos não são conscientes, na maioria das vezes, e desempenham papel limitado na elaboração do conhecimento do mundo.

A percepção ao contrário da sensação, não é uma fotografia dos objetos do mundo determinada exclusivamente pelas qualidades objetivas do estímulo. A percepção se relaciona diretamente com a forma da realidade apreendida, enquanto a sensação se relacionaria a fragmentos esparsos dessa mesma realidade.

No ato perceptivo se distinguem dois componentes fundamentais: a captação sensorial e a integração significativa, a qual nos permite o conhecimento consciente do objeto captado. Portanto, as percepções serão subjetivas por existirem em nossa consciência, e objetivas pelo conteúdo que estimula a sensação (BALLONE, 2003, p. 1).

2.5. A influência do espaço na recuperação do paciente.

Lauro Michelin, arquiteto, sócio da empresa L + M, que atua em projetos na área de saúde diz em suas palestras sobre arquitetura hospitalar que não se pode compreender o fato de uma pessoa sadia ter conforto em um hotel, e um paciente debilitado ficar, num ambiente hostil, sem estímulo visual, sem ergonomia no mobiliário, sem iluminação natural, o que pode até interferir na cor da pele do paciente. Um exemplo disso são as icterícias nos berçários. A luz artificial pode levar a visualização de coloração amarela na pele dos bebês e com isso serem expostos a banho de luz. (Fototerapia).

O espaço físico interfere positiva ou negativamente na recuperação dos pacientes influenciando o cuidado por meio de aspectos ergonômicos, entre outros, fortalecendo ou dificultando a saúde das pessoas, ao proteger ou expor o paciente a danos, como infecções hospitalares, quedas e outros riscos (GUELLI, ZUCCHI, 2005, p.44-45).

Funcionários apressados e estressados, pacientes deprimidos e temerosos, familiares abandonados e desinformados, insatisfação dos administradores com as altas taxas de consumo de energia, de água, da manutenção do edifício, em geral, completam o quadro do que se tem visto na arquitetura hospitalar dos últimos anos (SAMPAIO, 2005, p. 211).

O enfermo deixou de ser tratado como um indivíduo que ficava pacientemente aguardando a cura ou a morte, em ambientes insalubres e passou a interagir opinando, sobre o seu tratamento médico (SAMPAIO, 2005, p. 118).

O processo de atenção inclui a percepção do espaço pelos diferentes usuários, o que é uma forma de cuidado com a saúde que envolve a influência do espaço físico na recuperação do paciente requerendo um ambiente construído “saudável”, também conhecido na literatura como Ambiente de Cura (*Healing environment*). O objetivo é a criação de espaços para o cuidado do paciente que reduzam as fontes externas inóspitas causadoras de “stress”, proporcionando paz, esperança, motivação, alegria, reflexão e consolo que são sensações hospitalares. Esse processo está baseado em cinco conceitos ligados à humanização hospitalar: privacidade do paciente, suporte social, suporte psicológico, distração positiva e distração negativa (SOUZA, 2006, p.15-16).

Podemos reduzir as distrações negativas, como os desconfortos térmicos, acústicos e visuais, pois sabemos que o hospital tem um constante barulho proveniente das rodas dos diferentes carrinhos que circulam nos corredores, como os de medicação, de limpeza, das camareiras, equipamentos médicos portáteis, entre outros. De uma forma geral, os quartos de internação possuem janelas que ficam constantemente fechadas (lacradas ou com chaves), para se evitar qualquer tipo de acidente, como suicídio, impedindo a circulação de ar externo, ficando o paciente e acompanhante com a sensação de calor ambiental, que é resolvido somente com o ar condicionado ligado, que também possui um barulho característico, contínuo causado pelo barulho do motor do aparelho, que aos poucos se torna irritante. O branco das paredes que, historicamente, significava limpeza, está, aos poucos, sendo substituído por cores mais vibrantes, embora ainda com tons pastéis, que transmitem tranquilidade e ajudam os pacientes a sair da depressão que costuma ser causada pela internação e pela própria doença.

O *Center for Health Design* decidiu, em 1998, procurar pesquisas ligadas ao ambiente de atenção à saúde e o seu benefício terapêutico. Pesquisadores financiados pela *Johns Hopkins University Quality of Care* encontraram limitações para demonstrar a influência do espaço na recuperação do paciente: de 78.761 artigos relevantes, somente 1.219 descreviam a investigação do impacto do meio ambiente na recuperação da saúde do paciente internado.

Para medir o impacto dessas medidas, pesquisas realizadas nos Estados Unidos e Inglaterra, têm sido aplicadas no conceito conhecido como *Design Baseado em Evidências*, que foi inspirado na Medicina Baseada em Evidências, que

começou em 2000; atualmente estes estudos mostram a diferença na qualidade do cuidado (GUELLI, ZUCCHI, 2005, p. 45).

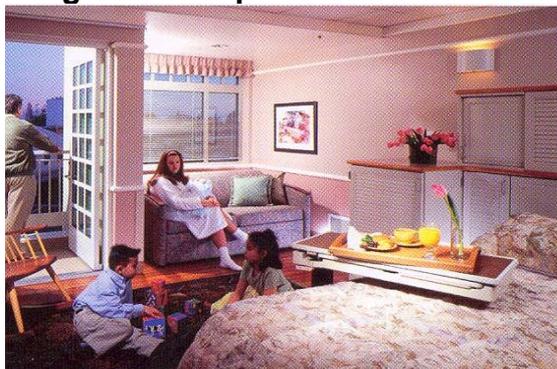
O *Design* Baseado em Evidências, assim como a medicina e o gerenciamento baseado em evidências, origina-se da premissa de usar melhor e de forma mais plena a lógica e os fatos reais, o que permite às pessoas realizar melhor seu trabalho. Fundamenta-se na convicção de que, se deve enfrentar a dura realidade sobre o que funciona ou não, entender como meias verdades perigosas grande parte da sabedoria convencional e descartar os absurdos totais que normalmente são aceitos como o conselho perfeito (PFEFFER, SUTTON, 2006, p. 14).

O *Design* Baseado em Evidências requer uma mentalidade com dois componentes cruciais: primeiro, a disposição para colocar de lado a crença e a sabedoria convencional e agir de acordo com os fatos; segundo, um componente implacável para reunir as constatações e as informações necessárias para tomar decisões mais coerentes e inteligentes e acompanhar o ritmo da nova evidência, bem como usá-la para atualizar as práticas (PFEFFER, SUTTON, 2006, p.15).

Nessas pesquisas realizadas, os pacientes foram distribuídos em unidades antigas e em unidades de internação já reformadas no hospital, de forma aleatória, e em seguida, foi medida a contribuição do espaço para a recuperação do paciente (SOUZA, 2006, p.15-16).

Com um paciente num ambiente bem estruturado se reduzem o consumo de medicamentos, seu tempo de permanência de internação e a necessidade de chamados de enfermagem. Segundo Guelli “a Universidade de Stanford comprovou há mais de 15 anos, que o estímulo do paciente é importante. O objetivo é mexer com sua emoção, contribuindo para sua recuperação”.

Figura 21 – Apartamento do Paciente



Fonte: YEE, *Sutter Maternity and Surgery Center Santa Cruz, Califórnia*, 2004, p.230.

Isto vai significar uma nova visão, transformando o hospital num lugar que abrigue o espírito humano e suporte o paciente e sua família, para ajudá-los positivamente, criando uma dimensão que transcenda a doença (figura 21).

Um projeto de arquitetura está associado a dois conceitos: forma e programa. “Forma, em arquitetura, é a configuração dada à matéria com a finalidade de obter um objeto individualizado” (COLIN, 2000, p.51-52). É o que se apresenta aos sentidos, antes de qualquer reflexão; podemos ver e tocar: silhueta, massa, cor textura, luz e sombra, cheios e vazios. Podemos observar a relação do edifício de fora, com suas interfaces e relações com o meio ambiente ou de dentro, considerando-o em relação à escala humana. O programa está associado à função do edifício. O conjunto dos diferentes ambientes do local constitui o programa do edifício (RICCA, 2006, p.28).

Para Costa, arquitetura é definida como: “construção concebida com a intenção de organizar plasticamente o espaço em função de uma determinada época, um determinado meio, uma determinada técnica e um determinado programa” (1995 p.246).

Intenção plástica é o que distingue arquitetura de construção; a arquitetura como arte plástica nos mostra que sempre há uma margem de escolha entre os limites determinados pelo meio físico e social, pela técnica e pelo programa (RICCA, 2006, p.28).

O arquiteto deve interpretar os desejos de seu cliente, do dono do negócio ou do investidor do projeto, atendendo às expectativas de quem trabalha nos diferentes locais, pois são muitas as necessidades a serem atendidas. E, ainda, deve vislumbrar os futuros desejos de seus ocupantes, os pacientes que procuram o atendimento hospitalar.

Embora o foco principal do hospital seja o tratamento e assistência prestada aos clientes, para a manutenção de sua competitividade na área da saúde é necessário apresentar um serviço diferenciado que agregue valor a este cliente, sendo para isso preciso investir em serviços “que envolvam valores, modelos e ações que dizem respeito ao receber humano” (CAMARGO, 2004, p.8).

Quando as pessoas procuram o hospital, quase sempre estão assustadas e cheias de preocupações, pois sua vida, seu bem mais precioso, está ameaçado. Além disso, há a troca de ambientes conhecidos, como casa e trabalho, convívio familiar e de amigos por um ambiente desconhecido e até assustador, onde se

chega a perder a identidade, pois muitas vezes as pessoas são tratadas pela patologia que possuem, em detrimento do nome. (DIAS, 2005, p.10).

A arquitetura hospitalar pode contribuir para minimizar esse impacto que o cliente sofre ao adentrar no hospital, por meio da criação de espaços mais humanos, que se pareçam mais com hotéis ou com as próprias casas dos clientes, modificando a idéia de que o hospital é apenas um local hostil (Figura 22).

Figura 22 – Recepção



Fonte: YEE, *Little Company of Mary Hospital Hannon Tower, Califórnia*, 2004, p. 232

O cliente pode se sentir confortável ou desconfortável, ter uma sensação de bem-estar ou mal-estar, de aconchego ou de frieza, porque o ambiente físico nunca é neutro; ele emite, o tempo todo, mensagens por meio de códigos para os pacientes, que devem decodificar conforme seu código de emissão e de recepção o que é de seu interesse ou desinteresse, cuidado ou descaso (MEZZOMO, apud FELDMAN, 2003, p.74).

A sensação é um fenômeno psíquico elementar que resulta da ação de estímulos externos sobre os nossos órgãos dos sentidos. Entre o estado psicológico atual e o estímulo exterior há um fator causal e determinante ao qual designamos sensação, portanto, deve haver uma concordância entre as sensações e os estímulos que as produzem. As sensações são aquelas que refletem as propriedades e aspectos de tudo, humanamente perceptível, que se encontra no mundo exterior (BALLONE, 2003, p.1).

2.6. Avaliação do espaço baseado em evidências

Na Inglaterra, em 2002, foi desenvolvido um sistema de avaliação integral denominado *Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit* (AEDET) que utiliza o sistema de avaliação baseado em evidências, verificando a qualidade do espaço quanto à percepção (impacto), a função e a técnica, partindo do princípio que a excelência é atingida na intersecção desses aspectos. (GUELLI, ZUCCHI, 2005, p.47).

Gráfico 5 - Diagrama que apresenta os aspectos avaliados pelo AEDET



Fonte : AEDET (*Achieving Excellent Design Evaluation Toolkit*) – 2002
<http://www.chad.nhsestates.gov.uk>, acessado em 22 de agosto 2005

A categoria funcionalidade trata de questões das funções do edifício: uso, acessibilidade e espaço, como estes três elementos podem facilitar ou inibir as realizações de atividades realizadas dentro do prédio pelas diferentes equipes profissionais, como também ao seu entorno, pelas pessoas que o procuram. O aspecto uso se refere ao modo como o edifício habilita os usuários para desempenhar suas tarefas e operar seus sistemas e instalações no cuidado dado aos seus clientes (Figura 23). Para isso deve ser altamente funcional, flexível e eficiente, com espaços para as atividades e movimentações das pessoas de forma fácil.

Figura 23 – Área de Tratamento: infusão de medicação



Fonte: YEE, *Swedish Medical Center, Cancer Institute, Washington*, 2004, p. 282.

Um exemplo é ter áreas que se complementam próximas umas das outras, como um pronto-socorro com um centro de diagnósticos anexo, permitindo que os pacientes não tenham que se locomover em grandes distâncias e possam ter resolvido seus problemas mais rapidamente. A complementaridade ocorre na área física, quando uma parte se integra a outra com o que lhe falta e tem elementos comuns, o que, neste caso, é o próprio paciente. São avaliados os fluxos de trabalho, logística de materiais, relacionamentos funcionais, flexibilidade, adaptabilidade e segurança.

No item acesso observa-se o modo como os usuários dos edifícios podem ir e vir indagando se as pessoas podem entrar e sair da instituição de saúde de forma fácil e segura, sem correr riscos. A avaliação dos acessos considera os veículos (particulares e ambulâncias), estacionamento, pedestres, deficientes físicos, sinalização clara e em número suficiente que permita às pessoas se locomover e ir a qualquer lugar dentro do prédio sem precisar de ajuda. Assim, estacionamentos, calçadas, rampas e degraus deverão levar em conta as pessoas que utilizam cadeira de rodas, muletas, gestantes, idosos, entre outros. (KOTAKA, 1992. p. 63).

Figura 24 – Entrada do Hospital Infantil

Fonte : YEE, *Phoenix Children's Hospital, Arizona*, 2004, p. 238.

Em relação ao espaço, deve-se verificar se a qualidade da área construída está atendendo seu propósito, permitindo que os usuários e clientes se movam eficientemente de forma que possam avaliar os padrões desses espaços em termos de conforto, segurança e orientação. Na figura 24 verifica-se que quando os clientes chegam têm a possibilidade de se locomover sem precisar de ajuda, pois a sinalização permite que se orientem nos espaços sem precisar de ajuda.

Figura 25 – Quarto do Paciente

Fonte: YEE, *Patient Care Wing SSM Cardinal*, 2005, p. 94.

Na figura 25 o conforto do quarto permite ao paciente sentir-se mais acolhido, pois possui muitos objetos como os que se têm em casa. A visão que a porta

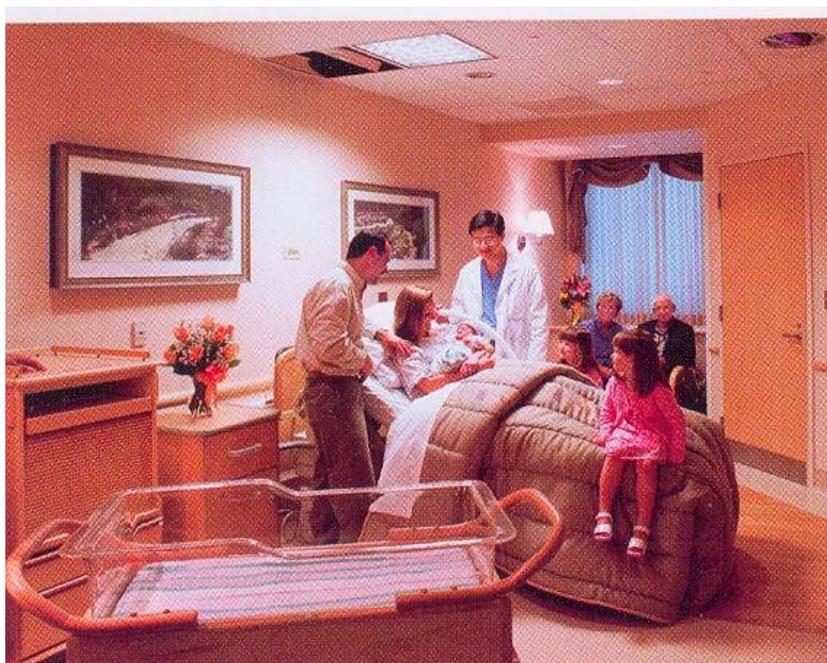
aberta oferece, permite à equipe de profissionais monitorar o quarto à distância, não invadindo a privacidade de quem está internado.

A segunda categoria, o impacto, que ocorre por meio da percepção dos que freqüentam um edifício de saúde, envolve o caráter e a inovação, a satisfação do usuário, o interior do ambiente e a integração urbana e social.

No aspecto caráter e inovação são avaliados o sentido abrangente do edifício, discutindo se o projeto arquitetônico tem clareza e está apropriado a sua proposta, tendo em vista a missão e a visão institucional, inovação, qualidade e o que agrega de valor às pessoas que o utilizam, como cromoterapia, aromaterapia, iluminação direta ou indireta, fluxos livres de barreiras. Essas são algumas das inovações utilizadas para modernizar as estruturas físicas existentes e projetar novas unidades.

A cromoterapia adotada em diferentes ambientes tem o objetivo de contribuir para o bem-estar e maior conforto do paciente. Indivíduos hospedados em ambientes sem cor ficam deprimidos. Em ambientes de curta permanência os arquitetos aconselham cores fortes, como azul e amarelo (figura 26). Nos quartos de cores suaves é possível introduzir motivações cromáticas, como uma poltrona de cor mais vibrante, por exemplo, vermelha (POMPEU, 1997, p.50).

Figura 26 – Apartamento para internação



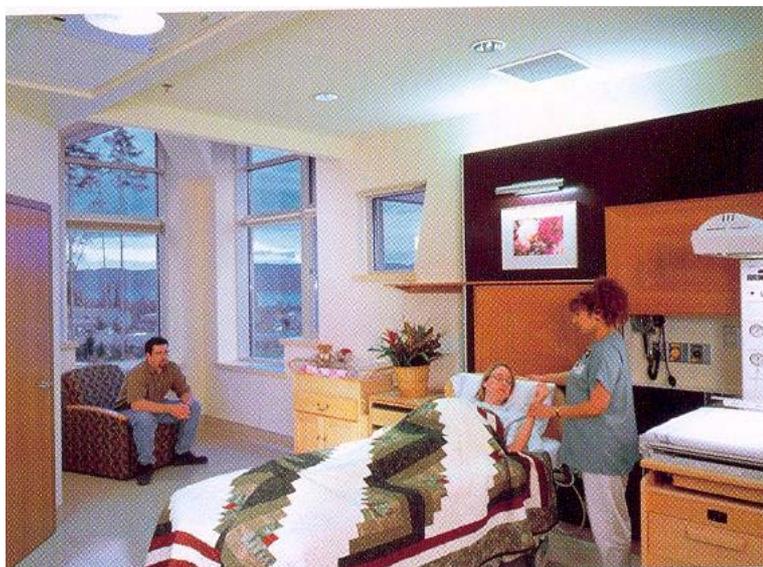
Fonte: YEE, *Little Company of Mary Hospital Hannon Tower, Califórnia*, 2004, p. 232.

