



ARQUITETURA COMO SUPORTE PSICOSSOCIAL EM EDIFÍCIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

ARCHITECTURE AS PSICHOSOCIAL SUPPORT IN HEALTHCARE BUILDINGS

Luciana de Medeiros

Doutora, Arquiteta

RESUMO

O desenvolvimento de novas tecnologias, políticas e práticas de saúde tem ocasionado diversas transformações nos edifícios de atenção à saúde. Estudos em diferentes áreas do conhecimento revelam que as mudanças no ambiente físico e social de atendimento em saúde podem influenciar positivamente os resultados médicos. O objetivo deste trabalho foi identificar componentes arquitetônicos que possam traduzir a capacidade do edifício de oferecer suporte psicossocial ao paciente e verificar em que medida esse tipo de discussão tem sido objeto de pesquisa em dissertações e teses no Brasil nos últimos dez anos. Nesta pesquisa, considerou-se que o termo humanização seria o que mais se adequava ao objeto. Nestes termos, foi executada uma revisão de literatura sobre o tema e o levantamento dos trabalhos constantes nos principais bancos de dados de teses e dissertações do país. Os resultados apontam uma extensa produção sobre o assunto e que os cuidados com a humanização estão associados à capacidade do edifício em oferecer ao paciente a possibilidade de controle, apoio social, conforto físico, acesso à natureza e ao entretenimento.

Palavras-Chave: arquitetura hospitalar, suporte psicossocial, humanização.

ABSTRACT

The development of new technologies, policies and health practices caused several changes in healthcare buildings. Studies in different areas of knowledge reveal that changes in the physical and social environment in healthcare can positively influence medical outcomes. The aim of this study was to identify architectural components that can translate to building capacity to provide psychosocial support to the patient and see to what extent this kind of discussion has been the subject of research dissertations and theses in Brazil in the last ten years. In this research, it was considered that the term humanization would be more suited to the object. Accordingly, a literature review was performed on the topic and the lifting of constant work on the country's main databases. The results show an extensive literature on the subject and the care humanization are associated with the building's ability to offer the patient the possibility of control, social support, physical comfort, access to nature and entertainment.

Keywords: healthcare architecture, psychosocial support, humanization.

1 INTRODUÇÃO

Inovações tecnológicas e científicas nas áreas de diagnóstico e terapia têm provocado uma série de mudanças na estrutura física e organizacional dos estabelecimentos de atenção à saúde.

Hoje, sabe-se que saúde não é só ausência de doença e que seus determinantes fazem parte de um amplo contexto, cujos fatores envolvidos são próprios de cada pessoa e do

seu cotidiano. A ideia de cura une-se ao cuidado com o paciente e inclui uma variedade de aspectos que buscam amenizar o estresse causado na experiência de hospitalização. Os espaços, então, perdem a imagem sombria, pouco atrativa e desconfortável dos antigos edifícios hospitalares.

Para atender essa nova demanda, a criação e o desenvolvimento de programas que visam a valorização do indivíduo – profissional e paciente – nas práticas de saúde tem sido uma constante. De uma maneira geral, busca-se a



participação conjunta dos diferentes aspectos envolvidos num ambiente voltado integralmente para o restabelecimento do paciente, incluindo pessoas, comportamentos e componentes físicos.

No que diz respeito à arquitetura, a incorporação desses princípios está fortemente vinculada aos aspectos presentes na relação entre o usuário e o seu ambiente.

O objetivo deste trabalho foi discutir o desenvolvimento dessa tendência, identificando componentes arquitetônicos do edifício capazes de oferecer suporte psicossocial ao paciente.

Buscou-se, ainda, verificar de que forma o tema da humanização do espaço para a saúde tem sido abordado no âmbito da pesquisa científica no país, através de revisão de literatura e do levantamento da produção de teses e dissertações desenvolvidas nos últimos dez anos.

2 BREVES NOTAS SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES DO EDIFÍCIO HOSPITALAR

Até o século XVIII, pode-se dizer que o hospital era considerado um local destinado ao abrigo de pobres e indigentes amparados por religiosos e leigos.

