

# HUMANIZAÇÃO DO EDIFÍCIO HOSPITALAR: UM TEMA EM ABERTO

TOLEDO, Luiz Carlos de Menezes

Arquiteto, Mestre em Arquitetura e Doutorando, PROARQ, Faculdade de Arquitetura da UFRJ  
(toledo@mtarquitectura.com.br)

## RESUMO

*O conteúdo desse artigo se inscreve na sessão temática Projeto Como Campo de Pesquisa, do PROJETAR 2005, sendo parte do projeto de pesquisa do doutorado que estamos desenvolvendo no PROARQ sobre a relação entre os saberes, práticas e políticas de saúde pública e a arquitetura hospitalar brasileira no século XX. O artigo procura demonstrar que os conceitos e objetivos da humanização da atenção à saúde e do edifício hospitalar encontram-se em construção apesar de terem surgido, no ocidente, a partir da criação do chamado hospital terapêutico, no final do século VIII. Faz uma relação entre os obstáculos a serem vencidos para que possam ser alcançados os objetivos de integralidade, universalidade e equidade, defendidos pelo SUS, e os desafios que os arquitetos interessados na humanização do edifício hospitalar terão de superar. O artigo estabelece uma relação direta entre a humanização do edifício hospitalar e os princípios que regem uma boa arquitetura e termina com um conjunto de propostas para o aprimoramento do edifício hospitalar.*

## ABSTRACT

*The content of this paper is inscribed in the thematic session "Design as Research" of PROJETAR 2005, and is part of the Doctoral Research we now develop in the Program of Post Graduation in Architecture (PROARQ) of the Federal University of Rio de Janeiro, and which is about the relationship between knowledge, practices and public health policies and Brazilian hospital architecture in the twentieth century. The paper tries to show that the concepts and purposes of health care and hospital building humanization are still under construction, although they have emerged, in western countries, from the so called therapeutic hospital, in the end of the eighth century. It establishes a relationship between the obstacles that need to be defeated in order to achieve integrality's, universality's and equity's goals, defended by SUS (Brazilian Health System), and the challenges that architects who are interested in humanizing hospital buildings will have to overcome. Finally, the paper determines a straight relation between the humanization of hospital buildings and the principles that guide good architecture, and lists a series of propositions which can improve this type of building.*

O que se entende por Humanização do Edifício Hospitalar? Quais os seus objetivos e limites? Qual a sua contribuição para a cura dos pacientes e para o conforto dos demais usuários do edifício hospitalar? Que papel desempenharia o arquiteto nesse processo?

Não é de estranhar que, vivenciando uma crise que transcende os limites do Rio de Janeiro para afetar profundamente todo o sistema nacional de atenção à saúde, atingindo, particularmente, a população menos favorecida, esse tema, ainda em construção, venha despertando tanto interesse entre aqueles que se preocupam com a questão da saúde.

Sua discussão vem se processando em paralelo a outros temas voltados para a consecução de práticas médicas mais eficazes como, por exemplo, a questão da integralidade<sup>1</sup> na atenção e no cuidado à saúde ou, também, a recente incorporação, ainda sob forte resistência, de práticas

<sup>1</sup> O conceito de **integralidade** caracteriza-se por seu caráter polissêmico, encontrando-se em pleno processo de construção. Várias visões do que seria a integralidade em ações de saúde são expostas nos livros *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*; *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*; *Cuidado - as fronteiras da integralidade*, organizados por Roseni PINHEIRO e Ruben Araujo de MATTOS e publicados pela HUCITEC. IMS-UERJ. ABRASCO em 2001, 2003 e 2004, respectivamente. O conceito é um dos princípios constitucionais do SUS, que garante ao cidadão, visto como um ser integral, bio – psico – social, o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo doenças.

consideradas alternativas, como a acupuntura e a fitoterapia, entre outras, ao modelo oficial de atenção à saúde<sup>2</sup>.

O interesse pelo tema passou a ter, recentemente, um interesse ainda maior, a partir do lançamento do programa “HUMANIZA SUS”, em 2004, no qual o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes de uma política nacional de humanização da atenção à saúde e traçou uma estratégia geral para sua implementação, divulgada amplamente no documento “Base para Gestores e Trabalhadores do SUS” (M.S., 2004).

Ao fazê-lo, identificou uma série de obstáculos a serem vencidos para que possam ser alcançados os objetivos de integralidade, universalidade e equidade defendidos pelo SUS.

