

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR E PROJETO: A NECESSIDADE DE UM CONCEITO OU A UTILIZAÇÃO DE UM PADRÃO CONSTRUTIVO?

FREIRE, Luciana de Medeiros (1); MEDEIROS, Maria Alice Lopes de (2)

(1) Arquiteta, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(e-mail: medeiros.luciana@terra.com.br)

(2) Arquiteta, aluna do Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (e-mail: m.alice@interjato.com.br)

Resumo

Considerando as contribuições do projeto arquitetônico para a humanização de hospitais, este artigo tem como objetivo discutir os alcances e limitações dessa temática no Brasil, levando-se em conta a dificuldade encontrada nos campos teórico e prático para definir uma “arquitetura humanizada”. Conforme a literatura pesquisada até o momento, observa-se uma tendência em utilizar a descrição de um padrão construtivo e de enumerar elementos decorativos do edifício, em substituição de uma lacuna deixada pela ausência de um conceito de humanização. Exemplificamos tal fato com a apresentação de parte dos resultados de uma dissertação de mestrado acerca do tema, analisando de que forma o arquiteto se insere no processo de humanização hospitalar e de que maneira esse processo influencia seus projetos. Acredita-se que o confronto dessas questões e o questionamento da real necessidade de um conceito de humanização hospitalar em Arquitetura, possam auxiliar na reflexão a respeito da tomada de decisões na elaboração de projetos.

Palavras-chave: arquitetura hospitalar, humanização, arquiteto.

Abstract

Considering the contributions of the architectural project for the humanization of hospitals, this article aims to discuss the ranges and limitations of this issue in Brazil, taking into consideration the difficulty found in the theoretical and practical fields to define a “humanized architecture”. According to the researched literature until the present moment, it’s being observed a tendency to use a constructive pattern description and to number decoration elements of the building in substitution for a gap left by the absence of a humanizing concept. We have exemplified such fact by presenting part of the results of a masters paperwork about the theme, analyzing the way the architect is inserted in the process of hospital humanization and how this process influences their projects. The confrontation of these questions and the questioning about the real need of a hospital humanization concept in architecture are believed to help in the reflecting about decision making in elaborating projects.

key words: hospital design, humanization, architect.

1. Introdução

Humanizar não significa somente “tornar humano”, embora mereça tal denominação em algumas situações. Parte do uso do termo está relacionada a documentos de discussão ou reflexão sobre temas diretamente ligados à área da saúde, principalmente a três elementos presentes na prestação dos serviços: assistência, ambiente físico e instituição. Não é nossa intenção tratar do tema em sua totalidade, mas destacar as circunstâncias que deram origem à humanização hospitalar em arquitetura e as conseqüências desse processo no Brasil.

O termo “humanização” apresenta raízes sólidas e definições operativas quando utilizado com foco na assistência hospitalar, campo no qual o assunto já vem sendo trabalhado há mais de três décadas no Brasil, fruto das propostas de direito universal à saúde (Cohn e Elias, 2000). De uma maneira geral, o movimento de humanização surgiu como resposta aos problemas ocasionados pelo excesso de objetividade e impessoalidade trazido pelos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde. Ademais, conforme comentam Traverso-Yépez e Moraes (2004), apesar da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) ter representado um avanço quanto aos seus princípios gerais de organização, a distância entre o plano legal e a realidade vivenciada por usuários e profissionais do setor, revelam as enormes contradições do sistema.

Em relação aos trabalhos publicados recentemente no país, diversos autores têm se dedicado à humanização do atendimento em saúde, seja afirmando sua prática (DeMarco, 2003), reforçando sua necessidade (Traverso-Yépez e Moraes, 2004) ou questionando sua definição (Deslandes, 2004). Além disso, a palavra “humanização” já pôde servir de base para a elaboração de políticas

públicas e programas de assistência à saúde, com métodos e técnicas de avaliação dos resultados de programas de humanização já implantados. Sendo assim, o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar tem como principal objetivo a promoção da pessoa como valor fundamental nas práticas públicas de saúde e atua no aprimoramento da relação profissional-paciente e hospital-comunidade (Brasil, 2000).

Por outro lado, em arquitetura, não há uma definição única, nem evidente de humanização, mas o uso de uma variedade de definições, frequentemente abrangentes e imprecisas. A expressão “ambiente humanizado” tem sido, em geral, utilizada para referir-se a ambientes “aconchegantes” ou que transmitem “sensação de bem-estar” para os pacientes, de uma forma que não esclarece o significado que se deseja alcançar, uma vez que a relação com palavras que denotam sentimento, envolve avaliações subjetivas.

