

# HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR: ORIGEM, USO E BANALIZAÇÃO DO TERMO\*

**Maria Alice LOPES**

Arquiteta, Mestre em Arquitetura pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).  
Endereço: Av. Rodrigues Alves, 930/sl.115, Tirol, cep 59020-200, Natal/RN  
[arqhosp@supercabo.com.br](mailto:arqhosp@supercabo.com.br)

**Luciana de MEDEIROS**

Arquiteta, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN),  
Doutora em Arquitetura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).  
Endereço: Av. Rodrigues Alves, 930/sl.115, Tirol, cep 59020-200  
[arqhosp@supercabo.com.br](mailto:arqhosp@supercabo.com.br)

## RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir o uso do termo “humanização hospitalar”, buscando compreender de que forma está sendo utilizado na literatura da área, tanto no Brasil, como internacionalmente. Para tanto, se faz necessário comentar alguns acontecimentos históricos que deram origem ao tema e verificar, dentro de algumas áreas do conhecimento, como Psicologia, por exemplo, em que período ocorreram as mudanças que deram subsídios aos ideais da humanização. Dada a abrangência do termo, utilizado tanto em Arquitetura como nas diversas disciplinas da área da saúde, os dois grandes focos da discussão serão o paciente e o edifício hospitalar, procurando mostrar que a valorização do primeiro interferiu nas mudanças do segundo.

**Palavras-chaves:** humanização hospitalar, Arquitetura Hospitalar, humanização da assistência hospitalar

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, o termo “humanização” pode ser encontrado com bastante frequência em artigos de periódicos técnico-científicos (RIZZOTO, 2002; DESLANDES, 2004), textos jornalísticos em revistas e jornais (MARTINS, 2002; ROGAR, 2002), trabalhos disponíveis na internet e/ou apresentados em seminários (ver, p. ex., o *site* [www.humanizacaohospitalar.org.br](http://www.humanizacaohospitalar.org.br)), apenas para mencionar as mais relevantes fontes documentais. Parte muito significativa do uso da palavra “humanização” – e de palavras derivadas, como o verbo “humanizar” e suas flexões – está vinculada a documentos de discussão ou reflexão sobre temas diretamente relacionados à área da atenção à saúde.

Em uma breve verificação da incidência do termo “humanização” nesses documentos, constata-se que ele se relaciona a três elementos presentes na prestação do serviço de atenção à saúde: a assistência, o ambiente físico e a instituição. Dessa forma, pode-se pensar que um processo de “humanização”, ao menos em tese, deveria estar concebido para a integralidade da atenção à saúde e, portanto, que o uso do termo deveria ser concernente ao complexo sistema assistência-espaco-instituição. Entretanto, o que se observa é que tal só ocorre excepcionalmente.

\*Artigo escrito no ano de 2004 para a Revista Propec/IAB/MG.

Com efeito, o que é mais usual é que os três elementos sejam vistos e discutidos, do ponto de vista da “humanização”, em sua singularidade, de modo que – talvez em face do isolamento relativo das formações profissionais na área médica, na arquitetura e no campo administrativo – cada elemento é tratado, visando a sua “humanização”, de forma independente. Em consequência, o significado essencial e real que se quer prover para o termo “humanização” não alcança a necessária clareza para permitir uma interlocução intersetorial e um debate mais produtivo.

Quando utilizado com foco na assistência à saúde, o termo “humanização” carrega implicitamente um peso teórico já trabalhado em termos científico-acadêmicos, registrando-se uma grande variedade de trabalhos que tratam de dotar o termo de elaboração conceitual, aceção completa e definição operativa (ver DESLANDES, 2004, entre tantos). Em verdade, nesse campo, a palavra “humanização” já pôde servir de base para a definição de políticas públicas e para a formulação de programas de “humanização” da assistência à saúde (BRASIL/Ministério da Saúde, 2000). Indo mais além, já estão disponíveis, inclusive, métodos e técnicas para avaliar os resultados de programas de “humanização” já implantados.