São eles:

- *Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais.*
- *Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência.*
- *Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.*
- *Sistema Público de saúde burocratizado e verticalizado.*
- *Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe.*
- *Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.*
- *Desrespeito aos direitos dos usuários.*
- *Formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde.*
- *Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS.*
- *Modelo de atenção centrado na relação queixa/conduta.*

Podemos perceber que vários desses desafios também deverão ser superados pelos arquitetos interessados na **humanização do edifício hospitalar**.

A fragmentação do processo de trabalho, por exemplo, também atinge as equipes que desenvolvem projetos hospitalares, em decorrência da falta de diálogo entre arquitetos e engenheiros, encarregados de projetar a edificação e seus sistemas de infra-estrutura, os demais profissionais que participam do processo (administradores, médicos, enfermeiros etc.) e os usuários do edifício hospitalar (pacientes, acompanhantes e funcionários), geralmente ignorados pelos projetistas.

De qualquer forma, a adequação do edifício hospitalar às exigências da nova Política Nacional de Humanização, sem dúvida alguma, constitui peça importante na estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para implementá-la.

Apesar de concordarmos com Roslyn Lindheim (LINDHEIM, 1975) quando nega o poder de um ambiente construído de humanizar ou desumanizar os serviços de saúde, certamente o ambiente hospitalar pode ser um facilitador e, até mesmo um estimulador, de práticas que considerem a auto-estima dos pacientes como fator de cura.

Nesse sentido, acreditamos que os arquitetos precisam posicionar-se como protagonistas desse processo, não aceitando o papel de meros coadjuvantes, cujo encargo seria apenas de projetar os ambientes definidos em programas hospitalares desenvolvidos, em sua maioria sem a sua participação.

---

<sup>2</sup> A resistência da medicina oficial às práticas consideradas alternativas é dissecada no instigante livro *Sem Anestesia, o desabafo de um médico* de Alex Botsaris (BOTSARIS, 2001).

Trata-se, portanto, de recuperar o papel e a responsabilidade de proporcionar, através da arquitetura, as condições funcionais e de conforto necessárias ao bom desempenho das práticas médicas, bem como o bem-estar e a auto-estima dos usuários dos edifícios de saúde. Assim atuando, os arquitetos certamente contribuirão para o processo de cura dos pacientes.

Michel Foucault, ao analisar, em seu livro *Microfísica do Poder*, o nascimento do **hospital terapêutico** no final do século XVIII, tratou magistralmente dessa questão ao escrever: **“A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico”** (FOUCAULT, 1979, p. 109).

Com o objetivo de refletir sobre esse papel, procuramos localizar o surgimento dos primeiros cuidados com a humanização, seus objetivos, limites e possibilidades nestes tempos de crise..

## As Primeiras Iniciativas de Humanização

A preocupação com a **humanização do edifício hospitalar** é antiga. Estava presente, por exemplo, no pensamento e na atuação de Avicena (979-1037). No ocidente, os europeus somente começaram a tratar seriamente do assunto no final do século XVIII, quando Howard e Tenon (este, a convite da Academia de Ciências de França) desenvolvem exaustivas pesquisas nos hospitais europeus, tendo como finalidade estabelecer diretrizes para a criação de uma nova proposta hospitalar, chamada por Foucault de **hospital terapêutico**.

Com a adoção da nova proposta, os hospitais deixam de ser apenas instituições de assistência aos pobres e de exclusão social, para assumir também a missão de curar. Para que esse objetivo fosse alcançado, tanto as práticas médicas como os edifícios hospitalares passaram por grandes transformações, dentre as quais podemos destacar sua medicalização, já que, até então, a prática da medicina se dava fora do ambiente hospitalar. Essa foi, certamente, uma das primeiras iniciativas de humanização. A importância desse momento para a arquitetura hospitalar pode ser medida pelo fato de que as diretrizes propostas por Tenon mantiveram-se válidas até meados do século XX.

Em pesquisa recente, em que levantamos artigos e notícias sobre Arquitetura Hospitalar publicados em revistas brasileiras de arquitetura no século XX, constatamos que o tema da humanização do edifício hospitalar vem sendo tratado pelos arquitetos desde o início do século passado.