Geralmente o termo vem seguido da descrição do ambiente destacando as cores, a iluminação, as texturas, os objetos decorativos e presença de vegetação, num conjunto que determina um “padrão construtivo” ou “modelo” considerado ideal para representar a humanização. Dentro dessa perspectiva, Rogar (2002), por exemplo, define humanização como o projeto de “ambientes coloridos e elegantes” ou “projeto de hospitais que não parecem hospitais”. Salvo raras exceções, existe a idéia de que, para ser humanizado, o hospital deve ter sua estrutura física semelhante à de hotéis e/ou *shoppings* e contar com ambientes e serviços próprios dessas duas categorias de edifício (Godoi, 2004).

Diante do exposto, vê-se uma variedade de enfoques na definição de humanização hospitalar. Ao contrário do que acontece com o termo na área da assistência à saúde, na arquitetura parece não haver um desenvolvimento teórico-conceitual capaz de fornecer a base necessária para uma aplicação mais conseqüente do termo. O número reduzido de trabalhos que só agora começam a ser publicados, mostra que o interesse pela temática e pela forma ampla como o conceito tem sido apresentado, ainda tem poucos adeptos (ver, por ex., o *site* www.iabmg.org.br/revistapropec; Fontes, Alves, Santos e Cosenza, 2004). Em contrapartida, a carência desses debates pode indicar que o uso de um padrão construtivo, com a presença de determinados elementos arquitetônicos, são considerados suficientes para representar um ambiente humanizado.

Afinal, de onde vem essa variedade de enfoques? De que forma o profissional de arquitetura tem lidado com essas idéias na atividade projetual? É possível continuarmos seguindo um determinado padrão construtivo ou precisamos de um conceito de humanização hospitalar para aplicá-lo em diferentes contextos? Em linhas gerais, esses são os pontos norteadores da discussão apresentada ao longo deste artigo.

2. Arquitetura e humanização hospitalar

O período pós-guerras é caracterizado como sendo o mais expressivo nas transformações sofridas pelo hospital, especialmente nos Estados Unidos, Canadá e alguns países europeus (Verderber e Fine, 2000). O aumento da demanda por leitos hospitalares e a conseqüente expansão dos serviços de saúde tiveram seu início firmado a partir do investimento dos governos na construção de hospitais. Os recursos financeiros destinados para tal fim permitiram o crescimento dessas instituições em número e complexidade, além de ter proporcionado o aparecimento de diferentes empregos na área. O surgimento das especialidades médicas e o avanço tecnológico também funcionaram como molas propulsoras dessa nova fase e possibilitaram alterações no planejamento dos hospitais.

Planejadores e administradores copiaram modelos organizacionais do campo dos negócios: para a organização e administração do hospital modernista, os conceitos fundamentais passam a ser eficiência, racionalidade, produtividade e conformidade (Dilani, 2000). Para esse autor, o hospital se tornou um exemplo ilustrativo da eficiência industrial, de acordo com as condições e formas de pensar nos anos de 1960, caracterizado por uma racionalização firmemente dirigida e centralização das funções.

Cada vez mais especializados e projetados para assegurar eficiência das atividades desenvolvidas, os edifícios hospitalares concentravam todos os serviços numa só estrutura, dividida em três zonas ou departamentos: a zona de diagnóstico e tratamento; a zona de apoio

técnico e logístico - cozinha, lavanderia e manutenção são exemplos de ambientes desse setor - e zona de internação (Verderber e Fine, 2000).

Nesse contexto, o estilo internacional foi adotado pela arquitetura hospitalar da época, revelando-se perfeita expressão arquitetônica da medicina de alta tecnologia (Verderber & Fine, 2000). Corrente do movimento moderno na arquitetura, esse estilo caracterizava-se pela subordinação da estética à funcionalidade, num processo que exacerbou a padronização de formas e materiais. Sua abordagem favorecia os materiais sintéticos e as partes modulares padronizadas, de modo a facilitar a fabricação da construção (Frampton, 2000). De acordo com Kellman (1995), os edifícios hospitalares do pós-guerra incorporaram tão fortemente esse estilo que este passou a ser reconhecido como a maneira como os hospitais deveriam ser.