Nesse contexto, pode-se dizer que “humanização da assistência” refere-se à mudança de atitude de profissionais em relação ao contato com os pacientes, na direção de amenizar o ambiente de alta complexidade e tecnologia dos procedimentos médicos vigentes. Tal aceção técnico-acadêmica, de tão assentada, já influencia na utilização corrente do termo: uma “assistência humanizada” já é entendida pelo público com uma conotação de atendimento mais cordial, mais caloroso e mais personalizado ao paciente.

Nos textos dedicados à arquitetura de saúde, a expressão “ambiente humanizado” tem sido, em geral, utilizada para referir-se a ambientes “aconchegantes”, ou que trazem uma “sensação de bem estar” para os pacientes. Quase sempre, o termo vem seguido da descrição do ambiente destacando as cores, a iluminação, as texturas, os objetos decorativos ou a presença de vegetação. Vê-se que, diferentemente do que acontece com o termo na área da assistência à saúde, na arquitetura ainda não se registra um desenvolvimento teórico-conceitual capaz de fornecer a base necessária para uma aplicação mais consequente do termo.

Claro está que definir o que é “aconchegante” ou o que é uma “sensação de bem estar” não é tarefa fácil, uma vez que se trata de uma questão de sentimento, de uma avaliação subjetiva. Daí que é difícil estabelecer qualquer tipo de interlocução com base nessa significação superficial do termo. Na ausência da plataforma teórica, e na prática impossibilidade de vestir de algum rigor científico, ou mesmo técnico, as aceções correntes do termo nessa área, fica a sensação de que para “humanizar” um ambiente basta utilizar – na verdade, sobrepor ao ambiente arquitetônico – recursos como cores ou quadros nas paredes, jarros e plantas, veios ou espelhos d’água, em suma, elementos de natureza essencialmente decorativa e, de certa forma, independentes de uma real concepção espacial “humanizada”.

Com referência à instituição prestadora de serviços de saúde, vincular-se ao termo “humanização” ou “humanizado” vem a significar a exposição de uma imagem positiva e, portanto, atrativa para a clientela potencial. Em face de que as duas últimas décadas no Brasil testemunharam o crescimento e a consolidação da oferta de serviços de atenção à saúde por instituições privadas, formando-se um mercado bastante competitivo, a

veiculação na mídia da imagem de um “serviço humanizado” tornou-se um recurso bastante utilizado para manter ou ampliar a presença de uma instituição no mercado.

Assim, sem preocupação com a verdadeira extensão do seu significado, o uso do termo – com referência a ambientes ou instituições de atenção à saúde – se tornou banalizado, esvaziado de conteúdo. A expressão “ambiente humanizado” pode, nesse contexto, se referir a apenas um ambiente com paredes coloridas. Mesmo a iniciativa de um grupo de voluntários vestidos de palhaços, em visita aos internos em tardes de domingo, pode dar ao hospital o status de “hospital humanizado”.

Mas, o que realmente significa “humanização” dos serviços de saúde? Faz sentido utilizar o termo de forma isolada para designar a assistência, ou o ambiente físico, ou a instituição? O que está por trás dessa palavra mágica?

Para discutir essas questões, este artigo apresenta, além desta introdução, mais três seções. Na seção 2, enfoca-se o tema da humanização sob o prisma de sua aplicabilidade ao ambiente hospitalar. A seção seguinte também se dedica ao tema da humanização, abordando-o do ponto de vista da assistência à saúde. Uma seção conclusiva estrutura os resultados da discussão e afirma uma visão crítica da decantada humanização hospitalar no Brasil.