Somente a partir das primeiras medidas de intervenção sanitária nas cidades europeias é que a instituição hospitalar passou lentamente a adquirir uma função terapêutica (THOMPSON; GOLDIN, 1975; FOUCAULT, 1979). No século XIX, com o advento do partido pavilhonar, as enfermarias hospitalares passaram a ser planejadas de acordo com princípios de ventilação e insolação naturais. Dispostas em blocos isolados, permitiam a circulação do ar e a entrada de luz nos espaços internos em função do afastamento entre suas partes edificadas.

Como meio de garantir a salubridade, esse modelo de construção ainda é largamente utilizado. No seu formato inicial, o hospital pavilhonar teve como base as ideias desenvolvidas pela enfermeira inglesa Florence Nightingale.

As características deste partido arquitetônico previam enfermarias compostas por um número menor de leitos, posto de enfermagem e banheiros próprios, além de detalhes relativos ao funcionamento e supervisão do setor de internação, dimensionamento dos ambientes, disposição

do mobiliário e elementos do projeto considerados benéficos para iluminação e ventilação naturais (THOMPSON; GOLDIN, 1975; FOUCAULT, 1979).

No século XX, o período pós-guerras passou a ser caracterizado por uma intensa expansão dos serviços de saúde, especialmente nos Estados Unidos, Canadá e alguns países europeus. O aumento da demanda por leitos hospitalares levou ao surgimento de novas especialidades médicas e o avanço tecnológico.

Os hospitais cresceram em tamanho e em complexidade, tiveram sua estrutura verticalizada e projetada com sofisticados sistemas de ventilação, ar-condicionado, elevadores e monta-cargas (THOMPSON; GOLDIN, 1975; VERDERBER; FINE, 2000).

A corrida pelo desenvolvimento tecnológico permitiu a consolidação do setor saúde, mas provocou questionamentos a respeito da desconsideração das reais necessidades dos pacientes, havendo excesso de padronização e dependência dos equipamentos do hospital.

O aumento das despesas do Estado com os custos direcionados ao campo médico-hospitalar intensificou as disparidades na área e gerou discussões a respeito de uma possível descentralização dos serviços e da universalidade do direito à saúde (VERDERBER; FINE, 2000).

Como reação a estas questões, a partir dos anos de 1970, os ambientes de atenção à saúde passaram a sofrer mudanças pautadas em três fatores principais:

- na necessidade de encontrar um equilíbrio entre quantidade, custos e qualidade dos serviços prestados (VERDERBER; FINE, 2000; MARBERRY, 2006);
- no interesse pela relação ambiente, usuários e pelo estudo das reações emocionais e fisiológicas das pessoas influenciadas por este ambiente (SOMMER, 1973; PROSHANSKY, 1990);
- nos princípios ligados à informação, lazer e consumo (VERDERBER; FINE, 2000).

Segundo Verderber e Fine (2000) e Miller e Swensson (2002), nos anos de 1980 as instituições privadas de saúde iniciaram a busca pela prestação de serviços atrativos para sua clientela, fundamentados num cenário de lazer e consumo, característicos do pós-modernismo.



Fazem parte desse grupo os hospitais que apresentam tipologia arquitetônica semelhante ao de hotéis e *shoppings*, cuja lógica de funcionamento é a satisfação do cliente ou consumidor – como o paciente passa a ser denominado.

Atualmente, cresce o número de projetos e pesquisas que levam em conta a relação do edifício com o entorno, do usuário com o edifício e com novos paradigmas de saúde e doença.

3 SUPPORTIVE DESIGN: ORIGEM E ASPECTOS GERAIS

O termo *supportive design*, segundo Ulrich (1995), refere-se às características do ambiente que dão suporte ou facilitam a reação e restabelecimento com respeito ao estresse que acompanha o processo de doença e hospitalização.

Para o autor, o paciente deve possuir controle dos meios, da mobilidade e da interação social/privacidade, suporte social, acesso à natureza e distrações positivas.