Segundo Verderber e Fine (2000), vários aspectos presentes nos projetos e construções da época sofreram críticas e começaram a ser modificados a partir dos anos de 1960, influenciados por pesquisas do emergente campo do desenho ambiental e dos estudos comportamento/ambiente. As críticas basearam-se em quatro observações:

- a) As decisões de projeto e planejamento eram tomadas com base na opinião de arquitetos, engenheiros e administradores. O paciente não era consultado.
- b) A máxima do modernismo, “a forma segue a função”, ocasionava a desvalorização das necessidades dos pacientes frente ao funcionamento e aos equipamentos do hospital.
- c) Uso de modelos padronizados para organização espacial e mobiliário do edifício, como se as pessoas também fossem padronizadas.
- d) Falta de interesse em conhecer as implicações do ambiente hospitalar para o comportamento dos usuários.

A partir do interesse surgido nos anos de 1960 pela relação ambiente/usuários, equipes interdisciplinares formadas por psicólogos, arquitetos e profissionais de áreas afins começaram a se dedicar à análise do comportamento das pessoas em função do ambiente e às avaliações de edifícios já em funcionamento, repercutindo esses resultados na conseqüente elaboração de novos projetos. A partir da década de 1970, os estudos realizados tiveram ampla difusão nos meios acadêmicos, resultando daí várias pesquisas na área (Pinheiro e Elali, 1998).

Desse momento em diante, a arquitetura dos estabelecimentos assistenciais de saúde passa por uma série de mudanças, tanto em função das críticas ao hospital modernista - extremamente funcional, focalizado na eficiência das atividades dos funcionários - quanto em relação às novas políticas de saúde em desenvolvimento. Projeto, administração e atendimento hospitalar adotam uma nova prioridade: o cuidado centrado no paciente.

Em relação a esses cuidados, Malkin (1992) apresenta exemplos de hospitais norte-americanos que seguem uma filosofia chamada de Planetree, baseada na premissa de que o paciente deve ter poder de escolha e controle sobre vários aspectos ligados ao seu tratamento, inclusive, dentro das possibilidades, de determinados aspectos físicos da estrutura hospitalar. Portanto, uma instituição centrada no paciente inclui inúmeros fatores, sendo o ambiente físico um deles.

Nesse sentido, Malkin (1992) emprega a expressão “healing environment” para se referir ao ambiente hospitalar voltado integralmente para a recuperação ou restabelecimento do paciente - e não só para a sua cura, muitas vezes não alcançada. Esse termo é utilizado para adjetivar o ambiente como um todo, ou um lugar, incluindo pessoas, comportamentos, tratamentos e componentes físicos.

Alguns autores, como por exemplo, Carpman, Grant e Simmons (1986), comentam que um projeto de arquitetura “humanizado” deve contemplar o ponto de vista de pacientes e visitantes. Para alcançar esse fim, arquitetos 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 presentes no local. Segundo os autores, quatro aspectos devem ser obedecidos: sinalização, conforto físico, possibilidade de regular o contato social e cuidado com significados transmitidos pelo ambiente.

Para que o projeto se aproxime das necessidades dos pacientes, as avaliações do edifício depois do início do seu funcionamento tornam-se essenciais e devem fazer parte das etapas do projeto

(Carpman et al., 1986; Shumaker e Pequegnat, 1991). Como os hospitais são estabelecimentos em constante mudança, devido ao avanço das tecnologias médicas e das decisões das políticas de saúde, o número de pessoas envolvidas no processo projetual tem aumentado consideravelmente nas duas últimas décadas. Devem participar dessas etapas: arquitetos, engenheiros, técnicos, administradores do hospital e usuários do ambiente, entre eles os profissionais de saúde, pacientes e visitantes.

Isto posto, vemos em que circunstâncias surgiram as idéias que favoreceram o aparecimento da humanização hospitalar e do hospital centrado no cuidado com o paciente, nesse caso constituído pela noção de uma forma diferenciada de prestar assistência, administrar e organizar sua estrutura físico-espacial.

Portanto, foi a formação desse *corpus* teórico, e não um desenvolvimento conceitual próprio da Arquitetura que configurou, no Brasil, a noção subjacente à expressão “ambiente hospitalar humanizado”. Para conseguir efeitos benéficos do ambiente sobre o paciente, contribuindo para sua recuperação, o arquiteto lança mão de artifícios como organização espacial, elementos decorativos e técnicos (cores, iluminação, ventilação, vegetação), os quais seriam percebidos pelos pacientes através dos sentidos, numa sobreposição de adereços a um edifício concebido de forma convencional.