## **2. HUMANIZAÇÃO E ARQUITETURA HOSPITALAR**

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorreu uma expansão sem precedentes dos serviços de atenção à saúde, com a emergência de novas áreas de especialização e a incorporação de novas tecnologias médicas. O hospital cresceu em tamanho e em complexidade. Suas atividades foram agrupadas em “zonas” ou departamentos, segundo a sua natureza funcional: internação; apoio ao diagnóstico e tratamento; apoio técnico e logístico. Sob a égide da arquitetura moderna, a organização dessas “zonas” passava a ser a chave do planejamento hospitalar, no sentido de produzir um todo integrado e funcional.

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

Foi nesse período que se cristalizou na atividade hospitalar a direção seguidora dos princípios da produção em série. O conteúdo de trabalho foi reduzido tanto quanto possível. Os suprimentos eram transportados desde os locais de sua produção até os locais de consumo — ou seja, da zona de suporte (cozinha, lavanderia, central de esterilização etc) para as zonas clínica e de internação (centro cirúrgico, apartamentos e enfermarias, apoio ao diagnóstico etc) — através de uma central de transporte, de onde partiam macas e carrinhos acionados conforme a necessidade. O hospital, concentrado e especializado, tornou-se uma unidade fabril e a arquitetura refletiu a evolução dos cuidados de saúde na direção da tecnocracia e da despersonalização.

Nesse contexto, o estilo internacional foi adotado pela corrente hegemônica da arquitetura hospitalar do período. Para VERDERBER & FINE (2000), o estilo internacional, que predominava na arquitetura moderna desde os anos 1930, revelou-se como perfeita expressão arquitetônica da medicina de alta tecnologia. O estilo internacional se caracterizava pela valorização dos aspectos funcionais da arquitetura, em detrimento dos aspectos estéticos. A arquitetura deveria preocupar-se em resolver os aspectos práticos e econômicos da edificação, empregando elementos padronizados e recusando a ornamentação ou os detalhes desnecessários que encareceriam a construção.

Para VIDLER (1976), a tipologia arquitetônica modernista tem suas raízes em dois elementos formadores. Por um lado, está a necessidade de confrontar a questão da produção em massa no fim do século XIX. Por outro, e muito mais claramente, aparece a proposição de Le Corbusier de que o modelo do projeto arquitetônico deveria ser encontrado no próprio processo de produção industrial. Portanto, essa tipologia estava firmemente apoiada nos elementos da produção “tecnológica”, especialmente na máquina, e era equivalente à dos objetos produzidos em série.

O estilo internacional, corrente do movimento moderno na arquitetura, herdou esse legado e, no processo de subordinação da estética à funcionalidade, exacerbou a padronização de formas e materiais. A abordagem do estilo internacional favorecia os materiais sintéticos e as partes modulares padronizadas, de modo a facilitar a fabricação da construção (FRAMPTON, 2000). Consolidou-se, então, o processo de “tipificação na arquitetura”: a repetição de unidades espaciais (casa-tipo, pavimento-tipo etc) e a produção em série de elementos arquitetônicos e construtivos (esquadrias, revestimentos, coberturas etc).

Em suma, a arquitetura do estilo internacional adota uma modulação das dimensões espaciais, estruturais, e de mobiliário. No interior dos edifícios, predomina a falta de ornamentação e cores e segue-se um modelo ergonômico padronizado. Os tetos planos, os volumes monolíticos, a estrutura modular em concreto e aço com grandes vãos de vidros nas fachadas definem, em conjunto, o exterior dos edifícios. Essas soluções foram universalizadas, difundindo-se o estilo internacional como de aplicação extensiva a distintas latitudes.

Os edifícios hospitalares do pós-guerra incorporaram tão fortemente esse estilo que, segundo KELLMAN (1995), o padrão estético do estilo internacional, de linhas limpas e estéreis, passou a ser reconhecido como a maneira como os hospitais deveriam ser. Reduzido a sua essência estrutural, o hospital modernista tornou-se um contêiner da volumetria da máquina de curar, sendo visto (VERDERBER & FINE, 2000) como a apoteose do mais puro funcionalismo.