Cores são estimulantes e agem sobre as pessoas proporcionando-lhes sensações de bem-estar ou apatia, atividade ou passividade. A influência da cor sobre os homens acontece indiretamente, por meio do efeito fisiológico, alargando espaços ou estreitando-os e, assim, transmitindo sensações de opressão ou liberdade. Diretamente, as cores transmitem impulsos às pessoas. Cores quentes têm efeitos ativos, estimulantes e excitantes. Cores frias têm efeitos passivos, calmantes e introspectivos. (NEUFERT, 2005, p.39).

Sai o cheiro de éter e entram novos odores; o branco dá lugar a outros tons pastéis e, às vezes, até a cores vibrantes; corredores e espaços ganham novas dimensões tornando-se estruturas físicas seguras, onde as pessoas possam se locomover sem bater nos cantos dos móveis, com conforto e sem atrapalhar a terapêutica. Para Miquelin (2006, p.19) o que o arquiteto faz é: “olhar o tempo todo para que as características do ambiente estejam alinhadas aos seus objetivos”.

No aspecto satisfação do usuário é avaliada a natureza do edifício em termos de sua forma e de seus materiais, com ênfase em como o prédio se apresenta para o meio externo, em termos de aparência e organização: cor, textura, composição, escala, propósito, harmonia e qualidade estética. No interior do ambiente são avaliadas as luzes, a vista para os espaços exteriores como jardins, espaços sociais, onde acompanhantes podem se reunir para conversar, disposição interna de mobiliário e áreas afins e a sinalização (figura 27).

Figura 27 – Apartamento do Paciente



Fonte: YEE, *Harrison Siverdale Healthcare, Washington*, 2005, p. 228.

São exemplos disso as venezianas das janelas dos quartos que funcionam com um fechamento por imã, controlando totalmente a entrada da luz, barrando o som externo e mantendo a temperatura do ambiente, independentemente do frio ou calor de fora. Paredes camufladas com painéis que escondem gases, como oxigênio, ar comprimido e vácuo, que permitam atender urgências com mínimas intervenções. Quadros coloridos com diferentes estilos chamam a atenção do paciente, assim como o divã para acompanhantes proporciona ambientes mais aconchegantes, de forma a minimizar, nos clientes, a sensação de estar longe de casa.

Figura 28 - Entrada Principal

Fonte:
YEE, *Sentara
Careplex
Hospital
, Virginia, 2005,*
p.295.

A
integração
urbana e
social trata
do modo
como o
edifício se
relaciona
com seu
entorno,
observando
se
desempenh



a uma função positiva na vizinhança, quer seja urbana, suburbana ou rural. São avaliados: o sentido do lugar, a localização, a vizinhança, o planejamento urbano, a integração da comunidade e a paisagem (figura 28).

Figura 29 – Instituto de Psiquiatria



Fonte: <http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura596.asp>

Sabe-se que o hospital modifica o trânsito da região, pelo volume de caminhões de produtos que são entregues, caminhões de transporte de gases, aumento do fluxo de ambulâncias que, na sua maioria, apresentam barulho de sirene a qualquer momento, ao adentrar no Pronto Socorro, entre outros. Por isso a grande preocupação que a arquitetura possui nos projetos das fachadas, como se vê na figura 29, pois a fachada causa o primeiro impacto a quem procura o hospital.

É necessário lembrar também do impacto ambiental causado pelo volume de resíduos gerados, quer sejam infectante ou não, sem falar nas áreas de efluentes: esgotos, caixa de gordura e outros, além dos resíduos sólidos que são gerados diariamente pelos procedimentos assistenciais realizados, como embalagens de produtos, plásticos, entulho de obras, vidros, papéis etc.

A terceira categoria, técnica, envolve o desempenho, a engenharia e construção dos componentes físicos e dos espaços, considerando o aspecto técnico da construção. Procura respostas para ver se o edifício é uma construção sem defeitos, segura, fácil de operar e se é sustentável, isto é, se foram utilizados

produtos que vieram de empresas que têm preocupação com o meio ambiente e são politicamente responsáveis (como, por exemplo, não fazem utilização da mão-de-obra infantil nos seus processos de trabalho).

No desempenho, avalia-se a “performance” técnica da construção durante sua vida útil, no caso, se os componentes da construção são de boa qualidade e adequados aos propósitos. Alguns exemplos são os pisos antiderrapantes utilizados em banheiros para evitar quedas e amortecer traumas, a utilização da luz do dia com lâmpadas fluorescentes, que permitem uma economia financeira no consumo, calefação, ventilação, acústica e conforto.

O item engenharia preocupa-se com os sistemas de engenharia integrados à arquitetura, como sistemas de emergência (alarmes), segurança de incêndio (escadas pressurizadas, hidrantes, extintores), sistemas de hidráulica (transporte de esgoto por meio de circuito fechado, podendo ser utilizada a pressão de ar, até com o objetivo de economizar água), elétrica (quadros dimensionados de acordo com a demanda de utilização de equipamentos elétricos dos setores, devidamente identificados, em seus disjuntores e tomadas com identificação de voltagem), ar condicionado que atenda à legislação vigente, assim como facilidades na sua conservação (manutenção e limpeza).

A integração de todos os projetos define limites e responsabilidades. Neste caso, o pensamento sistemático pressupõe a capacidade de conseguir observar cada um de seus aspectos de forma abrangente, não perdendo de vista os seus componentes específicos.

A concepção e o dimensionamento de um empreendimento em busca da otimização dos recursos físicos e sua decorrente produtividade deve ocorrer a partir de uma análise e planejamento, levando em conta os objetivos institucionais, os recursos disponíveis, a viabilidade econômica, a incorporação da tecnologia, manutenção e previsão de crescimento (BROSS, 1989, p. 32).

As necessidades técnicas, funcionais e emocionais envolvidas no processo de atenção à saúde devem ser consideradas e estruturadas nesse planejamento. As atividades e procedimentos dos setores e suas relações devem ser reconhecidos por meio de um levantamento de dados, indicadores de produção e satisfação considerando as inter-relações entre diferentes setores e atores, aprofundando o conhecimento das relações entre atenção e os espaços físicos para que os métodos

e instrumentos de avaliação levem ao correto dimensionamento e sua operação ocorra sem ociosidade ou congestionamento, e de forma confortável e eficiente.

Capítulo 3 – Indicadores de hospitalidade

3.1 Hotelaria hospitalar e humanização

Humanização. Este é o novo conceito disseminado entre as empresas do setor de serviços que buscam a liderança ou somente a saúde financeira em um ambiente de negócios cada vez mais disputado. Na década de 90, a palavra de ordem era qualidade, que incentivava a busca do aumento da produtividade por meio de programas que normatizavam processos produtivos e administrativos. Essa também é a finalidade da humanização, só que agora tendo como foco principal o cliente ou os pacientes em instituições hospitalares (COSTEIRA, 2004, p. 78).

Uma nova experiência na implantação de hospitais pode ser observada a partir da criação de uma organização sem fins lucrativos, criada na Califórnia, Estados Unidos, em 1978, por uma paciente insatisfeita com o tratamento pouco humanizado e traumatizante a que foi submetida durante a sua internação, a PLANETREE, onde a combinação de amenidades e o suporte emocional caminhavam lado a lado à assistência com qualidade (COSTEIRA, 2006, p. 1).

Uma característica dos cuidados de saúde é que os clientes usuários ou pacientes são parte integrante do processo de saúde e seu comportamento, juntamente com a técnica e a infra-estrutura são determinantes dos resultados.

As informações e sugestões produzidas pelo cliente, na maioria das vezes são pouco valorizadas pelos profissionais e pela instituição, pois, por não ser um consumidor comum, diante de serviços que desconhece tem dificuldade de avaliar os procedimentos técnicos e a adequação do serviço recebido às suas necessidades.

Ele aprende, continuamente, à custa de experiências, às vezes penosas e da socialização do saber, a distinguir o que lhe convém realmente, a partir do que lhe é oferecido como sendo bom.

A informação produzida por clientes usuários é um modo de se conhecer a aceitabilidade e a legitimidade da intervenção, nos diferentes contextos sociais.

A qualidade do serviço só pode ser definida em termos de quem avalia e a principal dificuldade em definir essa qualidade está na nova versão das necessidades dos pacientes em características mensuráveis, de forma que esta possa ser projetada e modificada para dar satisfação por um preço que o cliente pague (DEMING, apud LIMA 2005, p. 130).

A introdução do conceito de satisfação de diferentes clientes faz emergir conflitos sobre as prioridades das organizações, pois não é possível satisfazer igualmente a todos por todo o tempo. (MALIK, apud LIMA, 2005, p.56).

Para Urdan (apud CUNHA, 2001, p.312), “a qualidade dos serviços de cuidado à saúde compreende dois domínios, o técnico e o interpessoal”. Os pacientes conhecem pouco sobre os aspectos técnicos, mas não têm dificuldade de avaliar o lado interpessoal. O domínio técnico abrange a aplicação da ciência e da tecnologia na administração da assistência. O interpessoal refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os diferentes profissionais.

A avaliação da qualidade técnica se dá por meio do cuidado indireto: interesse e preocupação que as equipes demonstram. A avaliação da qualidade interpessoal se dá sob as condições de como a assistência é prestada e a maneira como é tratado o paciente. (CUNHA, 2005, p.312).

3.2. Humanização e acolhimento

A abordagem do espaço arquitetônico como propiciador do bem-estar físico e emocional de seus usuários tem merecido crescente valorização nos processos de planejamento em saúde. O conceito de humanização do atendimento tem sido largamente aplicado nos mais recentes projetos em arquitetura da saúde, apresentando este novo foco centrado no cliente como, por exemplo, em enfermarias de maternidade a prática do alojamento conjunto de mãe e filho, além da presença de um acompanhante durante as internações, são consideradas ações positivas na opinião dos usuários e profissionais da saúde. Outro exemplo de prática de humanização é a possibilidade de um acompanhante no momento do parto, dentro da sala no centro obstétrico.

Segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – (PNHAH):

Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde. Humanizar é aceitar essa necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto de aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites (www.saude.sc.gov, 2001).

Este programa de Política Nacional de Humanização foi iniciado a partir da noção que o Sistema Único de Saúde (SUS) necessitava passar por um processo de humanização para cumprir, na íntegra, os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade que integram a Constituição Brasileira (TOLEDO, 2006, p. 1). Neste programa:

O “acolhimento” significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária. (SOLLA, 2005, p.495)

Propostas que visam incorporar o acolhimento e o vínculo entre clientes e profissionais, têm contribuído para diminuir a desumanização do atendimento principalmente pelo aumento da tecnologia (SOLLA, 2005, p.495).

Podemos considerar um exemplo atual observando-se que a enfermagem já não se aproxima tanto do leito dos pacientes, como antes para aferir os sinais vitais (pressão arterial, respiração, oxigenação). Equipamentos ligados ao cliente aferem a cada minuto estes parâmetros mostrando, em gráfico, a evolução numa central que pode estar distante, sem necessidade de ir até ao leito.

Silva Júnior e Mascarenhas desenvolvendo aspectos conceituais e metodológicos da avaliação da atenção básica em saúde identificam quatro dimensões do “acolhimento”:

“acesso” - geográfico e organizacional ; “postura”- escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe; “técnica”- trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas; “reorientação de serviços”- projeto institucional, supervisão e processo de trabalho.

Acolhimento pressupõe uma atitude por parte dos profissionais na recepção dos clientes escutando, de forma humanizada, suas queixas, e solidarizando-se com seu sofrimento construindo, desta forma, relações de confiança e apoio por meio da identificação de seus problemas e intervenções resolutivas (SOLLA, 2005, p. 495-496).

Como a organização de serviços, o acolhimento detém uma proposta, um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto

dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos até os conteúdos programáticos e metodológicos da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto, tem destaque a supervisão, considerada importante no modo de organização de serviços no acompanhamento do cotidiano do trabalho. Esse quadro implica reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde. Em relação à dimensão relativa ao acesso estes autores a definem como a entrada potencial ou real de dado grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde (SILVA, MASCARENHAS, 2004, p.246).

Como etapa do conjunto do processo de trabalho o acolhimento pode evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários (portadores de necessidades especiais) estão submetidos (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999, p. 346).

Compreende-se acolhimento como um processo que se inicia antes do cliente entrar na instituição de saúde, uma vez que ele se estrutura para o atendimento definindo espaços específicos, para atender as necessidades que são expressas pelo cliente, isto é, atender as necessidades de saúde.(MATUMOTO, 1998, p.17 apud CAMELO, 2000, p. 32).

O início do acolhimento acontece na recepção, com espaços que atendam às demandas, que precisam ser atendidas de forma rápida e eficiente. A porta de entrada, do ponto de vista dos usuários, é o espaço que deve ser o mais eficaz, em resolutividade, pois condensa os atendimentos que não podem esperar, por isso, muitas vezes, é um espaço de conflitualidade entre os pacientes, acompanhantes e os profissionais da saúde (MACHADO, 2003, p. 3-5). O conflito é decorrente das diferenças e antagonismos de expectativas entre esses dois personagens, o que forma uma barreira invisível nestes relacionamentos. Machado denomina de circulação negativa de reciprocidade as formas de prestígio a serem trocadas como dádivas entre profissionais e clientes.

Dos profissionais, esperam-se os dons da atenção, escuta, cuidado e procedimentos curativos (medicação, exames, curativos e outros) e dos pacientes esperam-se os dons de atenção, fala, gratidão e os atos de adesão aos procedimentos de cura. Ambos compartilham e participam da mesma definição do que esperar uns dos outros. Se os dons esperados diferem, podem ser entendidos como formas de prestígio. A forma de circulação positiva da reciprocidade das formas de prestígio esperadas se dá quando o testemunho dos clientes se

presentifica em agradecimentos, ou mesmo em mensagens de reconhecimento pelo recebido, onde se identifica o profissional pelo nome. É na área de pronto-socorro onde circulam dádivas recíprocas entre usuários e profissionais, que deve existir, por parte da instituição de saúde, uma maior preocupação para com o espaço físico.

A estrutura física com ambientes adequados para as diversas ações a serem executadas e locais de espera amplos, bem ventilados e iluminados construídos com projetos que atendam as particularidades de acolhimento de diferentes pacientes.

Pode-se concluir que o acolhimento compreende uma postura do profissional de saúde frente ao usuário além de uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho, de espaço e de uma política de saúde voltada para este foco. (SOLLA, 2005, p.501).

O desenvolvimento tecnológico do século XX demonstrou que o edifício hospitalar precisava abrigar convenientemente e incorporar, de forma contínua, os inesgotáveis equipamentos para investigação de diagnóstico e terapêutica (SANTOS, BURSZTYN, 2004, p.13).

O custo dessa tecnologia sempre crescente começou a criar restrições de acesso; o envelhecimento da população intensifica a prevalência das doenças crônicas degenerativas, aumentando a demanda por essa tecnologia, além de exigir pessoal altamente especializado. O reflexo disso na arquitetura e na organização dos espaços hospitalares ocorre nas soluções que privilegiam a supervisão e observação de enfermagem em detrimento da privacidade do paciente.

Ao contrário da sensação de desconforto, a sensação de conforto ambiental não é fácil de ser percebida, pois é resultado da harmonia de vários condicionantes ambientais: acústicos, visuais, higrotérmicos, entre outros, propiciando a integração do homem (paciente) ao meio ambiente (BITENCOURT, 2004, apud ILDA, 2004, p. 29). As sensações objetivas para cada indivíduo apresentam duas dimensões de abrangência, conforme estabelecido na RDC - 50 (2002): a endógena e a exógena. A primeira considera o edifício a partir da sua finalidade de criar condições sem riscos para os pacientes e a segunda o impacto que a construção poderá causar no meio ambiente e na comunidade onde está inserida.

A abordagem do espaço arquitetônico como propiciador do bem-estar físico e emocional de seus usuários tem sido aplicada nos projetos mais recentes de arquitetura da saúde, representando um novo enfoque centrado no paciente, onde este passa a ser entendido de forma holística, como parte de um contexto, e não um

conjunto de sintomas e patologias a serem estudados pelos profissionais de saúde (FONTES, 2004, p. 59).

Neste panorama, novas diretrizes precisam ser adotadas para os projetos dos estabelecimentos de atenção à saúde que atendam à verdadeira promoção da saúde e implantação centradas na figura do paciente, proporcionando ambientes que cumpram o papel de prestação de cuidados, agregando qualidade e um verdadeiro senso de humanismo, incorporando em seus projetos flexibilidade, trazendo para seus espaços os signos e os valores que encontramos em nossas casas como um suporte emocional para o tempo de internação hospitalar (COSTEIRA, 2004, p. 78-79).

Do ponto de vista da arquitetura, os ambientes devem referenciar-se na busca da individualidade e aconchego, proporcionando liberdade de movimento com valorização dos espaços de conveniência e acolhimento, promovendo a privacidade e o respeito à dignidade, onde o paciente possa reconhecer os valores presentes no seu cotidiano.

O desafio do arquiteto é dar a esses espaços conotação de acolhimento e familiaridade, estabelecendo, ao lado da adequação funcional de seus espaços e fluxos, dados de luz, cor, textura, conforto acústico e climático, além do sentido estético que remeta o paciente a sensações de acolhimento, segurança e conforto psicológico que são elementos de hospitalidade.

A hospitalidade pressupõe acolhimento. Acolher é permitir, sob certas condições, a inclusão do outro no próprio espaço (SEYDOUX, 1983, apud GRINOVER, 2005, p.26).

O acolhimento, reminiscência da antiga hospitalidade adaptada à hospitalidade moderna é:

O conjunto dos comportamentos, das políticas e das técnicas praticadas para ter bom êxito na aproximação do turista (hóspede), no sentido de uma relação humana de qualidade, com o objetivo de satisfazer sua curiosidade, suas necessidades, gostos e aspirações, na perspectiva de desenvolver um encontro de trocas, de modo a estimular o conhecimento, a tolerância e a compreensão entre os seres humanos. (SEYDOUX, 1983, apud GRINOVER, 2005, p.26).

Acolher o paciente é dotar os ambientes de elementos de acessibilidade permitindo que todos tenham livre acesso a todas as áreas (GRINOVER, 2003, p. 55). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 10%

da população dos países em desenvolvimento é constituída por pessoas portadoras de deficiência: cerca de 6 milhões de pessoas no planeta. No Brasil, o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que esse contingente corresponda a quase 15% da população: em torno de 25 milhões de pessoas, sendo 1,5 milhões só na cidade de São Paulo, muitos deles devido à acidentes de trânsito e pela violência.