A tentativa é de reproduzir um “modelo” que vem funcionando em outros países, na direção de acompanhar o movimento de humanização que vem sendo empreendido na área de assistência à saúde. Desse modo, ainda que saibamos em que estão fundamentados esses “modelos” de hospital humanizado, acreditamos que o uso desse “padrão importado” ou a inclusão de ambientes e serviços presentes em hotéis, não significa necessariamente humanizar o ambiente, nem pressupõe um projeto humanizado.

Na seção seguinte, veremos de que maneira essas questões estão sendo trabalhadas por um grupo de profissionais da área e de que forma esses profissionais se inserem no processo de humanização hospitalar.

3. A inserção do arquiteto no processo de humanização hospitalar

Nesta seção será apresentada parte dos resultados de uma dissertação de mestrado realizada em Natal/RN, a respeito de humanização hospitalar (Medeiros, 2004). A pesquisa de campo contou com a participação de arquitetos - especialistas em projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde - e foi fundamentada na análise de conteúdo das entrevistas feitas com os referidos profissionais. A partir do trabalho cuidadoso de eleger determinadas passagens dos depoimentos dos arquitetos em questão, serão focalizadas as que mais visivelmente se encaixam na discussão proposta.

De acordo com a grande maioria dos especialistas, a humanização hospitalar envolve elementos relativos ao atendimento e ao espaço físico, compostos respectivamente pela boa relação estabelecida entre o profissional de saúde e os pacientes e pelo projeto de ambientação e paisagismo do edifício. Esses últimos, inclusive, foram os elementos citados nas respostas a respeito da humanização dos projetos arquitetônicos.

Olhe, é porque eu conceituo humanização hospitalar de dois pontos de vista diferentes: um, no que diz respeito ao ambiente e o outro, no que diz respeito às relações interpessoais que acontecem dentro daquele ambiente. (Arquiteto A)

Em verdade, segundo os depoimentos desses profissionais, o processo de humanização já pode ser visualizado através do trabalho do arquiteto, na estrutura física dos hospitais, mas não no atendimento prestado nas instituições e no contato profissional-paciente. Os entrevistados acreditam que a mudança no padrão construtivo e, conseqüentemente, na aparência desses hospitais, já é algo firmado e bem aceito pela população em geral. Eles se vêem como profissionais que cumpriram seus papéis em relação à humanização:

Como arquiteto, é mais fácil, porque para você mudar o ambiente os clientes estão muito abertos a essas mudanças. Agora, eu vejo o problema maior na parte de pessoal. (Arquiteto C)

Outro aspecto interessante foi a comparação entre os hospitais do passado e os construídos recentemente, mencionada por todos os arquitetos durante as entrevistas. Nesse tipo de

comparação, os estabelecimentos construídos recentemente - a partir dos anos 1990 - são considerados humanizados porque são “aconchegantes”, “agradáveis” e “confortáveis”. Em oposição a estes, estão os hospitais construídos antes desse período, vinculados aos adjetivos “frio” e “sombrio”.

Antigamente, o hospital era o que? Quanto mais sem nada, quanto mais fácil de limpar e lavar, melhor. E hoje isso mudou um pouco mais, principalmente quando se trata da parte ambulatorial, onde você não precisa ter esse controle tão rígido (...) você pode ter hoje cortina, alguns tipos de tapetes e que isso aí deixa o ambiente mais aconchegante. (Arquiteto D)

Todos os entrevistados se referiram ao espaço físico como algo fortemente modificado de alguns anos para cá. Entre os ambientes destacados, os saguões de entrada e os apartamentos dos hospitais estão no topo da lista, com a ressalva de que o conforto oferecido ao paciente é o principal fio condutor da evolução desse tipo de projeto. Além disso, existe uma forte tendência em dizer que esses novos hospitais não parecem hospitais e em comparar sua estrutura físico-espacial à de *shoppings* e hotéis:

(...) Que isso vai interferir nessa história da humanização e eu acho que já há uma preocupação hoje com isso. Então o usuário se sente bem, até parece que não é hospital. (Arquiteto C)

No meu projeto mais recente, que foi o hospital Z, a gente buscou resolver esses problemas, dotar o hospital de uma estrutura que lembre um hotel 5 estrelas, um shopping, um ambiente pra cima, iluminado. (Arquiteto B)

No que diz respeito aos aspectos que devem ser considerados nas etapas de um projeto humanizado, todos os entrevistados incluíram, além dos elementos e pré-requisitos comentados anteriormente, as conversas com a equipe de profissionais que trabalha no local e/ou é responsável pelo empreendimento. Entre as pessoas consultadas, confirmando a literatura da área (Shumaker e Pequegnat, 1991), os enfermeiros foram citados como os profissionais que mais sabem a respeito das necessidades dos pacientes:

Mas uma área que muito auxilia a gente, é a equipe de enfermagem, porque o médico como cliente [do arquiteto] às vezes não consegue passar bem o que o seu paciente precisa. (Arquiteto H)

Aqui cabe mencionar dois pontos: o primeiro, é o reconhecimento, por parte dos arquitetos, da importância de conversar com os usuários do ambiente - o que também inclui os profissionais de saúde - para esclarecer questões de projeto. Em segundo lugar, a consciência de alguns dos profissionais entrevistados, acerca do médico como cliente e das exigências deste último para que a eficiência do seu trabalho seja prioridade no projeto de arquitetura.

Segundo San Juan (1998), quando as discussões a respeito dos sentimentos da pessoa hospitalizada e da sua relação com o ambiente começam a provocar mudanças no projeto, o arquiteto se depara com a dificuldade de considerar dois clientes: o que o contratou e todos os outros que utilizarão o espaço, entre eles, o paciente. Para esse dilema parece não haver outra solução senão as discussões sobre o assunto entre as partes envolvidas. Para o autor, esse conflito existente entre os diferentes usuários do hospital na forma de cada um lidar com o espaço é característico desse tipo de instituição.

Os entrevistados consideram a avaliação do edifício depois de entregue ao uso, um exercício de aprendizagem que contribui para novos projetos, mas, surpreendentemente, não contemplam a opinião dos pacientes. A grande maioria respondeu que volta ao local porque existe a necessidade de reformá-lo, o que é comum neste tipo de empreendimento. Apesar de ser um retorno ao edifício, isso não ocorre em função do desejo de verificar se o que foi projetado está dentro das expectativas iniciais; se vale a pena ser reproduzido; em que circunstâncias isso pode ser feito e se está agradando aos usuários.

Eu voltei (...) porque a gente fez outros serviços, ampliações, reformas. Agora a gente acabou de fazer uma ampliação. (...) por causa disso a gente começa a conversar. (Arquiteto E)

Segundo Carpman et al. (1986); Ornstein, Bruna e Romero (1995), as avaliações pós-ocupação enriquecem o repertório do profissional de Arquitetura porque possibilitam a visualização em uso do que foi planejado. Especialmente nos hospitais, é uma forma de aprender mais a respeito da opinião de pacientes e visitantes e é uma das etapas do projeto dito “humanizado” (Carpman et al., 1986).

Ao mesmo tempo em que consideram seu trabalho como uma parte resolvida do processo de humanização, a maioria dos entrevistados expressou algumas dúvidas no que concerne à relação projeto humanizado/instituição humanizada. Um dos exemplos que parece ilustrar muito bem a abrangência do assunto, foi o fato de um arquiteto não saber se seu projeto é, ou não, humanizado. Isso porque, segundo ele, apesar do projeto estar dentro das normas e ter todos os elementos considerados por ele como a expressão da humanização, a instituição hospitalar faz distinção entre pacientes do SUS e particulares. Sendo assim, o espaço físico do estabelecimento também colabora para essa segregação porque foi executado dentro desse ponto de vista.

Os próprios planos de saúde reclamam porque seus pacientes ficam na mesma espera. Fica a discriminação, que na verdade não devia existir (...) Tem o lado cultural também, que as pessoas se acham superiores a outras (...) pessoas também que são de baixa renda, têm pouca cultura e às vezes tumultuam um pouco o ambiente. É muito difícil você avaliar isso. (...) não sei nem se não está humanizado por causa disso, mas a tradição é separar e de qualquer forma existe isso. (Arquiteto E)

4. Considerações finais

Propomos discutir aqui a ausência de uma definição para humanização em arquitetura e a utilização de diferentes artifícios para representar uma arquitetura humanizada. Quais as conseqüências dessa questão para o trabalho do arquiteto?

São muitos os aspectos que envolvem a humanização hospitalar, muitos deles situados até fora dos limites do trabalho do arquiteto. Mesmo assim, no que compete a esses profissionais, o uso de determinados elementos arquitetônicos ou de um padrão importado de outros contextos, não parece estar sendo um problema na atividade projetual. Ao contrário, ao utilizar esses artifícios, basta saber que são o resultado das transformações ocorridas no hospital ao longo do tempo e que refletem as demandas da sociedade. Seria esse um ponto final para o questionamento das questões deste artigo?