Vale citar as pesquisas de Ulrich a respeito do impacto do ambiente hospitalar sobre o estresse (ULRICH, 2000, 2001, ULRICH *et al*, 2006); sobre implantação de áreas de jardins dentro do hospital como medida terapêutica (ULRICH, 2000) e a respeito do impacto do ruído sobre pacientes e *staff* (JOSEP; ULRICH, 2007).

Segundo Rodriguez-Marin (1995), quando alguém entra num hospital, o primeiro impacto é o do ambiente físico, seguido da total falta de intimidade e da transformação da sua vida privada em pública.

O paciente é obrigado a obedecer instruções da equipe médica e cumprir regras gerais do local. Se for internado, assume o papel de enfermo hospitalizado e dependente do sistema da instituição. O pessoal do hospital assume todo o controle dos meios e mobilidade do indivíduo, incluindo recursos físicos e de informação.

Apesar de Santos e Sebastiani (2001) considerarem necessárias algumas condições colocadas pela instituição, principalmente porque determinam o seu correto funcionamento, a forma despersonalizante com que isso acontece é criticável.

Como o hospital tem a função isoladora e o doente internado fica desligado do “mundo exterior”, a sensação de abandono, medo do desconhecido, descontentamento e desgosto pode acompanhá-lo durante a sua estada no local.

De acordo com Rodriguez-Marín (1995), a hospitalização aparece como:

- um estressor cultural: o paciente deve aceitar novas normas, valores e símbolos de uma subcultura hospitalar que, frequentemente, são inconsistentes com ele mesmo.
- um estressor social: o papel do paciente hospitalizado envolve elementos que pressionam sua identidade psicossocial, e estas novas interações sociais podem ser fonte de estresse.
- um estressor psicológico: pode introduzir desde fenômenos de dissonância entre dois ou mais fenômenos cognitivos a situações de dependência ou situações consideradas infantis.
- um estressor físico: a maioria das percepções físicas do hospital (odores e ruídos) e o seu próprio entorno físico podem causar emoções negativas na maioria dos pacientes.

Para os que trabalham com arquitetura, focalizando na relação indivíduo e espaço físico, vários são os fatores a serem considerados na minimização do estresse na vivência ambiental dos estabelecimentos de saúde.

Alguns autores investigam as teorias que tratam de fadiga mental e sua minimização através dos espaços naturais – ou *restorative environments*. Outros focam elementos capazes de diminuir os níveis de estresse presentes na experiência de adoecimento. Nesse sentido, o que alguns autores denominam *humanistic project* ou *healing environment*, outros chamam de *supportive design*.

O que se busca, de uma maneira geral, é um ambiente voltado integralmente para a recuperação e restabelecimento do paciente, envolvendo pessoas, comportamentos e componentes físicos (CARPMAN; GRANT, 1986; MALKIN, 1992; ULRICH, 1995).

De acordo com Carpmán e Grant (1986), um “projeto humanístico” de arquitetura deve contemplar o ponto de vista de pacientes e visitantes. Para alcançar esse fim, ar-



quietos e demais planejadores devem considerar a interação das pessoas com seus ambientes e, conseqüentemente, o estado emocional e psicológico em que se encontram os pacientes ao serem submetidos a algum procedimento e ao entrarem em contato com a diversidade/quantidade de aparatos e pessoas.

As necessidades dos pacientes e visitantes são levadas em conta quando quatro aspectos são obedecidos: sinalização, conforto físico, possibilidade de regular o contato social e cuidado com significados transmitidos pelo ambiente.

Malkin (1992) apresenta exemplos de hospitais que seguem uma filosofia chamada de *Planetree*, respaldada na premissa de que o paciente deve ter poder de escolha e controle sobre vários aspectos ligados ao seu tratamento. Desenvolve o que se denomina de “cuidado centrado no paciente”.