Investir em acessibilidade é garantir o direito de ir e vir com autonomia e independência a toda a população, inclusive às pessoas com mobilidade reduzida, proporcionando igualdade de oportunidades aos espaços, permitindo seu fortalecimento social. Cabe à arquitetura projetar espaços livres de barreiras (decreto lei 5.296 de 2 de dezembro de 2004) possibilitando e dando condições para utilização com segurança e autonomia desses espaços, de seus mobiliários e equipamentos (Norma Brasileira NBR 9050, 1994). Podemos dizer, então, que um objeto acessível é aquele que pode ser alcançado para uso, seguro e autônomo, não sendo mais só uma questão de acessibilidade, e sim de usabilidade (NICHOLL, 2001, p. 50).

Nas últimas décadas, o aumento de expectativa de vida ocasiona um número cada vez maior de idosos a requerer cuidados com doenças crônicas e mais qualidade para os anos que se somam e que podem continuar a ser produtivos, sem restrições e barreiras físicas que limitem o gozo.

Neste contexto, novas diretrizes precisam ser adotadas para os projetos de estabelecimentos de atenção à saúde, com a mudança do atual modelo para um novo, que atenda à verdadeira promoção da saúde, e com projeto e implantação centrados na figura do paciente, proporcionando, em seus ambientes, o desenvolvimento de atividades que poderão cumprir seu papel de prestação de cuidados para a cura de enfermidades, agregando qualidade e um verdadeiro senso de humanismo no contato com os clientes.

Outro elemento da hospitalidade citado por Grinover (2005, p. 36) é a legibilidade, entendida pela qualidade visual de oferta de informações, sinalização conveniente e facilidade nos fluxos, desde as “portas de entrada” representadas pelos ambientes de espera acolhedores, recepção e consultórios (COELHO, 2004, p. 48, COSTEIRA, 2004, p. 88), conforme figura 30.

Figura 30 – Porta de Entrada do Hospital Bosch em Campinas



Fonte: www.arcoweb.com.br , 2006, p.72

3.3.Espaços e hospitalidade

Historicamente nos hospitais, a beneficência foi substituída pelo assalariado, que é a profissionalização por uma competência técnica. A equipe de enfermagem conservou uma parte importante do que se denomina “qualidade humana” no seu vínculo com os pacientes, em muitos locais, principalmente onde se encontram pacientes crônicos e em estado terminal, sem mais nada a ser feito a não ser garantir todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, numa perspectiva de uma assistência integral e digna, com todos os cuidados assegurando-lhes conforto físico, psíquico, social e espiritual.

Este vínculo nunca foi abandonado em favor da relação salarial na história do serviço de enfermagem; quando nada mais há a fazer o apoio moral é, sem dúvida, a única coisa que pode ser feita; neste caso, há a responsabilidade dos vínculos, os quais, para a enfermagem são únicos e, para quem se presta a assistência também é únicos (GODBOUT, 1999, p.90).

Na perspectiva da dádiva, pode-se imaginar a enfermagem como uma rede constituída da soma das relações únicas de cada membro da equipe com os pacientes que estão sob sua responsabilidade de cuidados; muitas vezes não há retorno material e algumas atividades situam-se fora do mundo do seu trabalho e, portanto, fora da ruptura criada pela relação salarial. E esta fica sempre perto do vínculo social, sendo a relação da dádiva, antes de tudo, um fenômeno de reciprocidade (GODBOUT, 1999, p.43).

Reciprocidade que não ocorre no sentido mercantil do termo, mas num retorno maior que a dádiva, pois é um ato que proporciona uma satisfação inacessível em outras profissões e o prazer do reconhecimento do trabalho realizado não deixa de ser uma retribuição.

Pensar em ambiente está na memória da profissão de Enfermagem, pois foi Florence Nightingale, precursora da Enfermagem que se preocupou com o ambiente em que os pacientes estavam durante a Guerra da Criméia, em 1854, quando mais de mil homens encheram um hospital que não tinha leitos, nem outro móvel qualquer, ficando os doentes no chão. O lugar era sujo, insalubre e sua planta física absolutamente incompatível para ser adaptada a um hospital. Embaixo do prédio havia canos de esgoto e bueiros com água estagnada, por meio dos quais o vento soprava ar fétido para o encanamento dos numerosos banheiros abertos para os corredores e enfermarias (BASSI, 1999, p. 43-45).

Para ela o ambiente que restaura a saúde é aquele que oferece as melhores condições para que a natureza exerça a sua cura, auxiliada pelos diferentes profissionais. A circulação de ar não deveria ser apenas adequada, mas agradável; os ruídos deveriam ser suavizados (sons e barulhos), a iluminação não podia incomodar os pacientes, pois o ambiente é o local onde se faz as trocas com os clientes, com os demais integrantes das equipes de saúde e mesmo conosco.(FIGUEIREDO, 2003, p. 108).

Como vimos no primeiro capítulo a palavra hospital deriva do termo “hospitalitas”, que significa ato de acolher, hospedar, boa acolhida, tratamento cortês e afável (DIAS, 2002, p.98-99), presente ao longo da história da humanidade nas organizações sociais das mais diversas.

O avanço da informação, o ritmo acelerado das mudanças e a globalização são características que fazem com que as instituições de saúde de qualquer natureza, filantrópica, governamental ou privada busquem uma vantagem para se destacar e se adaptar à realidade do mercado, em que a competitividade aliada às exigências cada vez maiores dos clientes, aumenta a busca pela qualidade, procurando novas abordagens de gestão, em que se torna necessário explorar novas possibilidades para dispensar aos pacientes: físico-estruturais e humanas.

O único modo de resolver o problema é aumentar o valor gerado para o paciente, que deve ser adequado para conseguir melhores resultados por custos

menores, que é feito pela competição baseada em valores (FÉRES apud PORTER, 2006, p.6-10).

A orientação considerando-se o usuário como alguém que se deve servir e satisfazer as necessidades básicas (cura) e específicas (personalização) introduz medidas que levam à questão da hospitalidade. Qualquer estabelecimento de saúde oferece uma hospitalidade comercial, pois recebem doentes, fornece internação (hospedagem), tratamento e alimentação, mediante pagamento, quer seja via convênio particular ou via sistema único de saúde.

Na hospitalidade comercial, a troca monetária depende dos limites de satisfação dos hóspedes (pacientes) que vão causar impacto na condução dessa hospitalidade com reduzido senso de reciprocidade e obrigação mútua. Para o hospital a hospitalidade deve assegurar a satisfação do hóspede, limitar o número de reclamações, procurando conquistar a fidelização dos clientes (LASHLEY, 2004, p.19).

A função básica da hospitalidade é estabelecer relacionamentos ou promover um relacionamento já existente. Os atos são um processo de troca de serviços, tanto materiais quanto simbólicos entre os que dão hospitalidade (hospital e seus profissionais) e os que a recebem (pacientes, acompanhantes, visitantes). (SELWYN, 2004, p. 26).

Para Mauss (1924 apud CAILLÉ, 2002, p.9) “a tríplice obrigação de dar, receber e retribuir constitui o universo sócio-antropológico sobre o qual foram construídas as sociedades antigas e tradicionais”. A definição sociológica do dom, dada por Caillé é; “toda a prestação de serviços ou de bens efetuada sem garantias de retribuição, com o intuito de criar, manter ou reconstruir o vínculo social”.

Ao cuidar, os profissionais envolvidos não esperam retribuição do trabalho realizado no processo da assistência prestada.

Por ser um processo de troca bidirecional, a hospitalidade envolve tanto a provisão de produtos materiais, como a forma das acomodações. Na definição de Tidemam (1983, apud BROTHERTON, WOOD, 2004, p.194), hospitalidade é:

O método de produção pelo qual as necessidades do hóspede são satisfeitas ao máximo, significando a oferta de bens e serviços em quantidade e qualidade desejada pelo hóspede e a um preço que seja aceitável para ele, de modo que sinta que o produto vale o quanto custa.

Diferentemente dos hotéis, onde há busca pela privacidade, a internação hospitalar faz com que os usuários desejem o que não têm ou não podem manter consigo em seu período de afastamento do lar. Para Gotman, apud WADA (2003, p.62) (2001, p.493) “a hospitalidade é um processo de agregação do outro à comunidade”. O fornecimento de algo pessoal, que lembre o ambiente familiar, resgatando sensações do acolhimento doméstico, ou, então, que possibilite a prática da liberdade de escolha ao comer, vestir, dormir, representam uma hospitalidade que auxilia na cura, por meio da individualização dos serviços.

Muitas vezes o paciente ao se internar é despido de suas roupas, utilizando as do hospital, se alimenta em horários pré-estabelecidos pela rotina do serviço, e tem de fazer sua higiene corporal em períodos nos quais haja roupa na instituição. Também é a rotina que determina o horário que deve dormir.

Cassee e Reuland (1983 apud BROTHERTON, WOOD, 2004, p.196) definem hospitalidade comercial como “uma mistura harmoniosa de comida, bebida e ou abrigo, um ambiente físico, bem como o comportamento das pessoas envolvidas”.

É a hospitalidade que transforma o estranho em hóspede. “O cliente espera que o acolhedor, aquele que o hospeda, faça tudo para protegê-lo, mesmo se ele está fora do local onde está hospedado” (AVENA, 2002 apud GIDRA, e DIAS, 2004, p.127).

O hospital é uma das empresas mais complexas para ser administrado, por envolver relações de alta tecnologia, especializadas atuações profissionais, além de ter como o seu ocupante principal, um ser fragilizado, carente de relações humanas (SAMPAIO, 2005, p.108).

Planejar recursos físicos não deve ser feito sob uma perspectiva imediatista, mas numa visão de longo alcance e com reflexão de longo prazo, já que os recursos financeiros utilizados são quantias de grande valor. Planejar sempre se refere ao futuro, prevendo a evolução de um fenômeno ou a tentativa de se precaver contra prováveis problemas. “A hospitalidade implica organização e ordenamento de espaços e exige a observação das regras e dos usos nesses lugares” (GRINOVER, 2005, p.28-29).

Essas regras devem ser vistas e preservadas por meio dos princípios da hospitalidade assegurando a todos os cidadãos o acesso a equipamentos e serviços. Para Godbout (1999 apud GRINOVER, 2005, p.30). “A hospitalidade é um

dom do espaço: espaço a ser lido, atravessado ou contemplado de toda maneira, um espaço planejado”. Hospitais procuram se identificar nos seus espaços onde estão localizados e querem ser identificados pelas comunidades que os rodeiam: “oferecer e receber informações é um mecanismo de hospitalidade” (GRINOVER, 2005, p.30).

Para Di Meo (2000, apud GRINOVER, 2005, p.30) “o espaço reúne três dimensões: o conjunto de lugares freqüentados pelas pessoas (o próprio espaço da vida), as inter-relações sociais que ocorrem neles e os valores psicológicos que são projetados e percebidos”. Nas instituições de saúde, os pacientes ficam constantemente interagindo com diferentes profissionais de saúde em diferentes espaços, já que ao precisarem de exames, cirurgias ou mesmo cuidados especiais, são transferidos para outros espaços no próprio hospital, que são completamente diferentes uns dos outros.

3.4. Indicadores de hospitalidade nos espaços

A hospitalidade é de fato um dom de espaço (GODBOUT, apud GOTMAN, 1997, p.16). Espaço para “habitar, atravessar ou contemplar” (RAFFESTIN, apud GOTMAN, 1997, p. 16) e “sua qualidade de superfície, acessibilidade, conforto, estética e historicidade”. Hervé Le Brás (apud GOTMAN, 1997, p. 16) chamou-a de “hospitalidade inerte”, a de lugares e não de pessoas, que traduz a idéia de uma “capacidade imanente do espaço de produzir a hospitalidade quando esta é resultado de relações sociais” de hóspede chegando (no caso o paciente) inserido no espaço hospitalar.

A hospitalidade gera um sistema duplo de fronteiras. Fronteiras internas que regulam o uso do espaço compartilhado, como o espaço da recepção, onde há colaboradores (receptionistas e vigilantes) e pacientes com seus acompanhantes, sentados na sala de espera aguardando atendimento para abertura de ficha ou simplesmente ser chamado para atendimento médico. E, fronteiras externas que limitam espaços proibidos no hospital, os pacientes não são autorizados a ficar no espaço do posto de enfermagem, por exemplo, área onde diferentes profissionais de saúde utilizam para realizar a parte burocrática de seu trabalho (preenchimento de prontuário do paciente, registro de prescrição médica, de enfermagem, de nutrição ou mesmo dos fisioterapeutas).

Para Gotman, receber significa “dar hospitalidade e também receber alguém e ser receptivo é o primeiro passo do acolhimento”.

Os indicadores ambientais são instrumentos para orientar um caminho a seguir, uma meta a alcançar, lembrando que todo o projeto de transformação ou de desenvolvimento deve gerar informações que permitam criar instrumentos de medição.(GRINOVER, 2003, p.49).

A medição dos processos compreende as seguintes ações: determinar os critérios de medição; estabelecer o sistema de medição, medir o desempenho realizado; avaliar e reportar o desempenho realizado.

Um indicador é um instrumento criado e utilizado para conhecer os aspectos da realidade que interessam a uma sociedade. Devem dar conta de situações estáticas como também de processos de mudança que não são simplesmente variações lineares de variáveis que atuam independentemente, mas de outras variáveis também: acumulação e mudança não são a mesma coisa, o dinâmico e o sucessivo não são sinônimos (GRINOVER, 2003, p.49).

Para efeito desta pesquisa utilizou-se as 3 dimensões fundamentais de hospitalidade dos espaços proposta por Grinover: a acessibilidade, a legibilidade e a identidade. O cliente quando chega a um hospital é submetido a um sem número de percepções, de situações que, na maioria das vezes, são extremamente estressantes. Essas são impostas por elementos tangíveis e intangíveis que o envolvem e que podem ser considerados como hospitaleiros ou não, o espaço pode ser considerado inimigo ou amigo dependendo do tempo que se necessita de adaptação ao mesmo.

Para Raymond (1997, apud GRINOVER, 2007, p.125), “a hospitalidade pressupõe a entrada, a inclusão daquele hóspede em um sistema organizado, como modalidade de funcionamento existente”. Como a hospitalidade é considerada uma qualidade social, implica em uma organização, um ordenamento de lugares e, conseqüentemente, a observação das regras de uso desses lugares.

No caso do hospital, as regras de uso de alguns setores são restritas aos usuários (pacientes e acompanhantes) como o centro cirúrgico, onde o paciente só entra se for realizar algum procedimento. Ainda no próprio centro cirúrgico só é autorizada a entrada de funcionários de outros locais, mediante autorização da responsável pelo setor e mesmo assim é exigida a troca de uniforme, por ser considerada uma área privativa.

Regras observadas por meio dos princípios de hospitalidade, asseguram a todos o acesso a equipamentos e serviços do hospital.

Figura 31: Marquise da portaria central do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo



Fonte: www.arcoweb.com.br, 10/2006.

Figura 32: Saguão central do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo.



Fonte: : www.arcoweb.com.br 10/2006.

A porta de entrada de um hospital (figura 31) é representada pelos ambientes de espera (figura 32), recepção e salas de atendimento (consultórios). Os clientes, ao chegarem, dirigem-se ao balcão de atendimento, onde é aberta uma ficha de atendimento, e é solicitado que aguardem, na sala de espera, a chamada pelo nome para o primeiro atendimento, que é a aferição do controle dos sinais vitais (figura 33).

Figura 33: Recepção Central do Hospital Beneficência Portuguesa. São Paulo.



Fonte: www.arcoweb.com.br , 10/2006.

A seguir, o cliente é orientado a aguardar numa outra sala de espera, o atendimento médico que pode, ou não, demorar, dependendo do número de pacientes e de médicos existentes. Ambas as salas de espera possuem cadeiras estofadas e um televisor para distrair e tornar mais agradável o tempo de espera dos pacientes e acompanhantes.

As regras de uso devem ser observadas por meio dos princípios da hospitalidade, como, por exemplo, assegurar a todos os pacientes, clientes, quer sejam externos ou internos ao hospital, acesso a todos os serviços que a instituição tem a oferecer. Essas regras provocam, ainda, relações entre todos os profissionais, bem como, entre esses, pacientes e seus acompanhantes, em razão do atendimento que recebem.

3.5. A acessibilidade no hospital

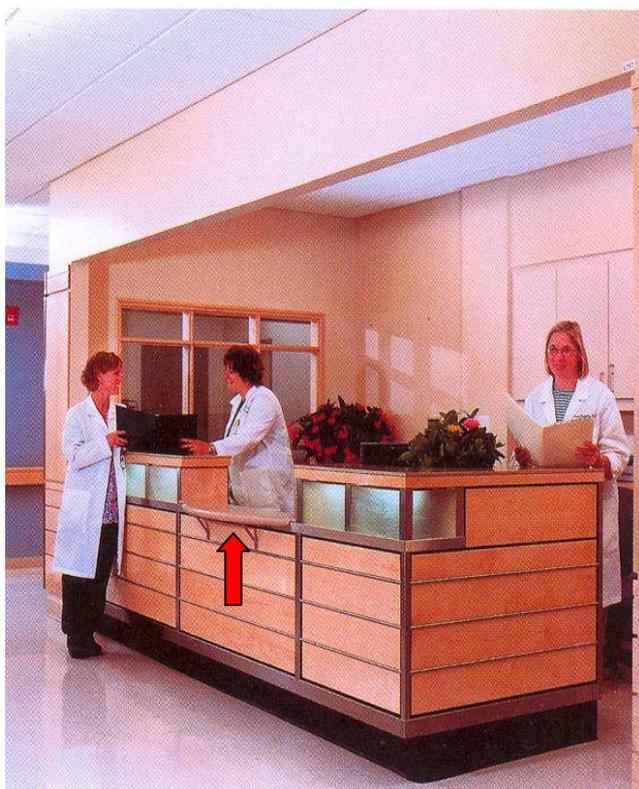
Vê-se, freqüentemente, em todas as áreas do hospital, a circulação de pessoas com dificuldades de locomoção (como idosos, deficientes físicos, pessoas debilitadas ou feridas), conduzidas em cadeiras de rodas ou macas, carrinhos de apoio (como os de limpeza, emergência, alimentos, medicamentos, materiais) e equipamentos médicos transportáveis (como aparelhos de radiografia, ecografia, cardiografia), entre outros (KOTAKA, FAVERO, 1998, p. 21-22).

A norma Brasileira NBR 9050-1994 adota a seguinte definição de acessibilidade: “possibilidade e alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos”, devendo proporcionar igualdade de oportunidades aos usuários do sistema de saúde.

A acessibilidade pode ser considerada como a possibilidade e condição de alcançar os elementos funcionais do ambiente construído, para assim permitir sua utilização (NICHOLL, 2005, p.2).