O fichamento deste material, composto principalmente por memoriais justificativos dos hospitais projetados, revelou-nos que a preocupação com a humanização, entre os arquitetos desse período, manifestava-se, principalmente, através de princípios gerais que regem uma boa arquitetura, tais como: a orientação do edifício, de forma a garantir a melhor insolação para as enfermarias; a proteção contra as intempéries; sua correta localização na estrutura urbana; seu dimensionamento; o cuidado com os fluxos hospitalares e com as instalações, quase sempre visitáveis por *shafts* e pavimentos técnicos. No material levantado encontramos poucas referências a certos tipos de cuidados, chamados por Roslyn Lindheim de “cosméticos”: ambientes decorados com cenários domésticos, pisos acarpetados, paredes coloridas etc. (LINDHEIM, 1975).

É curioso que, hoje, muitas conquistas alcançadas a partir do surgimento do hospital terapêutico passam despercebidas aos nossos olhos, sendo consideradas como parte integrante do ambiente hospitalar. Com o agravamento da crise na saúde, entretanto, alguns cenários do passado voltam a nos assustar. Crianças ocupando o mesmo berço; isolamentos com mais de um paciente; corredores atravancados de macas usados como enfermarias; pacientes disputando, nas UTIs, respiradores para sobreviverem; filas intermináveis, profissionais desmotivados e consultas permanentemente adiadas compõem o cotidiano dos nossos hospitais e destroem qualquer vestígio de auto estima nos pacientes.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> O tema da “desumanização” da assistência à saúde e sua relação com a perda de identidade dos pacientes, uma das causas do agravamento das doenças, é tratado por Charles E. Lewis em *Humanizing Health Care: a physician’s perspective* (Lewis, 1975).



Fig. 1: Os corredores de um hospital transformados em enfermaria. (Foto do autor, 2001).

Este processo de desumanização do ambiente hospitalar anula avanços importantes como a proibição do compartilhamento dos leitos hospitalares e a obrigatoriedade, a partir de 1770, da permanência de pelo menos um médico nos hospitais franceses.



Fig. 2: Pacientes compartilham o mesmo leito hospitalar no Hôtel de Dieu de Paris. (Fonte: TOLLET, 1892).

Outra conquista importante do hospital terapêutico, que contribuiu em muito para aumentar as chances de cura dos pacientes, foi a sua separação por tipo de patologia, reduzindo os riscos de contágio. Essas inovações decorriam não só da adoção das propostas de Tenon, mas também da incorporação de novas descobertas e saberes às práticas médicas, que teriam um papel importante, na diminuição do número de leitos dos hospitais gerais, na assepsia dos ambientes hospitalares e no surgimento dos primeiros hospitais especializados em Londres, já no final do século XIX e início do século XX.

Paralelamente, o edifício hospitalar passava por uma total transformação, sem a qual não seria possível dar suporte físico adequado à renovação das práticas e procedimentos. O hospital pavilhonar foi, indiscutivelmente, a formidável resposta arquitetônica a esses novos saberes, permanecendo até hoje como alternativa projetual válida<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> No *Handbuch der Architectur* (1897) de Kuhn, na parte dedicada aos hospitais, considera-se o projeto pavilhonar como sendo a forma ideal para o projeto do Hospital. O modelo é também defendido por Guadet, no seu famoso *Elements et Theories de L` Architecture* (1902), In Pevsner (1976).





Fig.3: A permanência do partido pavilhonar. (Fonte: TOLLET, 1892 e Foto do acervo pessoal de João Filgueiras Lima, 2003).

Descrevendo as características do hospital, no final do século XVIII, Foucault lembra, entre outros conceitos: “ **A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura. O hospital exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir**”. (FOUCAULT, 1979, p 108, 109).

Nessa época, a arquitetura hospitalar procurava atender às necessidades espaciais e funcionais exigidas pela prática de uma medicina hospitalar que, pela primeira vez na história do ocidente, tinha o objetivo de curar.

Com esse objetivo, os arquitetos criaram um conjunto de barreiras físicas contra a disseminação de infecções hospitalares, algumas das quais utilizadas até hoje, como as enfermarias em pavilhão, as antecâmaras, os vestiários-barreira, os prós-pés e os corredores exclusivos.

Entretanto, a sofisticação das práticas médicas e de procedimentos (por exemplo, o tratamento dos resíduos na origem), aliada aos progressos da assepsia de ambientes e materiais e do uso dos antibióticos, pouco a pouco derrubou essas barreiras, na medida em que se tornavam desnecessárias para conter as infecções hospitalares<sup>5</sup>.