Esta expressão representa um conjunto de medidas que envolvem a relação médico-paciente, o apoio da família e, principalmente, o acesso à informação – que vai desde a lista de medicamentos prescritos pelo médico, até o acesso a livros e revistas da área.

Para ser considerado *healing environment*, o espaço deve apresentar cuidados no tocante ao controle de ruídos, qualidade do ar, conforto térmico, privacidade, iluminação, comunicação, visão da natureza, cores, texturas e acomodações para os familiares dos pacientes.

Tomando como base os exemplos de pesquisas apresentados, é possível sugerir que as questões associadas ao suporte psicossocial do edifício estão vinculadas à sua organização espacial, ao leiaute, à presença de determinados ambientes e à integração com o entorno. O edifício de saúde, portanto, deve:

- oferecer ao paciente possibilidade de controle dos meios: sinalização e comunicação visual (o controle dos meios pode incluir, por exemplo, informações prestadas ao paciente e sua participação no tratamento. No tocante ao espaço físico, no entanto, a sinalização dos ambientes é essencial para que os usuários entendam os percursos a serem realizados).

- oferecer ao paciente possibilidade de controle da interação social: leiaute e distâncias interpessoais; presença de elementos que permitam ou não a visualização da pessoa, como vidros nas esquadrias ou elementos vazados; posição do mobiliário em relação às portas ou circulações.
- oferecer ao paciente suporte social: locais para permanecer com a família ou acompanhantes e para conversar com o staff; áreas de convívio, telefones etc.
- oferecer ao paciente possibilidade de acesso à natureza e distrações: visualização do exterior do edifício, posição do mobiliário em relação às aberturas/janelas/portas, elementos como jardins, fontes de água e equipamentos de comunicação e informação (livros, revistas, rádios, televisões, computadores e acesso à internet).
- controle das condições físicas: temperatura, iluminação, ruído, odores (janelas ou outros tipos de aberturas que possibilitem entrada de ventilação e/ou iluminação naturais; proximidade com outros ambientes que sejam fonte de odores e ruídos; presença, quando for o caso, de condições artificiais de ventilação e iluminação).

Vários autores têm se dedicado a pesquisas que ressaltam a importância da arquitetura como um instrumento terapêutico e capaz de influenciar resultados médicos.

Podem ser citados os artigos de revisão sobre o assunto de Devlin e Arneill (2003); as pesquisas que tratam de determinadas variáveis ambientais que interferem na percepção do paciente sobre a qualidade do tratamento (ARNEILL; DEVLIN, 2002; FORNARA; BONAIUTO; BONNES, 2006; LEATHER; BEALE; SANTOS, 2003), bem como as pesquisas que avaliam espaços abertos e jardins dentro das instituições hospitalares (ULRICH, 2000; WHITEHOUSE *et al*, 2001).

Apesar de grande parte dos trabalhos dentro desta vertente ter sido publicada em países desenvolvidos, torna-se relevante enfatizar que, nos últimos anos, pesquisadores brasileiros da área da Arquitetura Hospitalar também têm efetuado estudos equivalentes.



ITEM	ASPECTOS ENVOLVIDOS	COMPONENTES ARQUITETÔNICOS
Controle dos meios / Autonomia	Informações sobre o local e sobre o tratamento	- Sinalização / Comunicação visual - Postos de informação - Acessibilidade arquitetônica / Desenho Universal
Controle da interação social	Escolha da interação com outros pacientes ou visualização constante	- Leiaute / Distâncias interpessoais - Espaços abertos x fechados - Elementos que permitam ou não a visualização da pessoa e a passagem do som - Posição do mobiliário em relação às portas e circulações
Suporte social	Presença da família, distrações positivas e atividades com equipe multidisciplinar	- Locais para permanecer com a família ou amigos - Locais para realizar atividades terapêuticas com a equipe hospitalar
Acesso à natureza ou ao exterior do edifício	Possibilidade de visualizar espaços externos e jardins	- Aberturas / Varandas / Janelas com vista para o exterior do edifício - Jardins para caminhadas ou contemplação

Quadro 01: Suporte psicossocial do edifício hospitalar e seus componentes arquitetônicos

Fonte: Autora a partir dos estudos de Carpman; Grant (1986); Malkin (1992); Ulrich (1995); Ulrich (2000); Ulrich (2001); Ulrich et al (2006).