Assim, espaço acessível é aquele que pode ser percebido e utilizado em sua totalidade por todas as pessoas, inclusive aqueles com mobilidade reduzida. Um exemplo é o posto de enfermagem que tem, no balcão, uma área mais baixa para ser atendida qualquer pessoa, até cadeirante (figura 34).

Figura 34 – Posto de Enfermagem



Fonte: YEE, *Yale-New Haven Shoreline Medical Center*, 2005, p.47.

Os progressos da medicina têm permitido que cada vez mais pessoas tenham a vida prolongada, acarretando uma profunda mudança no perfil demográfico da sociedade brasileira: pessoas idosas e portadoras de alguma deficiência física já representam uma significativa parcela da população.

A população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira). As mulheres são maioria, 8,9 milhões (62,4%) dos idosos. Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final desse período. Em 2000, segundo o Censo, a população de 60 anos ou mais de idade era de 14.536.029 de pessoas, contra 10.722.705 em 1991. O peso relativo da população idosa no início da década representava 7,3%, enquanto, em 2000, essa proporção atingia 8,6%. Nas últimas décadas do século XX, ocorreram mudanças no âmbito da consciência social e, como consequência, uma maior participação econômica de pessoas que não obedecem aos padrões tradicionalmente utilizados no dimensionamento do ambiente (www.ibge.gov.br).

Em 1980, existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação praticamente dobrou, passando para quase 30 idosos por 100 crianças. A queda da taxa de fecundidade ainda é a principal responsável pela redução do número de crianças, mas a longevidade vem contribuindo progressivamente para o aumento de idosos na população. Um exemplo é o grupo das pessoas de 75 anos ou mais de idade que teve o maior crescimento relativo (49,3%) nos últimos dez anos, em relação ao total da população idosa (www.ibge.gov.br).

No Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens. As diferenças de expectativa de vida entre os sexos mostram: em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos; em 2000, passaram para 55,1%. Portanto, em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos (www.ibge.gov.br).

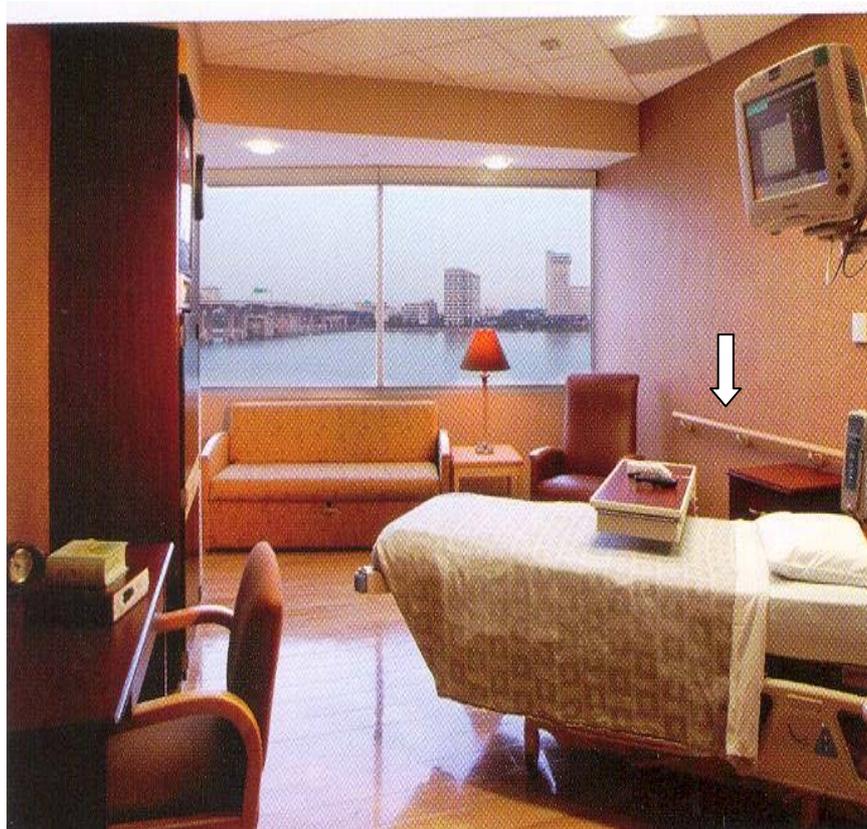
Uma arquitetura inclusiva garante ambientes apropriados para todos. A meta não é só permitir que as pessoas possam utilizar as dependências do hospital no sentido absoluto de locomoção, mas que possam usá-lo de maneira independente. Isto significa que os clientes possam abrir as portas sem precisar de ajuda de outras pessoas, alcançando as maçanetas, que possam usar os elevadores sozinhos, independentemente de serem pessoas altas ou pessoas baixas e, se utilizarem ou não cadeira de rodas, muletas, ou ter alguma deficiência visual. Todos devem poder percorrer e utilizar todas as instalações dentro do hospital.

No Brasil, a norma NBR 9050 “atendendo aos preceitos de desenho universal” (ABNT 1994, 1.2. apud NICHOLL, 2005.p.3) estabelece como padrão

projetar para “atender à maior gama de variações possíveis das características antropométricas e sensoriais da população”.

Projetos hospitalares adaptáveis, que considerem as mudanças fisiológicas, físicas, sensoriais e psíquicas do homem, em todas as fases da vida, produzem boas soluções ambientais, livres de estereótipos e capazes de aumentar a autonomia e independência dos usuários.

Figura 35: Barras de apoio em unidade de internação (quarto)

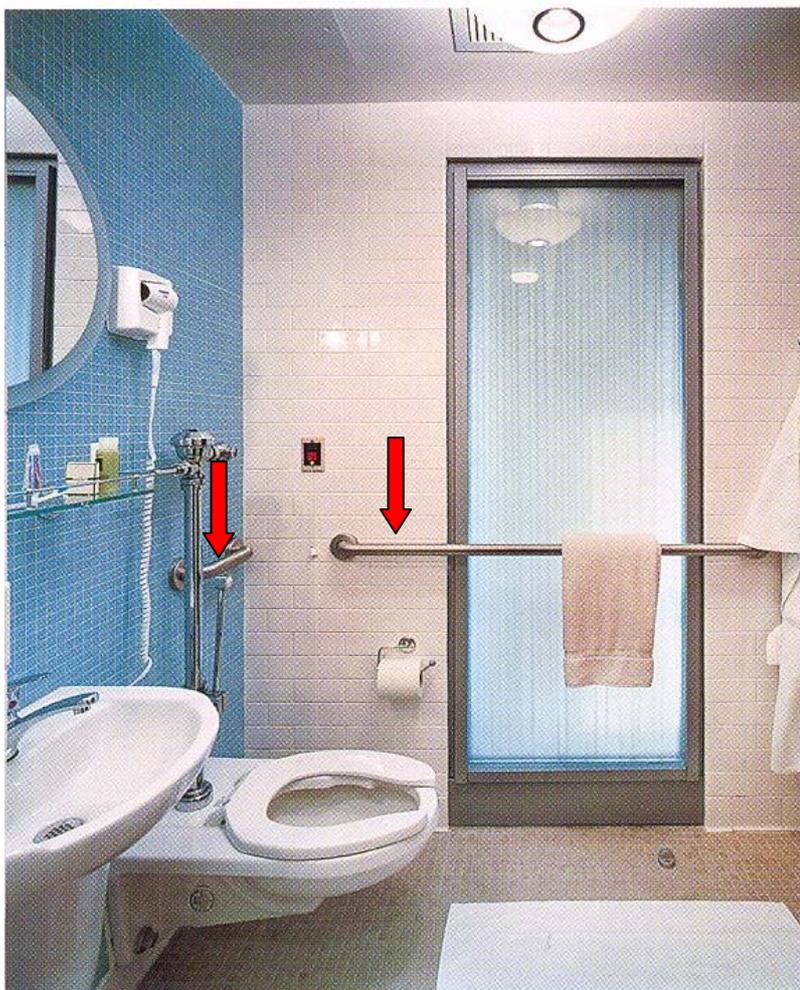


Fonte: YEE, *The Heart Hospital at Baptist, Florida*, 2005, p. 48.

Assim nos dormitórios, há corrimão que circunda toda a parede do quarto permitindo que o paciente não dependa de enfermagem ou acompanhantes para andar (figura 35). Os banheiros também contam com barras de apoio e transferência, que permitem que o cliente se transfira de uma cadeira de rodas para o vaso sanitário sem precisar de ajuda e se movimente, sem risco de queda, por todo o banheiro (figura 36). Ainda nos banheiros é necessário haver uma porta de entrada de box com vão livre que permita a entrada de uma cadeira de banho, onde o paciente permanece sentado enquanto toma banho. Também a porta do banheiro, obrigatoriamente, deve ter sua abertura para a parte externa, pois, numa situação de

emergência, ao tentar abri-la, ela não corre o risco de cair sobre um paciente, portanto, passando a ser um item de segurança.

Figura 36: Barras de apoio em banheiro



Fonte: YEE, *Mount Sinai Medical Center*, New York, 2004, p.244.

A resposta para a acessibilidade nas edificações acontecerá quando se resolver os problemas de alcance, aproximação, manipulação de todos os objetos, imaginando-se em cada dependência e executando todas as atividades que lhe são próprias, além de resolver os problemas de circulação e desníveis, passagens, abertura e fechamento de portas, peças sanitárias, distribuição de mobiliário, sinalização tátil no piso e estacionamento.

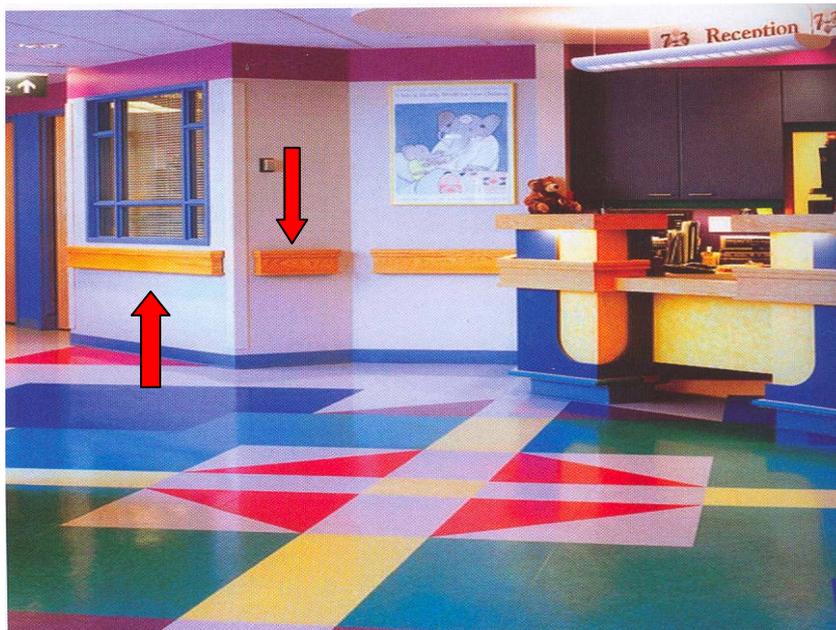
Corredores com barras de proteção nas paredes permitem que os pacientes com dificuldades de locomoção se apoiem e andem de forma independente pelos corredores (figura 37 e 38).

Figura 37: Barras de apoio em corredor (unidade de internação).



Fonte: YEE, Adventist Hindale Hospital, Illinois, 2005, p. 12.

Figura 38: Barras de apoio em Corredor e Recepção



Fonte: YEE, Yale-New Haven Hospital Pediatrics, Connecticut, 2005, p. 46.

3.6. A legibilidade no hospital

Por legibilidade entende-se a qualidade visual de um hospital examinada por “meio de estudos da imagem mental que dela fazem” seus freqüentadores: usuários e profissionais. (GRINOVER, 2007, p.144).

Essas imagens são “uma referência, uma estrutura gramatical e sintática que por analogias exprime-se pela codificação de mensagens, e em seguida pela sua decodificação. A interpretação só poderá dar-se se os códigos de emissão e de leitura forem compatíveis”.

O modo de se empregar a linguagem, identifica-se com o modo de pensar da sociedade. A semiologia estuda todos os fenômenos culturais como se fossem sistemas de signos, isto é, fenômenos de comunicação (ECO, 2005, p.3). A arquitetura embora não projete objetos para se comunicarem, eles funcionam como um ato de comunicação, sem dele excluirmos a funcionalidade (ECO, 2005, p. 189).

Poder-se-ia questionar se esta comunicação não seria simplesmente estimulação. Para Eco (2005, p. 190), “estímulo é um complexo de acontecimentos sensoriais que provocam determinada resposta”. Quando se tem uma “percepção passa-se de uma relação entre estímulo e resposta para um procedimento intelectual onde intervieram processos sígnicos”.

Estabelecendo-se que a arquitetura é um sistema de signos tem-se no signo arquitetônico que reconhecer “a presença de um significante cujo significado é a função que ele possibilita” (ECO, 2005, p. 196) e onde, “o significante seria a forma geradora do sentido” (ECO, 2005, p. 29).

Formas significantes são códigos elaborados com o auxílio de inferência dos usos e propostos como relações comunicacionais. Na arquitetura, os objetos arquitetônicos são formas significantes e o “objeto de uso é sob aspecto comunicacional, o significante daquele significado, que é a sua função” (ECO, 2005, p. 198).

Nas instituições de saúde encontram-se hóspedes (pacientes ou acompanhantes) que podem não saber que determinados elementos arquitetônicos como, por exemplo, barras ao redor do quarto servem para determinadas funções, como permitir que o paciente consiga deambular de forma independente.

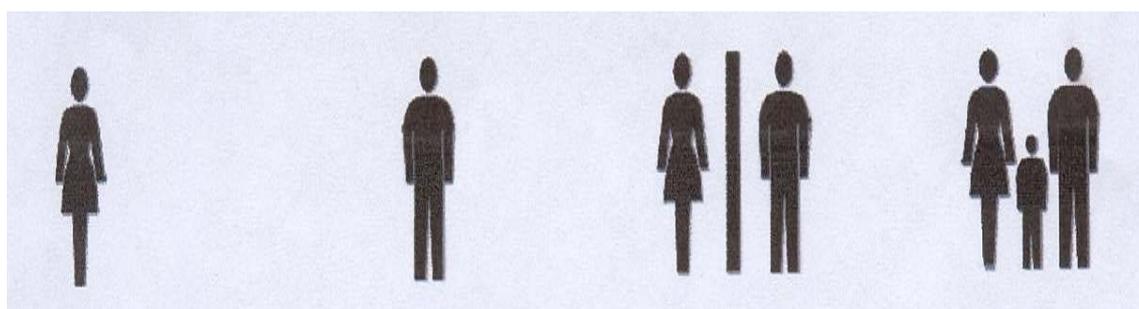
A forma dos elementos arquitetônicos deve possibilitar a função, mas também permitir que possa ser manejada e orientada para os movimentos que com ela possa ser executada. A barra da porta do banheiro permite aos pacientes com dificuldades motoras empurrar a porta e, desta forma, abri-la.

“A forma denota a função só com base num sistema de expectativas e hábitos adquiridos, e, portanto, com base num código” (ECO, 2005, p.200). Para este autor a definição de código é:

Código é como um sistema que estabelece: 1) um repertório de símbolos que se distinguem por oposição recíproca; 2) as regras de combinação destes símbolos; 3) e, eventualmente a correspondência termo a termo entre cada símbolo e um dado significado, mas não que um código deva necessariamente possuir todas essas três características juntas.

No hospital uma das fontes de comunicação além do ser humano são as placas de sinalização e símbolos que indicam a existência de equipamentos, mobiliários e serviços de diferentes áreas. Na norma ABNT NBR 9050:2004 os símbolos “são representações gráficas, que através de uma figura ou de uma forma convencionada, estabelecem a analogia entre o objeto ou a informação e sua representação” (figura 39).

Figura 39: Símbolos internacionais de sanitários

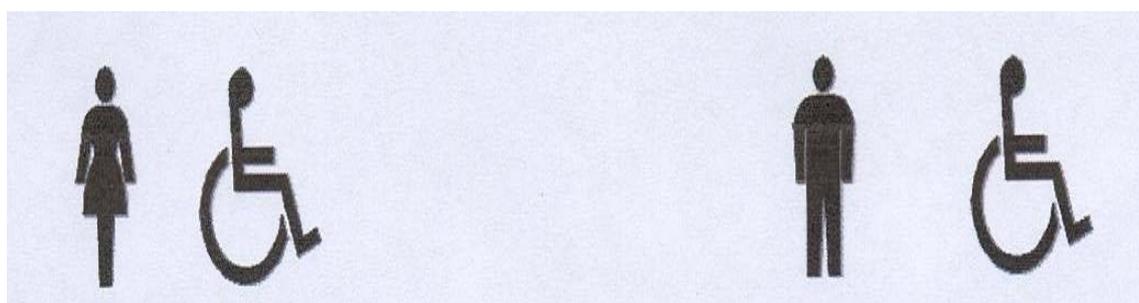


Sanitário Feminino

Sanitário Masculino

Sanitário Masculinos e
Femininos

Sanitário Familiar



Sanitário Feminino Acessível

Sanitário Masculino Acessível

Fonte: ABNT NBR 9050-2004.

É comum, todos os símbolos virem associados a uma sinalização direcional que é utilizada para indicar a direção de um percurso ou a distribuição espacial dos diferentes elementos de um edifício. Na forma visual associa setas de direção (figura

40) norma, a textos, a figuras e a símbolos. Na forma tátil, utiliza recursos como linha guia ou piso tátil.

Figura 40: Seta indicativa de direção



Fonte: ABNT NBR 9050:2004.

Por tudo isto descrito, pode-se dizer que se passa do universo dos sinais ao universo dos sentidos, como já descrito no capítulo 2. Referência “é a informação que o nome transmite ao cliente”, para alguns será um conceito, para outros uma imagem mental e ainda a condição de emprego do símbolo em questão. A relação entre o símbolo e a referência é imediata, recíproca e reversível (ULLMAN, apud ECO, 2005, p.21-22). A referência passa a ser a informação que o símbolo transmite a quem vê ou faz sua leitura.

A arquitetura parte de códigos arquitetônicos existentes, mas apóia-se em outros códigos que não são arquitetônicos e em referência aos quais os usuários dessa arquitetura individualizam as direções comunicacionais da mensagem arquitetônica (ECO, 2005, p.230).

O arquiteto deve articular significantes arquitetônicos para denotar funções, que são os significados dos significantes que podem estar fora da linguagem arquitetônica e pertencer a outros setores da cultura, que utilizam outros instrumentos de comunicação (gestos, relações espaciais, comportamentos sociais). Um exemplo disso é o sistema de relações espaciais como estuda a Prossêmica também já analisada no capítulo 2.