O abandono das barreiras físicas, de certa forma, marcou o início de um processo de afastamento entre a arquitetura hospitalar e as práticas da medicina, contribuindo para que a participação do arquiteto perdesse parte da importância anteriormente adquirida, na medida em que os estudos dos fluxos, o dimensionamento dos ambientes e, até mesmo, o partido arquitetônico, no pensamento de muitos, não mais contribuíam significativamente para o processo de cura.

A arquitetura hospitalar deixava de ter o mesmo “estatuto de um gesto médico”; desempenhava um papel secundário, cuja tarefa seria apenas produzir o invólucro das práticas médicas, cada vez mais poderosas e auto-suficientes, do novo hospital tecnológico.

A capa da revista *Veja*, ao mostrar um paciente de UTI flutuando no espaço, retrata, de forma caricatural, não só o viés tecnológico da medicina moderna, como também a pouca importância atribuída ao ambiente hospitalar no processo de cura.

<sup>5</sup> As Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde ao tratar dos Critérios de Projeto (ANVISA, 2002, p 112) orienta: A melhor prevenção de infecção hospitalar é tratar os elementos contaminados na fonte: o transporte de material contaminado, se condicionado dentro da técnica adequada, pode ser realizado através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou paciente, sem risco algum. Circulações exclusivas para elementos sujos e limpos é medida dispensável nos EAS. Mesmo nos ambientes destinados à realização de procedimentos cirúrgicos, as circulações duplas em nada contribuem para melhorar sua técnica asséptica, podendo prejudicá-la pela introdução de mais um acesso, e da multiplicação de áreas a serem higienizadas.



Fig. 4: A medicina poderosa frente à falta de importância do ambiente hospitalar. (Fonte: Capa da revista Veja , ano 28-N 19, 10 de maio de 1995, Editora Abril).

Diversas têm sido as respostas dos arquitetos a essa nova realidade. Alguns, mais acomodados, abriram mão de participar da formulação dos programas hospitalares e também das questões próprias da arquitetura hospitalar, como o dimensionamento e a localização dos ambientes, o estudo dos fluxos hospitalares, a escolha de materiais e, até mesmo, as cores das paredes escolhidas de acordo com as regras da cromoterapia ou, o que seria ainda mais grave: conforme o gosto do diretor da unidade!

Outros arquitetos restringiram sua contribuição a uma atuação próxima da cenografia, mascarando as funções hospitalares em projetos com a ambientação ora residencial, ora de hotel de luxo.

Um número menor de arquitetos teve a oportunidade a oportunidade de atuar em equipes interdisciplinares que valorizavam a permanente troca de saberes não só entre os diferentes profissionais envolvidos no projeto, assim como entre estes e os usuários do edifício hospitalar.

Dentre esses poucos, destaca-se, sem sombra de dúvida, o arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé, que soube criar, graças ao seu talento e ao permanente diálogo que estabeleceu com os profissionais de saúde, usuários e demais funcionários da Rede SARAH, as mais espetaculares unidades hospitalares que tivemos o prazer de visitar.

Lelé, em sua modéstia, credits o mérito das propostas inovadoras que adotou nos seus projetos hospitalares não só à oportunidade que teve de acompanhar o funcionamento das unidades que projetou ao longo de mais de trinta anos na Rede SARAH, mas também ao próprio modelo de atuação interdisciplinar adotado pela Rede em seus procedimentos.

Tal prática possibilita a troca permanente de saberes entre os profissionais de saúde e os demais colaboradores, entre eles os arquitetos e *designers*, cuja contribuição tem sido fundamental para a recuperação dos pacientes através da criação dos edifícios, do mobiliário e de boa parte dos equipamentos médicos utilizados pela Rede.