Uma vez que seguem uma tendência disseminada no âmbito internacional, não há, por parte dos arquitetos, uma preocupação com a ausência de um conceito preciso e menos abrangente de projeto humanizado. Basta ter a certeza de que esses projetos são bem aceitos pela sociedade em geral e que alguns detalhes, como a carência de avaliações pós-ocupação, mesmo que praticadas de modo informal, não diminuem o valor de seu trabalho.

De acordo com os relatos desses profissionais e com a própria literatura consultada, pudemos perceber que a humanização deveria envolver mais do que um projeto bem feito, dentro das normas, com especificação de materiais de acabamento de qualidade inquestionável ou de uma aparência de hotel ou *shopping*. Para ser humanizado, pelo menos em tese, o ambiente deveria estar concebido para a integralidade da atenção à saúde e, portanto, o uso e definição do termo deveriam ser concernente ao complexo sistema assistência-espço-instituição. Sendo assim, não haveria motivo para uma definição isolada em arquitetura, mas apenas um conceito único de humanização.

Por outro lado, acreditamos que a ausência de um conceito de humanização hospitalar em arquitetura, dificulta a elaboração de projetos inseridos em diferentes contextos. Isto porque, com o auxílio de um conceito, poderíamos apoiar nossas preferências e discutir possíveis soluções de projeto, fosse a instituição pública ou privada. Não haveria somente a sobreposição de elementos e ambientes a um edifício construído sob uma gama de detalhes técnicos e normativos.

Referências Bibliográficas

BRASIL/Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000.

CARPMAM, J. R., GRANT, M., & SIMMONS, D. A. **Design that cares: planning health facilities for patients and visitors**. Chicago: American Hospital Association, 1986.

CONH, A. e ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 2001.

CORBIOLI, Nanci. **Hospital é uma obra aberta**. 2000. Versão disponível na internet em <http://arcoweb.com.br>

DEMARCO, Mario Alfredo. A evolução da medicina. In Mario Alfredo DeMarco (Org.), **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 23-41, 2003.

DESLANDES, Suely. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 7-14, 2004.

DILANI, Alan. Healthcare buildings as supportive environments. In: **World Hospitals and Health Services**, v. 36, n. 1, p. 20-26, 2000.

FONTES, Maria Paula Zambrano, ALVES, Luiz Augusto dos Reis, SANTOS, Mauro & COSENZA, Carlos Alberto Nunes. **Humanização na Arquitetura da saúde: a contribuição do conforto ambiental dos pátios e jardins em clima quente-úmido**. In ENTAC'2004 – trabalho completo em cd room. São Paulo: Encontro Nacional de Tecnologia do Meio Ambiente Construído, 2004.

FRAMPTON, Kenneth. **História Crítica da Arquitetura Moderna**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GODOI, Adalberto Felix de. **Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo**. São Paulo: Ícone, 2004.

KELLMAN, Neil. History of healthcare environments. In S. O. Marberry (Org.), **Innovations in healthcare design**. Nova York: Van Nostrand Reinhold, p. 38-48, 1995.

MALKIN, Jain. **Hospital Interior Design**. Nova York: Van Nostrand Reinhold, 1992.

MEDEIROS, Luciana de. **Humanização hospitalar, espaço físico e relações assistenciais: a percepção de arquitetos especialistas**. Dissertação de Mestrado não publicada, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.

ORNSTEIN, S., BRUNA, G. e ROMERO, M. **Ambiente construído e comportamento: a avaliação pós-ocupação e a qualidade ambiental**. São Paulo: Nobel, 1994.

PINHEIRO, José e ELALI, Gleice. **Comportamento sócio-espacial humano**. (Notas de aula para a disciplina de Psicologia Ambiental), 1998.

ROGAR, Sílvia. **Doutor da alegria**. *Veja*, 1736, 4, 50-51, 2002.

SAN JUAN, Cesar. Ambientes Institucionales. In J. I. Aragonés & M. Américo (Orgs.), **Psicologia Ambiental**. Madri: Pirâmide, p. 239-257, 1998.

SHUMARKER, S. & PEQUEGNAT, W. Hospital design, health providers, and the delivery of effective health care. In E. H. Zube & G.T. Moore (Orgs.), **Advances in environment, behavior and design**. Nova York: Plenum, p. 161-199, 1991.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha e MORAIS, Normanda. Reinvidicando a subjetividade dos usuários da rede pública de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, 86-88, 2004.

VERDERBER, Stephen & FINE, David. **Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation**. New Haven and Londres: Yale University Press, 2000.