Para a área da saúde a arquitetura enforma (um sistema de relações sociais, um modo de habitar e de estar junto), por isso o trabalho interdisciplinar como base da operação arquitetônica é realizado onde diversos profissionais que têm poder de decisão (administrador, médico e enfermagem) participem em sua elaboração para que seus significados (informações de fluxo de atividades) sejam levados em consideração e acatados para melhoria da qualidade da assistência realizada pelas diversas pessoas que atuam junto ao cliente/paciente.

A especialidade possui um valor significativo o que evidencia no comportamento das pessoas e se manifesta por meio das distâncias pessoais em diferentes situações sociais (significado prossêmico).

O arquiteto é, pois, obrigado a pensar na totalidade do seu projeto, na medida que se torna técnico setorial, especializado e interessado em operações específicas. A arquitetura hospitalar é uma especialização da arquitetura difícil de ser escolhida pelos profissionais da área, pois todos os setores de um hospital geral têm suas particularidades de trabalho e muitas vezes são áreas completamente diferentes entre si. Exemplos disso são centros de diagnóstico, unidades de internação, centro cirúrgico, pronto-socorro adulto e infantil, unidades de terapia intensiva, etc.

Como legibilidade pretende-se indicar a facilidade com que os diferentes setores de um hospital podem ser reconhecidos por seus usuários, quer sejam clientes que freqüentam o hospital, ou pelos próprios funcionários, visto que a instituição é dinâmica e o atraso da comunicação muitas vezes leva a erros de informações pela mudança de atividades que ocorrem nos próprios espaços internos.

No processo de orientação, o elo estratégico é a imagem ambiental, o quadro mental generalizado do mundo físico exterior de que cada indivíduo é portador. Essa imagem é produto tanto da sensação imediata, quanto da lembrança de experiências passadas, e seu uso se presta a interpretar as informações e a orientar ações (LYNCH, 1996, apud GRINOVER, 2005, p.36).

O hospital deveria ter uma comunicação dialogada que permitisse às pessoas se movimentar de forma independente. Para isso ocorrer será necessário que as formas de comunicação existentes sejam de vários tipos: visual, tátil e auditiva (sonora).

A comunicação visual se dá através de textos, símbolos ou pictogramas. A maioria das placas de identificação de portas, setores e corredores apresentam estas características.

A comunicação tátil se apresenta em relevo, símbolos ou pictogramas em relevo e Braille. O quadro de comando dos elevadores é um bom exemplo dessa comunicação onde, junto dos números, existe uma placa em Braille para que os portadores de deficiência visual possam saber onde devem ir. O piso tátil colocado antes de escada e elevador tem a função de mostrar que tem algo na sua frente que

precisa ser monitorado. É um aviso de mudança. Também nas calçadas é necessária a utilização desse piso tátil para avisar a proximidade da rua.

A comunicação sonora no hospital se dá através de informações por alto-falante, como a chamada de alguns profissionais, principalmente o médico, ou para dar avisos de interesse geral. Também os elevadores devem ter um programa de viva voz que oriente as pessoas no local de paradas; na área externa, junto ao batente, placas em Braille terão informações do número do andar que permitam a um deficiente visual localizar-se sem ajuda de terceiros.

As informações essenciais das edificações, espaços, mobiliário e equipamentos devem ter os três tipos de sinalização descritos anteriormente.

3.7. A identidade no hospital

A arquitetura exerce um papel importante na formação histórica de um hospital e, conseqüentemente, na formação de sua identidade.

Ao contrário de documentos literários que trazem uma informação congelada, a obra arquitetônica traz consigo experiências acumuladas de quem a idealizou e a utilização ao longo do tempo, tornando-se um testemunho de modos de vida, usos e valores de uma comunidade.

Por pertencer, ao mesmo tempo, ao passado e ao presente, a obra arquitetônica se torna um referencial paradigmático para a construção da identidade; mostrando a evolução linear dos valores e das formas de pensamento de um momento da sociedade (SUZUKI, 2002, p. 73).

Diversos estudos realizados sobre identidade entendem-na como “algo formado ao longo do tempo”, carregando “os traços das culturas, das tradições, das linguagens e das histórias” (GRINOVER, 2005, p.39).

Para Gutierrez (1989, p.18):

A identidade é definida por algo que diz respeito a todos e pertence a todos, o que implica a relação de ser o mesmo e de manter o reconhecimento através do tempo, apesar da alteração das variáveis. Pertencer, ser parte de algo comum é uma característica essencial da identidade. Não poderíamos concebê-la sem esse sentido integrador, vinculado a idéia de ser o mesmo e de prolongar nossas formas culturais, tangíveis e intangíveis até chegar a um conjunto de elementos que nos conferem identidade justamente por serem parte de nós mesmos.

Assim sendo, a identidade constitui-se num elemento essencial de uma sociedade. Identidade e integração passam a ser sinônimo, constituindo-se em etapas de um único processo, que consiste em identificar e reconhecer as qualidades que distinguem um fato cultural, para depois aglutinar essas diferentes entidades num todo coerente (SUZUKI, 2002, p.74).

Os ambientes no hospital representam um papel importante na vida dos usuários que passam por ele. Lá são experimentadas sensações antes não sentidas, que deixam marcas e impressões em nossa existência.

Devido à influência na humanidade, os ambientes são estudados por diferentes pontos de vista. Algumas pesquisas procuram compreender o significado dos espaços para os indivíduos; outras buscam examinar como os ambientes estão estruturados e, ainda, outros estudos visam verificar o valor dos auxílios inseridos nos locais para a locomoção de seus usuários (BREYER, NEVES, 2004, p.3-4).

Os limites são sinais que indicam fim de uma área física e início de outra, diferenciando dois espaços. Podem ser paredes, portas de vidro, um jardim interno, colunas e objetos, por exemplo. A mudança de cor entre um ambiente e outro, também pode ser considerada um tipo de limite.

Nos hospitais existem unidades clínicas, cirúrgicas, ala infantil, salas de espera, bloco cirúrgico e outros que devem ser bem diferenciados para que os clientes percebam as mudanças de um local a outro.

É a identidade que torna o ambiente único e inovador, capaz de diferenciar-se dos demais para que seja lembrado pelos seus freqüentadores. A estrutura é responsável, por tornar o ambiente mais compreensível, memorizável e claro, explicitando todos os locais e a posição relativa de cada um (BREYER, NEVES, 2004, p.4-5).

A identidade dos hospitais também mudou ao longo do tempo. Na Europa medieval os usuários eram pessoas que necessitassem de qualquer tipo de cuidado: alojamento, alimentação, abrigo, ajuda, conforto, assistência ou tratamento. Começaram por ser edificações horizontais, perto de catedrais e de mosteiros e atendiam a todos que o procuravam.

Com o passar do tempo aumentou o conhecimento da medicina e, conseqüentemente, as necessidades dos que procuravam atendimento assistencial. As especialidades criaram departamentos que exigiram mais espaços, o que levou à verticalização das construções.

As transformações ambientais sofridas pelos hospitais nas últimas décadas levaram-nos a não ser reconhecido até por suas próprias comunidades. A imagem de austeridade da entrada deu lugar a um grande salão, com pé direito amplo, muitas vezes com mezanino ao fundo, que propicia a imediata identificação das funções, orientando os usuários de modo eficiente e tranqüilo. As seções de atendimento e exames são organizadas em torno de uma área comum criando espaços que propiciam o encontro e o convívio, enquanto outros garantem a privacidade necessária.

Atualmente existem hospitais com “cara” de centro de compras (shopping centers), dado ao grande número de lojas que se instalam junto a sua portaria central ou no interior do edifício, além de academia de ginástica e praça de alimentação.

A circulação é outro ponto fundamental. Os corredores devem ter fluxo segregado para o público, equipes de profissionais e serviços, de modo a agilizarem o trabalho dos funcionários e evitarem risco de infecção pelo cruzamento de produtos limpos com produtos considerados sujos ou contaminados.

Quartos eficientes e funcionais, porém frios, despersonalizados e sem atrativos são considerados uma fórmula hospitalar superada. Encontramos esses espaços com formas inovadoras, cores, ambientação, luz, som, odores agradáveis e jardins.

Geralmente é difícil dormir em hospital porque o paciente não sabe se é dia ou noite, pois a luz fica acesa e a equipe de enfermagem entra constantemente no quarto para dar remédios ou aferir a pressão arterial.

No projeto de arquitetura hospitalar já se procura soluções que harmonizem os aspectos fisiológicos (funcionamento) e anatômicos (estrutura) do edifício, sob a ótica da sensibilidade e da humanização dos espaços, na procura de uma nova identidade para o hospital. Esta é vista pela dimensão cultural do momento e corresponde à ligação com a história do desenvolvimento deste espaço.

A hospitalidade implica em compartilhar o ambiente, alimentação, informações, palavras, valores e afetos (GRINOVER, 2007, p. 154).

A relação do cliente com este novo ambiente aos poucos “cede lugar ao processo de integração e de entendimento” e o paciente “recupera parte de seu ser que parecia perdida” e, “a noção de espaço desconhecido perde as conotações

negativas, transformando-se em lugar na medida que adquire personalidade e se contextualize” (GRINOVER, 2007, p. 158).

As experiências vividas e compartilhadas pelos usuários e pelos profissionais constroem o lugar, que são percebidos por meio de sentimento de ambos; a hospitalidade implica na relação que ocorre entre os dois no espaço da organização onde um protagonista oferece e o outro recebe (GRINOVER, 2007, p. 158).

Os hospitais são espaços organizados institucionalmente, que implicam num conjunto de regras que dão uma configuração singular e particular à hospitalidade. Na hospitalidade institucional, tem-se a ameaça permanente de que lugar da hospitalidade seja ou não um lugar, um lugar vazio, onde não se poderia habitar, mas sobreviver (AUGÉ apud GRINOVER, 2006).

Capítulo 4 – Estudo de Caso

4.1. O hospital

Durante uma das visitas do Bispo de Mariana, Dom Silvério Gomes Pimenta, a Roma os Camilianos foram convidados para atuar na área da saúde no Brasil.

A Sociedade Beneficente São Camilo foi criada em 17 de julho de 1923, pelo Padre Inocente Radrizzani e tinha como finalidade as atividades de assistência à saúde e assistência social (CHERUBIN, 2000, p. 43).

Em 1977, a Sociedade Beneficente São Camilo, após uma concorrência pública, ganhou o direito de receber, em comodato (empréstimo da área por tempo convencionado em contrato), por 50 anos, um prédio que tinha sido projetado para ser o hospital da Aeronáutica e por falta de dinheiro tinha sido abandonada à obra.

Localizado na Zona Norte de São Paulo tinha como objetivo atender à população carente da região, num terreno de 10.000 m² com uma edificação de 28.000 m² de área construída. É uma construção vertical com 12 andares, distribuídos da seguinte forma: 1 andar só de terapia intensiva adulta, 6 andares de unidades de internação (enfermarias com dois leitos e apartamentos), 1 andar de centro cirúrgico, 1 andar só para atender maternidade e os demais andares (3) as áreas de apoio (serviço de nutrição, limpeza, engenharia clínica, manutenção e áreas administrativas e outras).

Figura 41: Hospital e Maternidade São Camilo – Santana



Fonte: www.saocamilo.com.br.

A sua capacidade no projeto era de 500 leitos e, em 1987 já apresentava a capacidade máxima projetada e atendia pacientes da previdência e indigentes encaminhados pelos prontos-socorros da Prefeitura da região com todas às especialidades médicas.

Ao longo do tempo para a sobrevivência financeira, começou dar atendimento a pacientes de convênios de assistência médica e seguradora de saúde.

O crescimento deste público levou à realização de reformas nos últimos 6 anos para adaptação das unidades de internação, centro cirúrgico, pronto-socorro e unidades de terapia intensiva. Outro motivo foi atender às legislações vigentes que, ao longo do tempo, tornaram-se mais exigentes pelos órgãos fiscalizatórios, e atender às expectativas destes novos clientes que, por serem exigentes, solicitavam tratamentos diferenciados.

Atualmente, possui 178 leitos ativos, com profissionais especializados em todas as áreas: médica, enfermagem, fisioterapia, nutrição e outros.

O nome fantasia Dom Silvério Gomes Pimenta que tinha sido dado em homenagem ao Bispo de Mariana, mudou em 2000 para Hospital e Maternidade São Camilo - Santana, para reforço da marca São Camilo, em São Paulo, onde já havia mais 2 hospitais e por ser reconhecido pela comunidade com esse nome; uma prova disso era o referencial que existia nos itinerários dos ônibus da região e desta forma atendia também à idéia da província Camiliana do Brasil, de ter o nome dos Camilianos em todas as suas instituições.

Desde 1998, deixou de atender pacientes previdenciários para aumentar a demanda de clientes com convênios médicos diferenciados e, para isso, investiu na área de estrutura física que era uma queixa constante dos pacientes internados que consideravam o hospital escuro (iluminação deficiente), e muito feio internamente, além de não apresentar o conforto esperado nas suas instalações (quartos, salas de espera, e outras áreas).

Para ser reconhecido como um hospital moderno pelos seus freqüentadores, em 1999, iniciou a reforma da área da maternidade, Os quartos individuais passaram a ter paredes coloridas, camas elétricas com controle que permite ao cliente movimentar-se sem ajuda dos profissionais, chamada de enfermagem, viva-voz que permite comunicação com o posto de Enfermagem sempre que o paciente precisar de alguma coisa, frigobar, telefone e televisão (com TV a cabo) permitindo uma diversidade de opções para todos os gostos. Estes itens ajudaram a completar o

conforto do paciente. Quadros decorativos que têm embutidos os gases (oxigênio, ar comprimido e vácuo) dão uma visão agradável, para quem está internado, sem esquecer a segurança necessária para uma situação de emergência.

Figura 42: Apartamento de uma unidade de internação



Fonte: Hospital e Maternidade São Camilo - Santana

Pensando no conforto do acompanhante, um sofanete e uma poltrona confortável completam o mobiliário junto a um armário para guardar os pertences e uma mesa para refeições; janelas com vidros duplos e com persianas embutidas, permitem regular a luminosidade e ver o exterior, não isolando o paciente do meio externo, além de diminuir os ruídos vindos do exterior.

Completando este ambiente, o quarto possui banheiro individual com barras de proteção ao seu redor, chamada de enfermagem em dois pontos: no box e junto ao vaso e, piso antiderrapante que dá segurança ao paciente quando o utiliza.

Por fazer parte da Saúde Suplementar no Brasil, atendendo pacientes de planos coletivos e individuais, tem uma preocupação constante em atualizar suas tecnologias, com equipamentos de última geração, mas também busca uma gestão

integrada nos seus processos de trabalho que lhe permita competir, em custos, com as outras instituições de saúde semelhantes.

A transformação do paciente em cliente levou a gestão a procurar um selo de qualidade. No mês de Maio de 2007 foi acreditado Nível 1 pelo sistema de acreditação da ONA. Como se viu no primeiro capítulo este princípio está voltado para o atendimento dos requisitos técnicos e estruturais identificando risco e tendo como foco a segurança de todos que o utilizam: pacientes, familiares e profissionais.

O atendimento obrigatório à legislação vigente procura seguir o princípio da interfuncionalidade dos setores, pó isso o Centro de Diagnóstico foi transferido do 2º subsolo para o andar onde se encontra o Pronto-Socorro Adulto, e os espaços ganharam cores mais vibrantes para tirar a imagem mental de que o hospital é lugar de sofrimento.

Figura 43: Entrada do Centro de Diagnóstico



Fonte: Hospital e Maternidade São Camilo – Santana (Foto tirada pelo autor)

A preocupação com a humanização de atendimento inicia-se na porta de entrada do pronto-socorro, quando o vigilante encaminha o paciente para a área de emergência, ou para a recepção, para ser atendido conforme sua necessidade. Painéis eletrônicos avisam os clientes que a prioridade de atendimento é das pessoas idosas e gestantes.

Num consultório junto à recepção, a triagem é realizada pelo enfermeiro onde são aferidos os sinais vitais e levantadas às queixas que o paciente apresenta, como dores, tonturas e outros sintomas, para serem encaminhados aos profissionais médicos, na clínica médica, na clínica cirúrgica, ou para algum especialista como neurologista ou cardiologista.

Após essa análise, a ficha passa a ter uma etiqueta colorida colocada pelo profissional na ficha de atendimento, que vai significar a gravidade das queixas e conseqüentemente a ordem de atendimento: etiqueta verde, sem risco; etiqueta amarela, risco moderado e etiqueta vermelha que vai dar alerta, para priorizar atendimento, por causa dos sintomas apresentados, como febre, dor intensa, sangramento e outros sinais de risco.

Também as fichas dos pacientes que são atendidos na sala de emergência recebem etiqueta vermelha, para receberem prioridade em exames que necessitem ser realizado para confirmação de diagnóstico, como, por exemplo, tomografia.

A porta de entrada do pronto-socorro fica distante do estacionamento, mas um serviço de manobrista pode ser utilizado se o cliente quiser. Por ter uma rua em declive, os usuários têm dificuldade de chegar a ele, e existe um projeto para modificar esta entrada, que aguarda a liberação pela prefeitura para ser executada a mudança desta área.

Os projetos de inclusão para todos os que têm mobilidade reduzida se encontram em andamento, mas ainda falta adequação em algumas áreas como a própria entrada do Pronto-Socorro e da entrada central do hospital.

As placas de sinalização são apenas escritas e só nos últimos 3 meses ocorreu uma preocupação para a colocação de imagens que facilitem a identificação das áreas por todos os que circulam na instituição.

As unidades de internação, unidade de terapia intensiva, adulta e infantil, centro cirúrgico e maternidade já estão com essa nova identidade (clara e acolhedora) enquanto outras áreas ainda aguardam serem reformadas, como o pronto-socorro infantil e ambulatório.

4.2. Metodologia

Foram realizadas entrevistas, com as devidas autorizações, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2) com os profissionais que tomam decisões nos projetos arquitetônicos: a) arquiteto; b) diretor técnico (médico); c) diretor assistencial (enfermeiro); d) administrador.

O arquiteto foi escolhido por ser o responsável técnico pelo projeto de arquitetura, tendo a responsabilidade de procurar adequar as áreas para atender a todas as solicitações dos profissionais envolvidos nos fluxos de trabalho. Tem a obrigação de conhecer e atender a todas as legislações referentes à construção.

As diretorias técnicas e assistenciais foram entrevistadas por possuírem as informações pertinentes às ações que serão realizadas nas diferentes áreas. São eles que decidem que atividades e procedimentos serão feitos nas áreas de internação, assim como decide qual o perfil epidemiológico dos pacientes que serão internados nas diversas clínicas existentes.