### Os Significados da Humanização

Humanização é entendida pelos autores do “Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS” (M.S., 2004) como:

- *Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.*
- *Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos.*
- *Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos.*
- *Estabelecimentos de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão.*

- *Identificação das necessidades sociais de saúde.*
- *Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.*
- *Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.*

Nesse mesmo documento de divulgação da Política Nacional de Humanização, ambiência é assim definida:

*Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma de acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre trabalhadores e gestores. Devem-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente (M.S., 2004, p 43.)*

A complexidade e a abrangência atribuídas ao conceito de “ambiência” têm sido exaustivamente estudadas, a partir dos anos 60, em uma série de trabalhos de caráter interdisciplinar, sobre cognição e comportamento ambiental, dentre os quais alguns estudos, hoje considerados clássicos, de autores como Maurice Merleau-Ponty (fenomenologia da percepção), Edward Hall (conceitos de territorialidade), Robert Sommer (conceito de espaço pessoal), James Gibson (percepção visual), David Carter (psicologia do lugar), Robert Guttman (comportamento de usuários de edifícios), Christian Norberg-Schulz (fenomenologia da arquitetura) e Amos Rapoport (percepção, cultura e arquitetura).

Mesmo com todos esses estudos, podemos considerar que tanto a definição quanto os objetivos e propostas de humanização admitem várias interpretações e possibilidades, encontrando-se ainda em processo de construção.

Essa é a razão pela qual concordamos, em grande parte, com o pensamento defendido por inúmeros arquitetos nas centenas de artigos que pesquisamos<sup>6</sup> e nos sentimos respaldados para propor que a **humanização do edifício hospitalar** seja considerada como uma espécie de sinônimo de “**boa arquitetura**”.

Ou seja: uma arquitetura cujo valor não se limite à beleza do traço, à funcionalidade ou ao domínio dos aspectos construtivos, mas que alie esses aspectos à criação de espaços que favoreçam não só a realização e, até mesmo, o surgimento de novos procedimentos, como também um maior bem-estar físico e psicológico de seus usuários, sejam eles pacientes, acompanhantes ou funcionários.

Estamos convictos de que os arquitetos têm todas as condições para assumir, ao lado de outros profissionais, um papel importante na formulação e na implantação de diretrizes de humanização da atenção à saúde, fazendo com que a Arquitetura Hospitalar volte a contribuir diretamente para o processo de cura dos pacientes.

Sem perder o foco na questão da humanização da atenção à saúde, caberia aos arquitetos cuidar, particularmente, da **humanização do edifício hospitalar**, que, no nosso entender, nada mais seria do que realizar uma “**boa arquitetura**”.

## Considerações Finais

E o que viria a ser essa “boa arquitetura”? Sem nenhuma intenção de responder a esta pergunta, que só poderia ser dirigida aos grandes tratadistas da arquitetura, listamos a seguir alguns ingredientes que nossa experiência projetual, nestes últimos trinta anos, tem indicado como

<sup>6</sup> A pesquisa, já citada anteriormente neste artigo, faz parte do doutorado em andamento que estamos desenvolvendo junto ao PROARQ sobre a relação entre os saberes, práticas e políticas de saúde pública e a arquitetura hospitalar brasileira no século XX.

imprescindíveis para a humanização do edifício hospitalar e, se estivermos com a razão, obtermos um resultado que poderia ser chamado de “boa arquitetura”.

### a) Chame logo o arquiteto!

Este, sem dúvida, é um bom conselho! A presença do arquiteto é necessária desde os primeiros estudos para inserção do hospital na rede existente, definição de seu perfil e dimensionamento e elaboração do programa hospitalar.

A participação do arquiteto na equipe interdisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, engenheiros, administradores hospitalares e outros profissionais de saúde, evitará muitos problemas futuros.

Indiscutivelmente, um bom projeto hospitalar começa pela integração e pelo caráter interdisciplinar da equipe reunida para elaborá-lo.

### b) Trabalhando em equipe

Quando se visita um hospital da Rede SARA, dois aspectos chamam imediatamente a atenção. O primeiro é a primorosa arquitetura dos hospitais da Rede e o segundo é o modelo SARA de atenção, praticado por equipes interdisciplinares onde estão presentes, também, os familiares dos pacientes.

Esse mesmo modelo participativo e interdisciplinar vem sendo aplicado pelo arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé, no seu processo projetual. O resultado é uma grande integração entre as edificações e os procedimentos que neles se realizam.



Fig. 5: Terraço do Hospital SARA em Salvador  
(Fonte: Acervo pessoal de João Filgueiras Lima, 2003).

O exemplo de Lelé, certamente, deve ser seguido. Por maior que seja o conhecimento do arquiteto, a participação dos profissionais de saúde, dos administradores hospitalares e dos próprios pacientes é fundamental para que possamos, através de uma boa arquitetura, promover a humanização do edifício hospitalar.