4 A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR E AS PESQUISAS EM ARQUITETURA NAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS

Para dar continuidade às questões propostas neste artigo, realizou-se uma pesquisa bibliométrica nas plataformas de buscas: Periódicos Capes, Bancos de Teses Capes, Domínio Público e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, a fim de localizar trabalhos acadêmicos dentro da área da arquitetura, nos últimos dez anos, a partir dos termos “arquitetura hospitalar” e “humanização”. O principal intuito desse levantamento foi verificar de que forma o assunto tem sido abordado no âmbito da pesquisa científica no país.

Em relação às palavras-chave utilizadas, alguns comentários devem ser evidenciados. Como não há tradução literal para o termo *supportive design* e aqui se faz uso da expressão “suporte psicossocial do edifício de atenção à saúde”, sua aplicação não funcionaria como critério de busca nas plataformas supracitadas.

Apesar de mais amplo, o termo “suporte psicossocial” não faz parte das discussões na área de arquitetura. Dessa forma, considerando as políticas de humanização em saúde em curso no Brasil (BRASIL, 2004) e o uso frequente deste termo em projetos arquitetônicos dos estabelecimentos hospitalares, a palavra “humanização” revelou-se mais

apropriada ao processo de investigação.

A delimitação do período da pesquisa, os últimos dez anos, deve-se a ser o período que marcou o fortalecimento das discussões em torno da humanização no Brasil e o aparecimento de uma política de saúde com essa finalidade.

4.1 Resultados

Foram encontrados 23 trabalhos dentro dos critérios estabelecidos para a busca, sendo que, destes, três se repetem entre os bancos de dados utilizados e um deles não possui relação com os tópicos em debate. Desse modo, podem ser enumerados dezenove trabalhos de diferentes universidades brasileiras que tratam dos temas arquitetura hospitalar e humanização nos últimos dez anos: doze dissertações e sete teses.

A análise desse material permitiu a identificação de vários aspectos da humanização e seus componentes arquitetônicos correspondentes, capazes de promover a saúde do paciente (ver quadro 01).

Todos os estudos investigados fazem uma explanação geral a respeito da humanização em saúde e em arquitetura, discorrendo sobre as principais mudanças dos ambientes hospitalares ao longo do tempo. Diferem, no entanto, nos objetivos e recortes temáticos utilizados.



É possível, desta forma, dividir os trabalhos selecionados em três grupos, enumerados a seguir e no quadro 02:

- A maior incidência é de dissertações e teses que apresentam discussões gerais sobre o processo de humanização e os elementos arquitetônicos capazes de influenciar positivamente o processo de recuperação do paciente (TEIXEIRA, 2005; GUIMARÃES, 2007; COUTO, 2009; ROCHA, 2011; LIMEIRA, 2006; MELENDRES, 2011; VALOTO, 2012; MENEZES, 2012; CIACO, 2010; FONTES, 2007; CAVALCANTI, 2011; GIACOMO, 2011).
- Em segundo lugar, destacam-se as pesquisas que abordam a humanização dos estabelecimentos de atenção à saúde analisando apenas um componente ou conjunto de componentes arquitetônicos expostos no quadro 01, relacionados ao controle da autonomia, controle da interação social, acesso à natureza e condições físicas. São estudos com ênfase na flexibilidade dos ambientes, privacidade, ambientes lúdicos, contato interior e exterior do edifício e iluminação natural (SANTOS, 2009; GRIMM, 2012; GRENFELL, 2010; VIANNA, 2010; MACHADO, 2012).
- Em terceiro lugar, com menor incidência, aparecem pesquisas que tratam a humanização hospitalar a partir de uma perspectiva histórica, tanto da arquitetura como dos processos saúde-doença, com destaque para determinadas edificações e/ou arquitetos (TOLEDO, 2008; PINHEIRO, 2012).