O administrador foi escolhido, pois, além de ser a pessoa que estabelece os caminhos escolhidos para cumprir a missão institucional, é o responsável pelas estratégias que garantirão a competitividade necessária para a sobrevivência do negócio em relação à produtividade e ao faturamento, alinhando os processos internos capazes de entregar a proposta de valor para os clientes (eficácia), com a menor quantidade de recursos (eficiência), levando a resultados econômicos sustentáveis. Por isso, ele é uma das pessoas que dá a palavra final aos projetos arquitetônicos.

Foram realizadas nas salas de cada um dos entrevistados, no hospital, com horário previamente agendado, entre os dias 25/05/ 2007 e 01/06/2007, sempre no período da tarde, sendo que a primeira entrevista foi de 45 minutos de duração e, as demais, em torno de 35 minutos. Por solicitação dos entrevistados, que diziam se sentir inibidos, elas não foram gravadas.

O ponto de partida de cada entrevista foi à apresentação, pela pesquisadora, do conceito de hospitalidade como sendo um “dom do espaço”, por ser um conceito não difundido e nem utilizado na área de saúde.

A primeira entrevista realizada foi com a profissional responsável técnica pelos projetos de arquitetura; a seguir com os diretores técnico e assistencial e, por último, com o responsável administrativo da instituição.

4.3 Análise dos resultados

Algumas questões foram respondidas de maneira semelhante pelos quatro entrevistados e serão inseridas junto com as respostas específicas¹ de cada um deles.

Ocorreram manifestações sobre o conceito de hospitalidade tais como: “é importante que o paciente se sinta acolhido num momento de angústia e tensão, como o que ocorre durante o período da doença”; “uma estrutura física bonita e limpa transmite segurança a clientes e acompanhantes...” e “é importante para o cliente ser bem acolhido no espaço hospitalar para que se torne um divulgador do serviço de saúde junto a sua comunidade” e ainda que “um espaço bonito reflete a preocupação da administração da instituição em querer acolher bem seus usuários”. Observou-se, por parte dos entrevistados, que o conceito de hospitalidade está relacionado à hotelaria hospitalar tendo como foco a higienização do ambiente (limpeza dos quartos) na aparência das roupas utilizadas (limpas e passadas), e na alimentação oferecida ao cliente (quente e de aspecto agradável). E não é reconhecido de forma a ter vínculos com o projeto arquitetônico, para que ele possa ser elaborado para ser um espaço hospitaleiro.

A primeira questão foi referente à percepção que o entrevistado tinha da existência de uma relação entre o ambiente hospitalar e a recuperação do paciente.

A resposta da arquiteta foi que:

O ambiente hospitalar está ligado diretamente com a melhora das doenças apresentadas pelos pacientes por meio das percepções que os espaços despertam, que lhes permitem esquecer que está num ambiente hospitalar. A hotelaria no hospital tem como objetivo exatamente isso: dar-lhes conforto ambiental, como o que tem em sua própria casa e diminuir o “stress” relacionado à internação e à sua própria doença.

Já a diretoria técnica observou que:

Existe um impacto entre o espaço e a recuperação do paciente. Um exemplo disso é a área da Unidade de Terapia Intensiva, onde os pacientes podem apresentar confusão mental, por estarem sempre com a luz acesa, não visualizando o exterior, porque as janelas altas com persianas entre os vidros, que muitas vezes ficam fechadas, impedem de se distinguir se é dia ou noite. As camas muito próximas, o desconforto do colchão revestido com plástico, a falta de privacidade, como num quarto sozinho, leva o paciente a ter uma

¹ Utiliza-se itálico para destacar as falas dos entrevistados diferenciando-se das referências bibliográficas.

recuperação mais lenta e a ficar mais estressado com a rotina intensa do lugar.

A diretoria assistencial relatou que:

Sim, existe uma relação entre a recuperação e o ambiente hospitalar. A existência de uma harmonia traz uma paz de espírito que ajuda na evolução da doença, pois incentiva à vida; a cor, os mobiliários modernos e bem cuidados, agradáveis trazem conforto ao paciente e facilita para que aceite melhor os seus tratamentos e cuidados que lhes são dados ou propostos.

Para o administrador hospitalar:

O ambiente interfere na sua recuperação, pois um ambiente agradável dá a sensação de bem-estar, e é visualmente melhor. Mas o maior efeito é com o acompanhante do paciente, que normalmente é alguém com saúde e analisa e crítica mais os espaços físicos, sendo, portanto o termômetro da internação, pois consegue avaliar melhor que o paciente, que muitas vezes por estar debilitado, não consegue ter essa percepção. Um espaço bem cuidado agrega valor a estes clientes que, em um momento futuro, de necessidade vão se lembrar das experiências vividas neste espaço.

Ao se analisar as quatro respostas observa-se que existe uma consciência por parte de quem tem o poder de decidir nos projetos em relação à influência que o mesmo exerce na recuperação do paciente, embora as visões do projeto sejam distintas e complementares.

A visão do administrador está ligada ao negócio, pois as expectativas e as necessidades dos pacientes e dos acompanhantes são diferentes: o acompanhante, que pode ser familiar ou apenas amigo e por ser alguém que não se encontra doente observa, com mais rigor, o que se passa à sua volta e como o paciente é atendido. Um ambiente onde se sinta confortável: um bom sofá para descanso, uma TV que lhe permita distração, um quadro que atraia sua atenção, uma janela que lhe permita contato com o exterior, uma sala de espera que lhe permita sentar e sociabilizar-se com outros acompanhantes, enquanto aguarda os procedimentos a serem realizados ao paciente, agrega importante valor a este usuário.

Embora as unidades de internação sejam vistas como negócio e todas as atividades lá executadas sejam controladas, a relação com o paciente e acompanhante tem de ser próxima e humanizada para sua fidelização em possíveis internações futuras.

O médico e a enfermagem têm, como objetivo, proporcionar conforto, diminuir o “stress” relacionado à doença e transmitir segurança, que pode ser traduzida em evitar riscos de quedas, por exemplo, para isso, é necessária a existência de barras de proteção nas camas e ao redor do quarto, que permitam, ao cliente, locomover-se de forma independente e segura; o piso antiderrapante completa essa proposta. Confortos térmicos, acústicos e visuais dão sensação de acolhimento ao usuário da saúde. Por isso, a opinião destes profissionais de enfermagem, que cuidam 24 horas e tratam pacientes com diversos diagnósticos é importante. Outra preocupação destes profissionais é a infecção hospitalar e, para isso, a legislação da área da saúde (RDC 50) tem a preocupação com pias para lavar as mãos, com a metragem adequada dos espaços e com os pisos arredondados, que facilitam a limpeza.

O arquiteto deve dominar bem essas legislações para que, na elaboração do projeto, possa colocar em prática todas essas observações. Cabe a ele sugerir as cores que lhe transmita alegria e o faça lembrar, de sua própria casa. Transformar espaços em algo aconchegante, com requinte é seu grande desafio, pois tem de agradar, além dos pacientes e familiares, aos usuários que atuam profissionalmente nesses espaços. Um ambiente, com iluminação natural e clara, com visualização para o exterior, ventilação natural e cores nas paredes, que evitam a monotonia e permitem aos usuários desenvolver um bom trabalho.

A segunda pergunta realizada durante a entrevista foi quais seriam os elementos de acolhimento do ambiente hospitalar?

Para o arquiteto que elabora o projeto, esses elementos foram facilmente identificados:

O projeto deve apresentar os seguintes elementos que são considerados de acolhimento: cores nas paredes, pinturas com texturas, formando um conjunto visual bonito com sua composição. Dar a sensação de um ambiente que acalme, fornecendo a lembrança da residência, permitir distração, por meio do resgate de algo bom. Piso e forro coloridos que tragam sensações agradáveis e suavizam a espera (como na frente de um elevador). Imagens de quadros decorativos que levem o cliente a se transportar como forma de distração, como o que ocorre em algumas salas de exames, por exemplo, a sala da ressonância magnética. Por ser um exame demorado e exigir do cliente imobilidade, as pinturas de parede são uma excelente forma de distração. Barras de segurança nos quartos, corredores e banheiros que possibilitem condições de independência aos usuários. A segurança traz conforto e dá liberdade ao paciente de arriscar-se a ir ao banheiro sozinho. A orientação por intermédio de comunicação visual torna possível às pessoas se locomoverem para qualquer lugar sem dificuldade, principalmente a área

de emergência junto à porta de entrada. Janelas amplas levam à interação das pessoas com o meio externo e música ambiente.

Para o administrador:

Os elementos de acolhimento são um conjunto de fatores que levam ao sucesso do negócio ou empreendimento, desde as barras de proteção nas áreas onde ficam os pacientes, que lhes transmitem segurança e independência; mobiliário bonito e confortável, toalhas e roupas limpas e cheirosas parecidas com as das nossas casas. TV com diversos canais, hall de entrada espaçoso, amplo que não o lembre onde está entrando (hospital); corredores amplos e de fácil acesso aos lugares que quer ir não parecendo labirintos e nem de difícil caminhar, elevadores rápidos e quartos que permitam acesso à internet (infra-estrutura).

Para a diretoria assistencial:

Os elementos de acolhimento podem ser divididos em dois: a) para os colaboradores: espaços amplos que permitam fazer suas atividades com fluxos adequados, instalações acessíveis a todas as estaturas (mobiliários), equipamentos que permitam desenvolver suas atividades, iluminação artificial ou natural que deixe os ambientes claros; b) para os pacientes: o aspecto do próprio edifício que não faça lembrar que é um hospital; as instalações que tenham todos os serviços que necessite durante sua estadia, piso antiderrapante, iluminação clara sem áreas de sombras, e cores na parede que transmitam energia e paz. Comunicação visual que permita segurança na locomoção, de forma independente. O cliente, na sua primeira internação, muitas vezes não tem noção do que vai lhe acontecer e, a partir da segunda, passa a ter expectativas para serem atendidas.

Para a diretoria médica os elementos de acolhimento são:

A pintura das paredes com cores que retirem o branco hospital; quadros com pinturas que permitam abstração do local; ruídos controlados, pois o hospital é muito barulhento, principalmente no horário noturno, com o barulho das rodas dos diversos carros que circulam nos corredores; música ambiente que permita o relaxamento e uma sinalização que leve as pessoas onde queiram ir de forma independente e segura.

Ao analisar as respostas sobre os elementos de acolhimento na área de saúde observamos que, nas respostas dos quatro entrevistados, foram identificados elementos de acessibilidade, como piso antiderrapante, barras de proteção, mobiliário acessível para todos os tipos de estatura, proporcionando igualdade de oportunidades aos usuários: pacientes e acompanhantes, assim como aos colaboradores que atuam profissionalmente. Ao lado dessa acessibilidade física, tangível, aparece a preocupação do administrador com a possibilidade de acessibilidade virtual, que já começa a ser uma exigência dos que se internam e

querem ter a possibilidade de ter acesso a informações, notícias e não deixar de ter essa forma de contato com o exterior.

Também aparece nas respostas, como elemento de acolhimento, a legibilidade, que nada mais é que a qualidade visual das informações, que possibilitem o reconhecimento das diversas áreas, por meio da decodificação das mensagens existentes nas placas de sinalização. Esta comunicação deve atingir todos os usuários, independentemente das diferenças culturais; as mensagens devem conter um significado que se atualiza no uso e, desta forma, explicitar o significado desses elementos que estão no ambiente hospitalar. Como exemplo, pode-se ter a sinalização dos postos de enfermagem, dos banheiros públicos, da copa de funcionários ou de pacientes, da sala de resíduos (lixo) e outros. Tem-se, ainda, a sinalização de piso para deficientes visuais colocada junto às escadas e entrada de elevadores, o Braille, no batente externo destas portas, sinalizando a localização do andar e, ainda, a viva-voz informando paradas e direção dentro dos elevadores.

A criação de uma nova identidade foi citada apenas pelo administrador, quando se refere à mudança do aspecto da porta de entrada, com uma nova representação deste espaço que não lembre um espaço de sofrimento, dor ou morte. Percepções sonoras (como música ambiente) e olfativas (cheiros de flores, por exemplo) ajudam a compor essa nova imagem. A imagem de um santo na entrada pode lembrar uma instituição religiosa. Lojas junto à entrada (como floricultura, por exemplo) podem remeter à lembrança de uma área comercial; não se pode deixar de lembrar que, neste espaço, também ocorrem ligações sociais, por isso a necessidade de haver áreas com cadeiras ou sofás confortáveis que favoreçam essas interações pessoais.

As respostas mostram que ainda são pouquíssimos os elementos reconhecidos como hospitaleiros nos projetos de arquitetura pelos profissionais que têm poder de decisão sobre os mesmos.

A terceira questão da entrevista foi identificar os elementos do projeto arquitetônico que propiciariam conforto a todos os usuários.

A visão do arquiteto foi:

Acredito, antes de qualquer coisa, na funcionalidade do hospital; isto significa dizer: ser um hospital sem a cara do antigo hospital: escuro, branco nas paredes, pé direito alto, mobiliário escuro. Atualmente, nos hospitais

americanos observa-se que os quartos têm cortinas, mobiliários com diversos tipos de madeira em tons claros e escuros, janelas amplas que favorecem a ventilação e iluminação natural, o que não ocorre no Brasil, por causa da preocupação com a limpeza. Isto leva a ter quartos com mobiliários monótonos, de cores pálidas e sem atrativos visuais para os clientes. A proibição da abertura das janelas para evitar suicídios e entrada de insetos obriga à utilização de ar condicionado e a iluminação acaba sendo prejudicada e força a se ter luz acesa mesmo nos horários diurnos. Quadros decorativos com cores vibrantes e paredes coloridas com pinturas texturizadas liberam os sentidos levando a percepções positivas e dão ao hospital o aspecto de hotel, o que agrega valor à instituição, e é desfrutado por todos: pacientes, familiares e pessoal que trabalha.

Para a Diretoria Assistencial, que é responsável pelos cuidados nas 24 horas, nos sete dias da semana, o conforto pode ser visto:

Pelo quarto espaçoso, por um mobiliário adequado e suficiente que permita dar cuidados com movimentação adequada para os profissionais e para o próprio paciente. Um banheiro amplo, em que possa entrar uma cadeira facilitando o cuidado higiênico do paciente, com ele estando sentado. Sala de espera nos andares que possibilite que o acompanhante aguarde, fora do quarto, confortavelmente. Uma alimentação de boa aparência e saborosa com odores agradáveis, que faça o paciente ter vontade de comer. Portas com espaços suficientes que facilitem entrada e saída de macas e da própria cama para transporte do paciente. Elevadores rápidos e seguros que não parem entre os andares, e um hall de entrada que contenha toda a orientação de como se locomover e onde se encontram todos os serviços do hospital. Além de todo o anterior dito, acredito que os profissionais têm um papel fundamental, pois são as que dão orientação e cuidados que darão conforto e bem estar.

Para o administrador, o conforto está relacionado a:

Iluminação (artificial ou natural) que não deixe o ambiente escuro e nem tenha excesso de luz. O conjunto de mobiliários bem cuidados e de bom gosto. Ventilação suficiente que não permita ter maus odores em banheiros ou nos quartos (cheiro de comida ou de remédios), janelas que dêem liberdade de ter interação com o meio exterior; meios de comunicação adequados, telefone, TV e possibilidade de se conectar a internet. Como gestor, ainda vejo dificuldade com as diversas cores das paredes, assim como a pintura das mesmas com paisagens, pois será uma grande quebra de paradigma a sua manutenção, pelo volume de itens que deverão ser tidos no estoque para suprir essa necessidade, o que elevará o capital empregado em materiais no almoxarifado. Uma necessidade que talvez ajudasse para este item de conforto seria ter um plano diretor para modernizar o edifício que é uma construção antiga e evitar adaptações em algumas áreas, como é realizado em reformas.

Para a Diretoria Técnica os itens que levam a maior conforto seriam:

Uma iluminação amarela, no lugar da luz fluorescente branca. Uma melhor disposição do mobiliário que permita uma amplitude de ambiente, com percepção de preenchimento adequado. Uma visão para o exterior, possibilitando ver se tem sol, chuva, se é dia ou noite, e ter uma visão do exterior, de preferência áreas verdes. Acesso fácil aos comandos de quarto: a

própria cama, ligar e desligar a televisão, apagar a luz e chamar a enfermagem e mobiliário funcional e acessível a todos que necessitem.

As respostas demonstram que os quatro entrevistados têm pontos de vista diferentes sobre conforto. A visão do arquiteto é de funcionalidade, que é um dos eixos do diagrama de avaliação do sistema de avaliação integral (AEDET). Esta função refere-se à função do edifício, isto é, se facilita ou inibe a realização das atividades que são desenvolvidas dentro e no seu entorno pelas pessoas, no que se refere ao uso, acesso e espaço. Para isso, é necessário o edifício ser flexível e eficiente, com espaços para as atividades e movimentação das pessoas. Na funcionalidade são avaliados os fluxos de trabalho, exigências e relacionamentos funcionais (por exemplo, centro obstétrico próximo ao berçário e, à maternidade) e segurança. No aspecto qualidade do espaço construído, é avaliada se as áreas estão de acordo com as atividades lá executadas. Em relação ao acesso, a avaliação considera os veículos, estacionamentos, pedestres com atividade motora reduzida, indagando se os usuários podem ir e vir de forma fácil, utilizando diversos meios de transporte.

Todos os entrevistados referem-se ao interior do ambiente de pacientes em relação à luminosidade, espaços sociais (salas de espera), disposição interna do mobiliário e sinalização (legibilidade), embora ainda se perceba aspectos que não estão ligados ao conforto físico; esses são citados como elementos de conforto: como por exemplo, alimentação e cuidados de enfermagem, higiene, massagem terapêutica, atividades de fisioterapia e outras.

Outro aspecto avaliado como conforto foi a categoria técnica do edifício, que envolve desempenho, engenharia e construção. O aspecto desempenho refere-se a 'performance' técnica durante a vida útil do edifício, como o tamanho das portas que permitem a passagem de macas e camas, sem estragar os batentes. No aspecto engenharia verifica-se que todos os sistemas (hidráulica, elétrica, informática e outros), estão integrados na arquitetura, de forma que sejam compatíveis. O item construção tem uma ligação com a facilidade de manutenção do edifício, preocupação esta que é do administrador, pelo capital financeiro empregado em itens que terão de ser disponibilizados em estoque para futuras manutenções.

O Diretor técnico, na sua fala, refere-se ao conforto e independência do paciente, quando este não necessita dos demais para apagar a luz do quarto,

abaixar ou levantar a cama, poder chamar a enfermagem sempre que precisar, para atender a suas necessidades.

A quarta pergunta aos entrevistados foi em relação aos elementos estruturais do projeto arquitetônico.