### c) Localizando o hospital

A escolha do local onde será implantado o hospital deve resultar de um esforço de planejamento cujo principal objetivo é o de inserir, com sucesso, a nova unidade na rede de saúde em funcionamento. Assim, entre outros dados, é necessário levantar e analisar a composição da população, o quadro nosológico, a oferta de leitos e serviços e o déficit existente para localizar o hospital onde ele será mais necessário.



A formação urbanística do arquiteto é preciosa nesse momento, tanto para a espacialização da rede como para a seleção e escolha final do terreno onde será erguido o hospital. Com o apoio do arquiteto, poderão ser evitados diversos problemas, entre os quais eventuais conflitos com as tendências de expansão da cidade ou com a proximidade de usos incompatíveis com a função hospitalar (cemitérios, aterros sanitários, fábricas etc.).

A presença do arquiteto contribuirá, ainda, para evitar que a unidade hospitalar seja construída em local sem infra-estrutura ou em terrenos com área inferior ao necessário para futuras expansões. A avaliação da topografia, das características do solo, do recobrimento vegetal existente, da insolação, dos ventos dominantes e das condições de acessibilidade são, dentre outros, pontos a serem considerados pelo arquiteto na escolha do terreno.

#### **d) Dispense receitas projetuais, pois não existe um hospital igual ao outro**

As características de cada unidade hospitalar devem ser consideradas pelo arquiteto para que se atenda às necessidades funcionais e espaciais da unidade, tenha ela o perfil de hospital geral, de emergência, especializado, de apoio ou maternidade, dentre outros. O arquiteto precisa conhecer as particularidades de cada perfil e considerá-las em seu projeto. É também necessário estar ciente de que, mesmo existindo normas projetuais, as diferenças programáticas e de dimensionamento, muitas vezes, impõem soluções diferenciadas que, independentemente da maior ou menor experiência do arquiteto, só poderão ser criadas por meio de um trabalho de equipe.

#### **e) Para projetar o todo, é preciso conhecer as partes, e muito bem!**

Para projetar um hospital, o arquiteto deve conhecer a forma como são praticados os procedimentos que se desenvolvem em cada um das centenas de ambientes que integram a edificação hospitalar. É preciso também identificar as necessidades de cada ambiente quanto a área, configuração, mobiliário, equipamentos e infra-estrutura e saber o número de pessoas envolvidas nos procedimentos, o nível de criticidade de cada ambiente relacionado a riscos biológicos, às exigências de controle da temperatura, exaustão, nível de iluminação etc.

Somente dessa forma, obter-se-á uma visão abrangente do funcionamento do hospital, que ajudará o arquiteto a organizar espacialmente as unidades funcionais, a adequar os fluxos hospitalares, a dimensionar os ambientes e projetar seus *layouts*, a definir os materiais de revestimento, entre outras atividades projetuais. Além desses dados, uma série de outras informações sobre o conforto, nível de satisfação, acessibilidade e segurança dos pacientes e demais usuários deve ser considerada para a **humanização do edifício hospitalar**.

#### **f) Se não fosse um hospital, o hospital seria igual a qualquer outro edifício complexo**

Uma das peculiaridades que distinguem o edifício hospitalar de outras edificações de complexidade programática semelhante deve-se ao fato de o hospital reunir, em uma mesma edificação, um grande número de funções, em certos casos, até mesmo incompatíveis entre si. Um Hospital Geral, por exemplo, agrega, além das atividades terapêuticas, as funções hoteleira, industrial, laboratorial, administrativa e comercial, dentre outras.

A diversidade funcional do hospital, entretanto, não é seu principal diferencial, e sim o caráter simbólico que a edificação adquire ao longo de nossas vidas — ora como local das alegrias proporcionadas pelo nascimento de um filho, ora pela recuperação da saúde de um ente querido, ora como palco do sofrimento, da angústia e da morte.

Se, em geral, é nesse edifício que nos conscientizamos de nossa fragilidade, impotência e solidão diante da doença, é nele também que poderemos vir a encontrar a coragem, a solidariedade e a esperança, tão necessárias ao processo de cura.

A **humanização do edifício hospitalar** é a condição imprescindível para que esses sentimentos positivos possam florescer, ajudando-nos a superar o estresse, a mitigar a dor e a abreviar o momento da alta.