OBJETIVOS E RECORTES	DISSERTAÇÕES	TESES
Humanização x Discussão geral	9	3
Humanização x Aprofundamento em um componente ou conjunto de componentes arquitetônicos presentes no Quadro 01	1	4
Humanização x História da arquitetura e dos processos saúde-doença	1	1
TOTAL	11	8

Quadro 02: Recortes temáticos das dissertações e teses

Fonte: Autora

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi proposto, no presente trabalho, discutir a capacidade do edifício hospitalar oferecer suporte psicossocial ao paciente. Para tanto, foi efetuada uma pesquisa na literatura internacional e na produção de dissertações e teses no país, nos últimos dez anos.

Constatou-se que a articulação arquitetura versus influência positiva do ambiente sobre o restabelecimento e conforto de pacientes já é uma realidade nas pesquisas nacionais, ainda que sejam mais recentes do que as que são realizadas no cenário internacional.

Percebe-se que o tempo para a incorporação de novas teorias e conceitos no desenvolvimento de trabalhos técnicos e científicos a respeito do tema é um aspecto inerente ao processo de produção do conhecimento.

Deve-se ressaltar que uma das contribuições deste artigo foi encontrar subsídios que auxiliem a observação dos espaços de atenção à saúde em futuros estudos empíricos, já que grande parte dos fenômenos e/ou conceitos não podem ser observados senão através de indicadores ou variáveis arquitetônicas que permitam sua apreensão e análise.

Acredita-se que tais subsídios auxiliem o processo projetual, a inovação e a criatividade em arquitetura, especialmente pela sua comprovada influência nos processos terapêuticos em estabelecimentos assistenciais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ARNEIL, A. B.; DEVLIN, A. S. Perceived quality of care: the influence of the waiting room environment. **Journal of Environmental Psychology**, 22, v. 22, [s.l.], p. 345-360, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília, 2004.
- CARPMAN, J.R.; GRANT, M. A. **Design that cares: planning health facilities for patients and visitors**. Chicago: American Hospital Association, 1986.
- CAVALCANTI, P. B. **A humanização de Unidades clínicas de Hospital-Dia: vivência e apropriação pelos**



usuários, 2011, 421f. Tese (Doutorado em Arquitetura). UFRJ, Rio de Janeiro, 2011.

CIACO, R. J. S. **A arquitetura no processo de humanização dos ambientes hospitalares**, 2010, 150f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura, Urbanismo e Tecnologia), USP, São Carlos, 2010.

COUTO, R. S. **Hospital municipal Lourenço Jorge: um estudo sobre a contribuição da arquitetura para o processo terapêutico**, 2009, 194f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura), UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

DEVLIN, A. S.; ARNEILL, A. B. Health care environments and patient outcomes. A review of the Literature. **Environment and Behavior**, v. 35, [s.l.], p. 665-694, 2003.

FONTES, M. P. Z. **Humanização dos espaços de saúde: contribuições para a arquitetura na avaliação da qualidade do atendimento**, 2007, 308f. Tese (Doutorado em Arquitetura), UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

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

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

GIACOMO, N. S. B. **Diretrizes projetuais para unidades de urgência e emergência hospitalares eficientes**, 2011, 388f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo), USP, São Paulo, 2011.

GRENFELL, C. P. **Os efeitos da flexibilidade ambiental na postura do usuário relativa ao simbolismo dos espaços sociais de tratamento do câncer**, 2010, 198f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), UFMG, Belo Horizonte, 2010.

GRIMM, A. M. A. **Análise de sistemas híbridos em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) visando conforto térmico e redução de consumo energético**, 2012, 189f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). USP, São Paulo, 2012.

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

JOSEPH, A.; ULRICH, R. Sound control for improved outcomes in healthcare settings. **The Center for Health Design**, v.4, 2007. Disponível em : <<https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Sound%20Control.pdf>>. Acesso em: 30 de jan. de 2010.