A resposta veio de forma fácil pelo arquiteto:

Quando tenho um projeto de qualquer área para fazer a primeira coisa que penso é que ele deve ser funcional e deve atender à legislação vigente, que neste caso é a RDC- 50. Duas coisas me direcionam na estrutura do projeto: acesso e segurança. Isto significa rampas nas recepções, nas portas de entrada e no entorno do hospital. Este último muitas vezes, não pode ser modificado, pois as estruturas antigas não permitem. Outra coisa que me preocupa é a inclusão das pessoas quando estão se aproximando, como num balcão, por exemplo, que deveria ter uma parte de apoio mais baixa para visualização em ambos os lados; interno e externo. Por não ser esteticamente bonito, não é aprovado por quem decide. As janelas são outro elemento do projeto que têm minha atenção, pois são elas que dão um não à exclusão da vida e se possível, me preocupo com áreas que dêem harmonia ao projeto estrutural.

Para a Enfermagem os aspectos estruturais do projeto são:

Acessibilidade como valorização da responsabilidade social. Segurança para os profissionais que trabalham, pois permanece grande parte da sua vida dentro das instituições diariamente. Comunicação visual adequada e eficiente para todos: paciente, acompanhante e os próprios colaboradores. Devido ao tamanho do hospital e ao dinamismo das áreas, muitas vezes elas trocam de lugares e podemos dar informações erradas a quem nos procura.

Para o administrador o que chama a atenção nos projetos estruturais são:

A acessibilidade, com a preocupação de ter neste caso o maior número de itens possíveis; a descaracterização do ambiente para não lembrar o hospital e tirar a imagem mental de doença das pessoas. Outro item é o conforto nas áreas de espera, como TV, jornais, revistas, que desperte à atenção dos usuários e esses não sintam o tempo de espera para serem atendidos. Uma ventilação e uma exaustão que não permita odores desagradáveis e um fluxo de atendimento que não deixe o paciente confuso.

Para os médicos a estrutura do projeto tem a ver com a:

Acessibilidade ligada a pacientes com limitação de locomoção como os de ortopedia. A comunicação que ajuda as pessoas a se localizar e sua falta atrapalha, e elementos que permitam uma estadia agradável e livre de riscos (danos físicos), pois sempre ocorre o medo do desconhecido quando se está internado num hospital.

Embora a acessibilidade seja citada por todos os entrevistados, pode-se observar que ela tem focos diferentes: desde o acesso como funcionalidade do projeto, passando pela inclusão da diversidade de pessoas, o custo para a

adequação do maior número de itens possíveis e chegando ao problema de locomoção para os pacientes com esta dificuldade. A preocupação de atender a todos os interesses ou ao maior número possível é do arquiteto, que ainda deve dominar a legislação pertinente e atendê-la, pois durante as visitas fiscalizatórias serão cobradas.

Novamente existe uma preocupação por parte de todos com relação à comunicação visual como forma de informar os usuários dos serviços e das áreas existentes, como também dando oportunidade às pessoas de transitar sem se perder no hospital. O número de pessoas que adentram a instituição diariamente é em torno de 3.500 pessoas, entre colaboradores, médicos, outros profissionais e demais funcionários de empresas terceirizadas, além de pacientes e acompanhantes que vêm para consultas ambulatoriais, no pronto-socorro (adulto e infantil) ou simplesmente fazer alguns exames como no laboratório ou no Centro de Diagnóstico (Tomografia, Ressonância Magnética, Ultra-sonografia, RX, Mamografia, Densitometria óssea e outros). Assim, a comunicação está ligada à segurança e independência das pessoas para ir e vir na instituição sem se perder. A legibilidade passa a ser um dos itens tangível do projeto, que é imprescindível na organização. Um *design* bonito, com letras e desenhos, passa a compor e valorizar a área em que se encontra.

A identidade do hospital é um outro item muito valorizado, pois agrega valor e é hoje uma exigência de todos os clientes: internos e externos. A hotelaria hospitalar já passou a ser um diferencial para as pessoas que querem mais conforto, segurança e experiências agradáveis que superem suas expectativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde caminha para um mercado em que a geração de valor com maior eficiência é uma importante vantagem competitiva, e os recursos físicos assumem um papel de grande importância por sua contribuição no resultado da recuperação do paciente.

O sistema de saúde reconhece que os pacientes deixaram sua passividade e começaram a participar de decisões sobre o tratamento que é melhor para eles, transformando-se em clientes da saúde. A gestão dessas instituições, para atendê-los, procura usar ferramentas de boa qualidade e gerenciar os riscos de todos os processos envolvidos no atendimento desde o registro dos profissionais, (no prontuário do paciente) até perdas e ameaças à segurança dos clientes e trabalhadores, por danos da infra-estrutura instalada.

O hospital, por ser uma unidade de saúde, que possui vida própria, tem como objetivo ou “produto” básico, a manutenção ou o restabelecimento da saúde do paciente, por meio de uma série de serviços prestados, como parte do processo de tratamento, e suas metas organizacionais podem ser mais bem alcançadas se tiverem como base as necessidades e os desejos do cliente. Isto vai significar uma nova visão, transformando o hospital num lugar que abrigue o espírito humano e suporte o paciente e sua família para ajudá-los a transcender a doença.

As normas e resoluções do Ministério da Saúde são os instrumentos formais utilizados no Brasil, na avaliação de projetos dos edifícios do sistema nacional de saúde, a serem construídos, reformados ou ampliados. Os hospitais são organizações complexas e que necessitam, para realizar seus projetos, de altos recursos financeiros. Seu planejamento deve ser desenvolvido de acordo com essa disponibilidade.

Considerar no projeto, a constante expansão é essencial para que o edifício possa corresponder às demandas futuras. A inter-relação de diversos aspectos como humanização, funcionalidade e fluxos, deveria ser considerado desde o início do mesmo. O agrupamento adequado de setores e os fluxos estão no centro da funcionalidade, pois esses setores funcionam como redes interligadas de serviços (como pronto-socorro contíguo à área dos exames de diagnóstico) e contribuem para a otimização de recursos.

A análise do deslocamento interno do paciente, profissionais, equipamentos e carrinhos para que as distâncias sejam mais curtas é outro ponto do foco para a racionalização dos processos. Circulações para pacientes e acompanhantes, independentes das áreas técnicas, podem evitar constrangimentos ou situações traumatizantes, como, por exemplo, ver o transporte de um óbito para o necrotério.

Por outro lado, espaços eficientes, funcionais, frios e despersonalizados e sem atrativo começam a ser considerada uma fórmula hospitalar superada.

O hospital tem de ser considerado bom e seguro, para dar e transmitir a sensação de confiabilidade; há uma influência psíquica que ajuda na recuperação mais rápida do paciente, que pode estar motivado ou deprimido, o que é regulado em parte, pelas emoções. Formas, cores, ambientação bonita, luz natural, som ambiente, odores agradáveis e jardins podem ser fatores motivadores, pois evitam a sensação de reclusão. Salas de espera merecem uma atenção especial, principalmente no pronto-socorro, pois, os pacientes ficam deprimidos quando dão entrada no hospital e encontram outras pessoas passando mal, enquanto aguardam atendimento. Televisão, comunicação telefônica, quadros decorativos, paredes coloridas, mobiliários confortáveis que permitam atender os aspectos ergonômicos, trazendo um equilíbrio harmônico ao espaço físico funcional da área.

A luz do ambiente hospitalar pode provocar reações positivas ou negativas. Luzes frias, brancas e uniformes despertam o desejo de ir embora, pois provocam irritação. Luzes acesas de dia e de noite para dar atendimento e cuidados, como medicação, aferir pressão, curativos e outros dificultam o sono do paciente que pode perder a noção se é dia ou noite, principalmente nas unidades de terapia intensiva, na pediatria e no berçário.

Outra forma de quebrar a frieza do ambiente são as texturas nas paredes, e os elementos de comunicação visual, criando focos de interesse no teto (pinturas) ajudando os pacientes a se concentrar em outra coisa que não seja a doença, por isso os forros têm um papel importante na humanização do espaço.

A arquitetura do edifício hospitalar, quando focada na percepção e necessidades dos pacientes deve, além de estar adequada técnica e funcionalmente na atenção à saúde, proporcionar suporte social, conforto, opções e controle de uso, privacidade, acesso ao ambiente externo, variedade de experiências, acessibilidade, independência, por meio da legibilidade das áreas, de forma que esse possa locomover-se sem necessidade de ajuda.

Para atender a todos estes requisitos precisa superar as condições mínimas estabelecidas pelas normas de saúde e segurança, pois o atributo de excelência dos espaços está muito além delas.

Proporcionar ambientes que atendam o desenvolvimento das atividades e que poderão cumprir seu papel de prestação de cuidados para ajudar na cura das enfermidades, agregando qualidade e um senso de humanismo no contato com os usuários é o desafio dos arquitetos. Torna-se necessário repensar a formatação da estrutura física para atender ao novo perfil de atividades de cura e promoção da saúde, flexibilizando os ambientes e agregando humanização aos espaços para ter um impacto positivo na redução do tempo de permanência do paciente na instituição.

Incorporar a visão dos pacientes significa trazer para estes espaços os signos e valores que se encontram nas suas casas e uma integração dos ambientes com o espaço exterior. É importante unir os avanços tecnológicos a uma nova concepção de projetos, em que a tecnologia não necessite impor ambientes despidos de identidade, de forma que os usuários reconheçam os valores presentes no seu cotidiano.

A arquitetura foi a primeira a se preocupar com o hospital. A idéia de que o doente precisava de cuidados e abrigo é anterior à possibilidade de se dispensar tratamento médico. Neste contexto, observa-se o hospital como um espaço pleno de simbologia e significado.

A arquitetura necessita dar a esses espaços conotação de acolhimento e familiaridade, estabelecendo relações do indivíduo com o espaço que o acolhe. Prevendo isso foi lançado um Programa Nacional de Humanização para cumprir os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade que integram a Constituição Brasileira. Neste programa, o acolhimento significa humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Um desses aspectos identificados foi o acesso geográfico à instituição de saúde.

Os ambientes poderiam referendar-se na busca da individualidade e aconchego, proporcionando valorização dos espaços de conveniência e acolhimento.

Dentre os resultados da pesquisa realizada no estudo de caso, considera-se que existe, por parte dos entrevistados, uma consciência do conceito de hospitalidade, ligada ao setor de hotelaria, embora não seja esta a linguagem usual

dos profissionais da saúde. A percepção dos responsáveis pela avaliação final dos projetos é que existe uma relação direta entre arquitetura e recuperação da saúde do cliente, sendo a responsabilidade para atender esta exigência transferida ao arquiteto, responsável técnico pelo projeto.

Sobre os elementos de acolhimento do projeto aparecem a acessibilidade, a legibilidade e a identidade, sendo que o primeiro item é facilmente reconhecido por todos; espaço acessível é aquele inclusivo que pode ser percebido e utilizado em sua totalidade por todas as pessoas, inclusive os que têm mobilidade reduzida. A resposta para a acessibilidade acontecerá quando se resolver os problemas de alcance, aproximação e manipulação de todos os objetos.

A comunicação é uma barreira, pois todas as formas encontradas demoram muito para atingir a todos os colaboradores e, muitas vezes, são precárias, impedindo que os pacientes sejam independentes para ir e vir, por haver um sistema de sinalização de informações ainda deficiente. Por legibilidade pretende-se, ainda, indicar a facilidade com que os diversos setores do hospital são reconhecidos pelos seus usuários: pacientes, acompanhantes e funcionários.

Em relação à identidade existe uma preocupação de todos para mudar a “cara” do hospital, tornando seus espaços mais humanizados, de forma que o paciente se sinta acolhido. A imagem de austeridade da entrada deu lugar a um grande salão, com um pé direito muito alto e, muitas vezes, com um mezanino no fundo, com lojas de flores, ou de pequenas lembranças, que possam ser dadas, de presente aos internados. A tendência é ter lanchonetes, restaurantes e até academia de ginástica. O conforto foi avaliado pelos profissionais, de diferentes pontos de vista, embora utilizem os mesmos elementos estruturais do projeto.

Em relação ao objetivo desta pesquisa, que buscava identificar como os elementos arquitetônicos dos espaços nas unidades de internação são decodificados como elementos de hospitalidade pelos profissionais que tomam decisão pelos projetos; este se confirma, embora esteja, relacionado à hotelaria hospitalar, não sendo interiorizados, na cultura do hospital, como elementos independentes.

É relevante que este estudo possa servir para futuras pesquisas interessadas no assunto, sobretudo na continuidade da busca dos indicadores de hospitalidade dos espaços na área da saúde, sendo apenas o começo da consolidação do conceito de hospitalidade nessas instituições. Também se apresenta o desafio de,

em futuros estudos, se pesquisar o lado da demanda, ou seja, como o cliente percebe os elementos de hospitalidade da estrutura hospitalar.

Referências Bibliográficas

ANTUNES, J.L.F. **Hospital, instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

AVENA, Biagio Maurício. **Turismo, educação e acolhimento de qualidade: transformação de hostis a hospes em Ilhéus**. Dissertação (Mestrado em educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Ilhéus, Bahia, 2002.

BASSI, Mery Aidar. **Florence Nigthingale: a dama da lâmpada**. São Paulo: Escola de enfermagem de São José dos Campos. 1999.

BITENCOURT, Fabio. A arquitetura do ambiente ao nascer. In SANTOS, Mauro, BURSZTYN, Ivani. **Arquitetura e saúde: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004, p.28 - 41.

BITTAR, O J N. Cultura & qualidade em hospitais. In Quinto Neto, A; Bittar, OJN (Orgs). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004, p. 15-32

BORBA, Valdir Ribeiro. **Administração hospitalar**. São Paulo: Cedas, 1985, p.39.

BOTTERILL, David. Método científico-social do conhecimento da hospitalidade. In LASHLEY, Conrad, MORRISON, Alison. **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. Tradução de Carlos David Szlak. São Paulo: Manole. 2004. p.251-254.

BOWERSON, D. J, COSS, David J. **Logística empresarial**. São Paulo: Atlas. 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Agência Nacional de Vigilância sanitária. Resolução. **Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Resolução: RDC-50 de 21 fev 2002. Brasília 2002.

Brás, Hervé Le. L'hospitalité comme relation. In **Communication**, 65. Paris: Seuil. 1997. p.143-148.

BROTHERTON, Bob, WOOD, Roy C. Hospitalidade e administração da hospitalidade. In LASHLEY, Conrad, MORRISON, Alison. **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. Tradução de Carlos David Szlak. São Paulo: Manole. 2004. p.191-222.

BROSS. J. C. **Requisitos básicos no planejamento hospitalar: o hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: PROAHSA, 1989.

-----, GUELLI, Augusto. Centro hospitalar regional é implantado em blocos articulados, prevendo futuras etapas de expansão. **Revista de Arquitetura e design**. São Paulo: n.214.1997.nov. p.52-57

Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, operadores e planos. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: a. 1 mar. 2006.

CAILLÉ, Alain. **Antropologia do dom** – o terceiro paradigma. Petrópolis: Vozes, 2002.

CAMARGO, Luis Octavio de Lima. **Hospitalidade**. São Paulo: Aleph, 2004.

CAMELO, S.H.H., ANGERAMI, E.L.S., SILVA, M.E., MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2000, v.8, p. 30-37.

CASSEE, E. H., REULAND, R. Hospitality in hospitales. **Management of Hospitality**. Oxford, Pergamon. 1983. p. 143-163.

CHERUBIN, Niversindo Antonio. **Camilianos no Brasil. Evolução das Obras**. In São Camilo de Lellis: 450 anos. São Paulo: 2000.

COELHO, Guilherme. A arquitetura e a assistência ao parto e nascimento humanizando o espaço. In SANTOS, Mauro, BURSZTYN, Ivani. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Senac Rio. 2004, p. 43–57.

COSTA, Lucio. **Registro de uma vivência**. São Paulo: Empresa das Artes, 1995.

_____. **Uma introdução à arquitetura**. Rio de Janeiro: Uapê, 2000.

COSTEIRA Elza Maria Alves. O Hospital do futuro. In SANTOS, Mauro, BURSZTYN, Ivani. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Senac Rio. 2004, p. 77-91.

COUTO, Gisele. Prefacio. IN SANTOS, Mauro, BURSZTYN, Ivani. **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Senac Rio. 2004, p.16-27.

COUTO, Renato Camargos, PEDROSA Tânia Moreira Grillo. **Hospital acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CUNHA, Ana Maria C. A. Gestão em Enfermagem: novos rumos. **Revista o mundo da saúde**. São Paulo: 2002, v. 26 n.2. abr-jun . p. 309-314.

DEMING, W. Edwards. **Qualidade: a revolução da administração**. Tradução de Clave Comunicações e Recursos Humanos. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti; VIÁ Sarah Chucid da. **Pesquisa empírica em ciências humanas**. 2ª ed. São Paulo: Futura, 2001.

_____, BUENO, Marielys Siqueira. **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Thomson, 2003.

DIAS, Maria Antonia de Andrade. **Enfermagem e hotelaria hospitalar na promoção da hospitalidade**. Dissertação (Mestrado em hospitalidade) – Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, 2005.

DIAS, Celia Maria de Moraes. **Hospitalidade reflexões e perspectivas**. São Paulo: Manole, 2002.

DRUKER, Peter. **Eles não são empregados**. São Paulo. Exame/ Harvard Business Review, 2002, p. 71-79.

_____. A administração como função social e arte liberal. In GLEICH, M, MAHL, CR (Coord.). **O melhor de Peter Drucker: obra completa**. São Paulo: Nobel, 2002, p.197-204.

ECO, Umberto. **Estrutura ausente**: introdução à pesquisa semiótica. Tradução Pérola de Carvalho. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FÉRES, Lílian Chein. A saúde tem cura. Health & Management. São Paulo: **HSM Management**, 2006, n.1. set-out.

FERMAND, Catherine. **Les hôpitaux et les cliniques**: architectures de la santé. Paris: Le Moniteur, 1999 p. 20.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da Língua portuguesa**. São Paulo: Ed. Nova Fronteira, 1994, p. 281-282.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. **Práticas de enfermagem**: fundamentos, conceitos, situações e exercícios. São Paulo: Difusão enfermagem. 2003.

FONTES, Maria Paula Zambrano. Imagens da arquitetura da saúde mental. In SANTOS, Mauro, BURSZTYN, Ivani. **Saúde e arquitetura**: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares. Rio de Janeiro: Senac Rio.2004, p.58-75.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCE,K.R, GROVER, R. What is the health care product? **Journal of health care marketing**, Boone, v.12. n.2. p.31-38. Jun 1992.

FRANCO T.B, BUENO, W.S. MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em Saúde: Betim, Minas Gerais. Brasil. **Caderno de saúde pública**. 1999, v.15, p.345-353.