### g) Visitando o futuro

Trataremos aqui de dois “futuros”: um de curto prazo, que se inicia com a inauguração do hospital, e outro, de médio prazo, que começa com a primeira parede derrubada para a construção de um “puxadinho”, em geral, a pedido do novo diretor da unidade.

O início de operação do hospital equivale ao primeiro grande teste da edificação com relação à funcionalidade e adequação ao programa. Somente então podemos confirmar os acertos e identificar todos os erros projetuais. É um momento assustador. Mesmo assim, todo arquiteto deve tirar dele o maior número possível de lições, incorporando os acertos e, principalmente, aprendendo com os erros cometidos. Não é à toa que, em alguns países nórdicos e na Alemanha, o arquiteto é obrigado a acompanhar o funcionamento do hospital por um período mínimo de dois anos após sua inauguração.

Com relação ao futuro de mais longo prazo, devemos lembrar que o desenvolvimento da tecnologia tem resultado num processo cada vez mais rápido de incorporação de novas práticas e equipamentos médicos nos hospitais, exigindo uma constante adaptação do edifício hospitalar. Ao arquiteto, portanto, cabe projetar uma edificação que possa suportar essas transformações, sem abandonar o partido originalmente adotado e, principalmente, sem grandes transtornos para os usuários.

Nesse sentido, os cuidados se iniciam com a escolha do terreno — que deve possuir área suficiente para receber as futuras expansões da unidade — e com a elaboração do Plano Diretor Hospitalar, ferramenta imprescindível para a preservação da racionalidade e funcionalidade do projeto original.

A arquitetura do edifício deve ser projetada de forma a permitir que futuras ampliações e reformas sejam executadas com o menor impacto possível para os usuários do edifício. O mesmo cuidado deve ser tomado em relação às atividades de manutenção da infra-estrutura predial, que devem ocorrer sem incômodos para os ocupantes da edificação. A utilização de *shafts*, de paredes removíveis em gesso acartonado e de pavimentos técnicos é ótima solução para minimizar os transtornos causados pelas atividades de manutenção e pelas obras de ampliação.

### h) Vamos acabar com o “Projeto Básico”

Se quisermos realmente promover a **humanização do edifício hospitalar** e se atribuirmos à fragmentação do processo projetual um dos aspectos a serem enfrentados, mais do que nunca, é necessário acabar com a existência do chamado “Projeto Básico”.

Sua adoção, feita para atender, a nosso ver, de maneira inadequada, às exigências dos processos licitatórios do Poder Público, cria enormes prejuízos para o trabalho do arquiteto, interrompendo e, na maioria das vezes, desarticulando o processo projetual.

As licitações para selecionar as empresas que construirão os hospitais, ou qualquer outro tipo de edificação, só deveriam ser realizadas com projetos desenvolvidos em nível executivo, sejam eles de arquitetura, sejam das disciplinas complementares. Os órgãos públicos deveriam ainda assegurar, na própria licitação, que os responsáveis técnicos pelos projetos acompanhassem obrigatoriamente sua execução. Para nós, a implementação dessas medidas é a melhor forma de garantir que as edificações, quando terminadas, fossem mais fiéis aos projetos que as originaram.

Esses são apenas alguns dos inúmeros cuidados que devemos tomar para a **humanização do edifício hospitalar**. Caberá a você, caro Leitor, completar essa pequena lista, ajudando os arquitetos a fazer aquilo que lhes dá mais prazer:

**Uma boa arquitetura !**

## Bibliografia

- ANVISA. Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (RDC-50). Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
- BOTSARIS, Alexandros Spyros. Sem Anestesia: O desabafo de um médico / Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA, 1990.
- LEWIS Charles E. A Physician's Perspective In: HOWARD, JAN e STRAUSS. Humanizing Health Care. New York: John Willey and Sons, 1975.
- LINDHEIM, Roslyn. An Architect's Perspective In: HOWARD, JAN e STRAUSS. Humanizing Health Care. New York: John Willey and Sons, 1975.
- PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo, org. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS – UERJ – ABRASCO, 2001.
- PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo, org. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS – UERJ – ABRASCO, 2003.
- PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo, org. Cuidado - as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS – UERJ – ABRASCO, 2004.
- POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Humaniza SUS. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- TOLLET, C. Les Edifices Hospitaliers depuis leur origine jusqu'a nos jours. Paris: 1892.
- Revista Veja, Editora Abril, ano 28, n. 19, capa, 10 de maio de 1995.