LEATHER, P.; BEALE, D.; SANTOS, A. Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas. **Environment and Behavior**, v. 35, n.6, [s.l.], p. 842-869, 2003.

LIMEIRA, F. M. **Arquitetura e integralidade em saúde: uma análise do sistema normativo para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde**, 2006, 191f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), UNB, Brasília, 2006.

MACHADO, E. S. **Relações entre ambientes internos e externos em centros de reabilitação motora: um estudo na Associação de Assistência à Criança Deficiente de Nova Iguaçu-RJ**, 2012, 217f. Tese (Doutorado em Arquitetura), UFRJ, Rio de Janeiro, 2012.

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

MARBERRY, S. **Improving Healthcare with Better Building Design**. Concord: The Center for Health Design, 2006.

MELENDRES, C. N. **O homem e o espaço hospitalar: o Edifício Manoel Tabacow Hidal, Hospital Albert Einstein (1958)**, 2011, 177f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.

MENEZES, S. A. P. **Qualidade do ambiente construído: o caso da UPA Samambaia**, 2012, 112f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), UNB, Brasília, 2012.

MILLER, R. L.; SWENSSON, E. **Hospital and healthcare facilities design**. Nova York: McGraw-Hill, 2002.



PINHEIRO, M. E. **História da arquitetura hospitalar em Salvador: o hospital da Santa Casa de Misericórdia e a emergência do hospital terapêutico do final no sec. XIX**, 2012. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo), UFBA, Salvador, 2012.

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

ROCHA, M. E. **Humanização do edifício hospitalar: análise dos hospitais da Rede Sarah Kubitschek de João Filgueiras Lima (Lelé)**, 2011, 255f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.

RODRIGUEZ-MARÍN, J. R. **Psicología Social de la Salud**. Madri: Síntesis, 1995.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.), **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2001, p. 147-176.

SANTOS, D. M. L. **Encontros e desencontros da iluminação natural: um estudo em espaços de internação hospitalar**, 2009, 165f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), UFAL, Maceió, 2009.

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

TEIXEIRA, R. F. **Avaliação pós-ocupação e humanização em ambiente de saúde: um estudo de caso na área de Reabilitação, em Niterói, RJ**, 2005, 211f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura), UFF, Rio de Janeiro, 2005.

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

TOLEDO, L. C. M. **Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício**

hospitalar, 2008, 238f. Tese (Doutorado em Arquitetura), UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

ULRICH, R. Effects of healthcare interior design on wellness: theory and recent scientific research. In: MARBERRY, S. (Org.), **Innovations in Healthcare design**. Nova Iorque: John Wiley & Sons Inc, 1995, p. 88-104.

ULRICH, R. Effects of gardens on health outcomes: theory and research. In: COOPER-MARCUS, C.; BARNES, M. (Org.), **Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations**. Nova Iorque: John Wiley & Sons Inc, 2000, p. 27-85.

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

ULRICH, R.; ZIMRING, C.; QUAN, X.; JOSEPH, A. The environments impact on stress. In: MARBERRY, S. (Org.), **Improving Healthcare with Better Building Design**. Concord: The Center for Health Design, 2006, p. 37-61.

VALOTO, F. M. **A humanização da arquitetura hospitalar e a promoção da saúde: um estudo sobre os ambientes de permanência do paciente, com ênfase em hospitais públicos**, 2012, 202f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), UFF, Rio de Janeiro, 2012.

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

VIANNA, L. M. **Arquitetura e privacidade em ambientes de atenção à saúde**, 2010, 167f. Tese (Doutorado em Arquitetura). UFRJ, Rio de Janeiro, 2010.

WHITEHOUSE, S.; VARNI, J. W.; SEID, M.; COOPER-MARCUS, C.; ENSBERG, M. J.; JACOBS, J. R.; MEHLENBECK, R. S. Evaluating a children's hospital garden environment: utilization and consumer satisfaction. **Journal of Environmental Psychology**, v. 21, [s.l.], p. 301-314, 2001.