GALVAN,I., FRANZERO,M.J.B de Pinho, GALVAN, V.M. **Marketing como ferramenta de resultados em gestão de hospitais**. In FONSECA, M.M. Nascimento. Os mais relevantes projetos de conclusão dos cursos MBA de 2005. São Paulo: FVG, Strong. 2006, V.4, n.1, p.419-464.

Gasto público com saúde é insuficiente diz especialista. **Jornal do Senado**. Brasília.04 a10 dez 2006. p. 6.

GIDRA, Gilberto. DIAS, Celia Maria de Moraes. Hospitalidade: da simplicidade a complexidade. In DENCKER, Ada de Freitas Maneti (coord). **Planejamento e gestão em turismo e hospitalidade**. São Paulo: Pioneira Thomson. 2004. p.119-136.

GODOI, Adalto Felix. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e refazendo**. São Paulo: Ícone, 2004 p.42.

_____. A hotelaria hospitalar como uma vantagem competitiva. **Revista Hospitais Brasil**. São Paulo, 2005. ano III, n.15. set-out.

GODBOUT, Jacques T. **O espírito da dádiva**. Tradução: Patrice Charles F.X. Guillaume. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

GÓES, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

GOTMAN, S. **Lê sens de l'hospitalité**. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.

GOTMAN, Anne. La question de l'hospitalité aujourd'hui . In **Communications**, 65. Paris: Seuil, 1997.p.5-19.

GRINOVER, Lucio. Hospitalidade e qualidade de Vida: instrumentos para ação. In DENCKER, F. M., BUENO, M. S. **Hospitalidade: cenários e oportunidades**. São Paulo: Thomson, 2003, p.49-60.

_____. Hospitalidade no espaço urbano. **Revista Hospitalidade**. São Paulo: 2005. a . 2. n.1. p.21-30.

_____. A hospitalidade urbana: acessibilidade, legibilidade e identidade. **Revista Hospitalidade**. São Paulo: 2006, ano III, n. 2, p. 29 – 50, 2º sem.

_____. **A hospitalidade, a cidade e o turismo**. São Paulo: Aleph, 2007.

GUELLI, Augusto. **Tendências em projetos de edifícios para a saúde**. São Paulo: Câmara de Arquitetos. 2005.

_____, ZUCCHI, Paola. A influência do espaço físico na recuperação do paciente e os sistemas e instrumentos de avaliação. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo: 2005. v.7. n.27. p.43-50. abr - jun.

GUERRIER, Yvonne, ADIB, Amel. O trabalho na indústria da hospitalidade. In LASHLEY, Conrad, MORRISON, Alison. **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. Tradução de Carlos David Szlak. São Paulo: Manole. 2004. p. 357 – 361.

GUTIÉRREZ, Ramón. **Arquitetura latino-americana**. São Paulo: Nobel, 1989.

HALL, Edward T. **A dimensão oculta**. Tradução Waldéa Barcellos. São Paulo: Martins Fontes. 2005.

HEDIGER, H. **Studies of the psychology and behavior of captive animals in zoos and circuses**. Londres: Butterworth & Company, 1955.

Hospital Cinco Estrelas. **Gestão Médica**. São Paulo: 2006. a. 2. n. 10. mar.

ILDA, Itiro. **Ergonomia projeto e produção**. São Paulo: Edgar Blücher Ltda. 1990.

KOTAKA, Filomena, FAVERO, Manildo. Barreiras arquitetônicas em hospitais: a (in)adequação dos ambientes para as pessoas portadoras de deficiência física. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo: 1998. v.1. n.3. p.17-22. jul – set.

_____. **Avaliação da organização espacial, quanto aos fluxos das circulações de um hospital geral**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da USP – São Paulo, 1992.

KOTLER, Philip. **Marketing para o século XXI: como criar, conquistar e dominar mercados**. Tradução Bazán Tecnologia e Linguística. São Paulo: Futura, 1999.

LASHLEY, Conrad, MORRISON, Alison. **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. Tradução de Carlos David Szlak. São Paulo: Manole. 2004.

LIGGIERI, Sonia Regina Cicone. De paciente à cliente. **Revista Gestão Médica**. São Paulo, n. 2, p. 34, mai. 2005.

LIMA, José Antonio de. Por um pacto social da saúde. **Revista Fornecedores Hospitalares**. São Paulo. 2005, nov. p. 24 –25.

Linear, flexível e humanos. **Revista Arquitetura e Urbanismo**. São Paulo 2007, abr. ano 22, n.157, p. 42 – 49.

LOURES, Carlos Augusto da Silva, CAMPOMAR, Marcos Cortez. Um estudo sobre o uso da evidência física como forma de gerar percepções de qualidade em serviços: casos de hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**. Fundação de Comércio Álvares Penteado: 2005. a.7. n.17. abr. p.38-45.

LOVELOCK, C. WRIGHT, L. **Principles of service marketing and management**. New Jersey: Prentice-Hall, 1999.

LYNCH, J, SCHULER, D. Consumer evaluation of the quality of hospital services from an economics of information perspective. **Journal of Health Care Marketing**, Boone: v.10. n.2. p.16-22. june 1990.

MALIK, Ana Maria, TELES, João Pedro. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: 2001, v.41, n.3, p.51-59. jul-set.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: o estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Dissertação (mestrado) Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. USP, 1998.

MAUSS, Marcel L'appréciation sociologique du bolchevisme. **Revue de Métaphysique et de Morale** . Paris, n.31, 1924.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2000, 5ª ed. amp. e rev.

MEO, Guy di. **Lês Territoires du quotidien**. Paris: L'Harmattan, 1996.

MEZZOMO, A . et all. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

MIGNOT, Claude. **Architecture of the 19 th century**. Roma: Azzano S.Paolo, 1983.

MIQUELIN, Lauro. Um lindo hotel, parece um hospital. **Revista de Arquitetura: interiores e design**. São Paulo: n.214.1997. nov. p.104-107.

NEUFERT, E. **Arte de projetar em arquitetura**. Tradução: Benelisa Franco. Barcelona: 2005.

NICHOLL, A.R.J. O ambiente que promove a inclusão: conceitos de acessibilidade e usabilidade. **Revista Assentamentos Humanos**. Marília: 2001, v.3, n.2, p.49-60.

PEREIRA, Juliana Fantini Chaves. Atendendo ao requisito legal. In: COUTO, R. C., PEDROSA, Tania Moreira Grillo. **Hospital acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. , 2007, p. 284.

PEVSNER, Nikolaus. **A history of building types**. Londres: Papeback, 1976.

PFEFFER, Jeffrey. SUTTON, Robert I. **A verdade dos fatos: gerenciamento baseado em evidências**. Tradução Alexandra Mussi Araújo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

PNHAH – **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

POMPEU, Carlos Eduardo. Mudanças de conceitos e aporte de novas tecnologias preparam o hospital do coração para a virada do século. **Revista de Arquitetura: interiores e design**. São Paulo: 1997. p.46-51. nov.

PORTER, Michael. **Redefining health care creating value based competition on results**. Sao Paulo: Bookman, 2006.

Qualidade Hospitalar no Brasil. **Banas Qualidade**. São Paulo: 2001, a.x. jul. p. 20-24.

RAFFESTIN C. Reiventer l'hospitalité. In **Communications** . Paris: Seuil, 1997.p.165-177.

RAYMOND, H. Itineraire mental de l'urbain hospitalier. In **Communication** 65. Paris: Du Seuil, 1997.

RICCA JUNIOR, Jorge . Arquitetura do Hotel Moderno. In CIRILO, Leczy (Org). **Administração hoteleira: desafios e tendências para o século XXI**. São Paulo: DUS Editora, 2006.

SAMPAIO, Ana Virginia Carvalhaes de Faria. **Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade**. Proposta de um instrumento de avaliação. Doutorado em Arquitetura – Universidade de Arquitetura e Urbanismo (FAU), São Paulo, 2005.

SEARA, Antonio Carlos. Gestão da complexidade hospitalar usando o modelo do sistema viável (VSM). In: COUTO, R. C., PEDROSA, Tania Moreira Grillo. **Hospital acreditação e gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. , 2007, p. p.17.

SEYDOUX, José. **De l'hospitalité à l'accueil**. Denjes-Suíça: Delta & Spes S. A., 1983.

SILVA, Jr. A.G. MASCARENHAS. M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade aspectos conceituais e metodológicos. In PINHEIRO R., MATTOS, R. A. organizadores **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004, p. 241-257.

SOLLA, Jorge Jose Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife: n.5, v.4, p.493-503, out-dez, 2005.

SOUZA, Cylene. Construindo o hospital do futuro. **Saúde Business: especial arquitetura hospitalar**. São Paulo: a.14. p.15-20. abr 2006.

TENON, J. **Mémoires sur les hôpitaux de Paris**. Paris: Doinn/Assistance Publique-Hôpital de Paris, 1998.

THOMPSON, J. D. & GOLDIN G. **The hospital: a social and architectural history**. New Haven: Yale University Press, 1975, p. 349.

TIDEMAN, M.C. External influences on the hospitality industry. In CASSEE, E. H., REULAND, R. Hospitality in hospitales. **Management of Hospitality**. Oxford, Pergamon. 1983 p.1-24.

TOLEDO, Luis Carlos. **Feitos para curar arquitetura hospitalar e projetual no Brasil**. Rio de Janeiro: ABDEH, 2006.

TOLLET, Casemie. **Les édifices hospitaliers depuis leur origine jusqu'a nos jours**. 10 ed. Paris: 1892.

ULLMAN, Stephen. **La semantica**. Bolonha. Mulino. 1966.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo. v.41. n.4p.44-55, out-dez, 2001.

WADA, Elizabeth Kyoko, CAMARGO, Luiz Octávio de Lima. Os desafios da hotelaria. **GV Executivo**. São Paulo: v.5. n.1. fev-abr 2006.

WADA, Elizabeth Kyoko. Reflexões de uma aprendiz da hospitalidade. In: DENCKER, Ada de Freitas Maneti, BUENO Marielys Siqueira (organizadoras). **Hospitalidade: Cenários e Oportunidades**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. p.61-71.

YEE, Roger. **Healthcare spaces** nº 2. New York: Reference Publications, 2004.

_____. **Healthcare spaces** nº 3. New York: Reference Publications, 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SITES

A dama da Lâmpada . Disponível em:

http://www.ellusaude.com.br/enfermagem/historico_enf04.asp > acesso em 02 abr 2007.

AEDET (Achieving excellent desing evolution toolkit). Inglaterra, 2002. Disponível em [URL:Disponivel em: http://195.92.246.148/nhsestates/design_content/floats/resources/aedet_evolution.gov.uk](http://195.92.246.148/nhsestates/design_content/floats/resources/aedet_evolution.gov.uk).> acesso em 28 jun 2005.

BALLONE GJ.Percepção-in.PsiqWeb,2003. disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/percep.html>> acesso em 18 nov 2006

BRASIL. Constituição Federal. 1998. Disponível em : <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/consti.htm>> acesso em 10 mai 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Manual PNHAH. Disponível em <http://www.saude.sc.gov/eventos/humaniza.SUS/manual%20politica.humanizacao.doc>.> Acesso em 15 mai 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório de gestão: exercício de 2002. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/transparencia> .> Acesso em 15 set 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Agência Nacional de Vigilância sanitária. Legislação. Disponível em <http://www.anvisa.go.br/legis/index.htm>.> Acesso em 17 mar. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 1998-2001. Página da Internet. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatório/relatório.htm>. > Acesso em 4 abr 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990 – 2000. Brasília. Ministério da Saúde. 2002. Disponível em : http://dtr2001.saude.gov.br/editora / produtos/livros/pdf/02_0257_M1.pdf. > Acesso em: 03 jan 2007.

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. Histórico. Página da Internet. Disponível em: <http://www.ona.org.br> > acesso em 26 out. 2003.

BREYER, Dinara Moura Felipe, NEVES, André. Teorias da arquitetura convencional e suas implicações para o design em ambientes em jogos digitais. Disponível em: <http://cin.ufpe.br/~sbgames/proceedings/aprovados/23654.pdf> > acesso em 19 nov 2006.

Carta de Princípios das entidades Camilianas. Disponível em <http://www.camilianos.org.br/carta.asp>. > acesso em 22 mar 2007.

COSTEIRA, Elza Maria Alves. Arquitetura e o hospital do futuro. Disponível em: http://www.flexeventos.com.br./detalhes_01.asp?url=palestra01_08.asp. > acesso em 05 de abr 2007.

GANDELMAN, Luciana Mendes. A santa casa da misericórdia do Rio de Janeiro séculos XVI a XIX. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s0104-5970200100040006&lng=pt&nrm=isso > acesso em 02abr 2007.

GELINSKI, Gilmar. Centro de referencia hospitalar. Disponível em: http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura_694.asp > acesso em Jan 2007.

Gerenciamento de riscos do benefício saúde.[S.1.]: Towers Perrin,01 mai 2003. Informativo. Disponível em: http://www.towersperrin.com/hrservices/brazil/default_brasil.htm. > Acesso em 21 set 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: primeiros resultados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condiçãodevida/pdf/2002/tab112.pdf>. > acesso em 23 mai 2004.

KORNIS, G.E, CAETANO, R. Dimensão e estrutura econômica da assistência médica suplementar no Brasil. In TEIXEIRA A. **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar, v.1, 2002, p.36-65. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/aans/publicacoes.asp>. > acesso em 23 set 2003.

LIMA, Clovis Ricardo Montenegro de. Informação e regulação da assistência suplementar à saúde. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/inf-reg_assist-supl-saude.pdf > acesso em 13 dez 2006.

MACHADO, Lia Zanotta. Entre o inferno e paraíso, saúde, direitos e conflitualidades. Disponível em: http://www.unb.br/ics/da/serie_342_em_pdf.pdf > acesso em abri 2007.

NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 31mai 2005. 2ª ed. http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/ABNT/NBR_9050_31052004.pdf > 11 de jun 2005.

Obras modernizam Instituto de Psiquiatria. Disponível em: http://www.arcoweb.com.br/arquitetura/arquitetura_596.asp > acesso em jan 2007.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho. Disponível em: <http://www.pppge.ufrgs.br/disciplinas/1/ockreis-2006.pdf> > acesso em 03 jan 2007.

PAIVA, Cida. Ampliação do hospital Bosch em Campinas. **Finestra**. São Paulo: set 2006. Disponível em: <http://www.arcoweb.com.br/tecnologia/tecnologia72.asp> > acesso em 11 fev 2007.

SILVA, Kleber Pinto. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII: parte 1/6. Considerações preliminares e a gênese do hospital moderno: Tenon e o Incêncio do Hotel-Dieu de Paris. **Arquitextos**. n. 060. São Paulo: Vitruvius, fev. 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp052.asp>.> acesso em 11 nov 2005.

_____. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII: parte 2/6. A gênese do hospital moderno :saberes, práticas médicas e o hospital. **Arquitextos**. n. 060. São Paulo: Vitruvius, mar. 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp060.asp>.> acesso em 11 nov 2005.

_____. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII: parte 3/6. Disciplina ou formação do pensamento: a Razão das luzes, Tenon e o hospital. **Arquitextos**. n. 070. São Paulo: Vitruvius, maio. 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp070.asp>.> acesso em 11 nov 2005.

_____. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII: parte 4/6. Disciplina ou formação do pensamento: modelar o olhar, modelar o espaço. **Arquitextos**. n. 085. São Paulo: Vitruvius, jul. 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp085.asp>.> acesso em 11 nov 2005.

_____. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII: parte 5/6. Função, um conceito?: função x funcionalidade x funcionalismo. **Arquitextos**. n. 095. São Paulo: Vitruvius, set. 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp095.asp>.> acesso em 11 nov 2005.

_____. A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII: parte 6/6. Função, um conceito?: aprendendo com Tenon e considerações finais. **Arquitextos**. n. 111. São Paulo: Vitruvius, dez. 2001. Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arq000/esp111.asp>. > acesso em 11 nov 2005.

SUZUKI, Juliana Harumi. A questão da identidade na arquitetura latino-americana: elementos para reflexão. Disponível em: <http://www2.unopar.br/pesq-arq/revista/EXATA/00000318.pdf> > acesso em 19 nov 2006.

TOLEDO, Luis Carlos. Disponível em: http://mtarquitectura.com.br/conteúdopublicações/o_estudo-dos-fluxos-no-projetohospitalar.pdf > acesso em 08 fev 2007.

_____. Disponível em: http://www.fleventos.com.br/detalhe_01.asp?url=palestra01_05.asp > 02 abr 2007.

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002perfildeidososresponsaveispelosdomiciliospidoso.shtm> > acesso em 19 nov 2006.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este questionário é parte integrante do projeto da pesquisa “Uso da evidência física como forma de gerar percepções de hospitalidade em serviços de saúde”, da mestranda Ana Maria Campo Alves da Cunha, sob orientação da Profa. Dra. Celia Maria de Moraes Dias, da Universidade Anhembi Morumbi, e tem como objetivo identificar os elementos estruturais que podem ser classificados como indicadores de hospitalidade para os usuários da instituição de saúde.

Questionário:

- 1) Qual a sua função na instituição?
- 2) Qual a sua percepção sobre a relação entre o ambiente hospitalar e a recuperação do paciente?
- 3) Quais são os elementos de acolhimento do ambiente hospitalar?
- 4) Que elementos do projeto arquitetônico propiciam conforto aos usuários?
- 5) Quais a relação dos elementos estruturais do projeto arquitetônico, são indicadores de hospitalidade?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa “Uso da evidência física como forma de gerar percepções de hospitalidade em serviços de saúde” da mestranda Ana Maria Campo Alves da Cunha sob a orientação da Profa. Dra. Celia Maria de Moraes Dias, da Universidade Anhembi Morumbi, tem como objetivos identificar os elementos estruturais que podem ser classificados como hospitaleiros para os usuários da instituição de saúde.

Todas as informações da entrevista serão de uso exclusivo para a realização da pesquisa, sendo utilizados com a finalidade de fornecer elementos para a realização da investigação para a dissertação de Mestrado em Hospitalidade ou de relatórios e artigos de que dela resultem. É garantido total sigilo para o entrevistado.

Qualquer dúvida ou informação a respeito da pesquisa poderá ser esclarecido diretamente com a orientadora a Profa. Dra. Celia Maria de Moraes Dias pelo telefone (11)3847.3076, ou pelo e-mail cdias@anhembi.br.

Declaro que, de acordo com as informações que me foram dadas, consinto que o estudo seja realizado dentro das instalações do Hospital e Maternidade São Camilo – Santana.

Eu _____ concordo em participar voluntariamente desta pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2007.

Entrevistado: _____.

Assinatura: _____.

Entrevistador: Ana Maria Campo Alves da Cunha.

Assinatura: _____.