A partir dos anos 60, começou a haver uma reação crítica ao hospital modernista, originária do emergente campo do conhecimento do desenho ambiental e dos estudos de comportamento/ ambiente (VERDERBER & FINE, 2000; MALKIN, 1992). Eles acreditavam que os planejadores hospitalares modernistas tinham feito muito pouco para satisfazer os requerimentos funcionais do cotidiano das pessoas.

Alguns pontos críticos foram identificados no hospital modernista: os arquitetos e planejadores não levaram em conta as necessidades básicas dos usuários do edifício; as necessidades dos pacientes eram julgadas menos importantes do que aquelas requeridas pelas máquinas; os arquitetos estavam habilitados para usar, de maneira uniforme, os

modelos (como, p. ex., o quarto do paciente “máquina”, com todo mobiliário fixo); eles lidavam bem com estudos de fluxos, organogramas, cálculos operacionais, dados estatísticos, mas haviam perdido o conhecimento das implicações da relação entre os edifícios de atenção à saúde e seus usuários. E mais, nenhum estudo avaliativo havia sido feito do desempenho desses hospitais modernistas no seu tempo.

Essa onda de críticas não atingiu apenas a arquitetura hospitalar, ela era mais ampla. Nos anos 1960, a arquitetura moderna entrou em crise e o estilo internacional passou a sofrer duras críticas. Entre as primeiras propostas de paradigmas pós-modernos na arquitetura, pelo menos um deles teria estreita ligação com a crítica feita aos hospitais modernos pelos pesquisadores das relações ambiente-usuário. Essa proposta, a fenomenologia, lança mão de especulação filosófica para problematizar a interação do corpo com o ambiente (NESBITT, 1996). Sensações visuais, táteis, olfativas e auditivas são partes viscerais da percepção da arquitetura, um meio reconhecido por sua presença tri-dimensional, pelas pessoas. No período pós-moderno, o corpo e conexões inconscientes com a arquitetura tornaram-se objeto de estudo para teóricos com uma abordagem fenomenológica.

O movimento moderno não reconhecia as relações ambiente-usuário porque seu foco estava centrado no coletivo sobre do individual, expressando-se em uma linguagem universal, tecnológica e abstrata. A celebração da máquina como modelo formal excluía o “corpo”. A partir do interesse surgido nos anos 60 pela relação ambiente / usuários, vários campos de pesquisas surgiram dedicadas a estudar as reações emocionais e fisiológicas das pessoas influenciadas pelo ambiente, entendido este não só como o espaço físico circundante, mas também psicológico e cultural.

Um desses campos de pesquisa bastante difundido, inclusive no Brasil, é o da psicologia ambiental, que estuda a influência do ambiente físico no comportamento das pessoas (SOMMER, 1990). Equipes interdisciplinares formadas por psicólogos, arquitetos e profissionais de áreas afins começaram a se dedicar às avaliações de edifícios já em funcionamento (a APO, avaliação pós- ocupação), repercutindo esses resultados na conseqüente elaboração de novos projetos. A partir da década de 1970, os estudos em Psicologia Ambiental tiveram ampla difusão nos meios acadêmicos, resultando daí várias pesquisas. Algumas delas foram dedicadas ao estudo do ambiente hospitalar e sua adequação às necessidades dos pacientes e usuários, levando-se em consideração primordialmente a sua opinião.

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”. Verifique-se que a expressão, em textos e palestras, parece estar relacionada especificamente à relação positiva que a qualidade e a identidade do ambiente físico guardam com a satisfação e o bem-estar do paciente, o que ajudaria no processo de recuperação do enfermo. Para conseguir tais efeitos benéficos, o arquiteto lança mão de artifícios como organização espacial, elementos decorativos e técnicos (cores, iluminação, vegetação, temperatura, ruídos etc), os quais seriam percebidos pelos pacientes através dos sentidos, numa mera sobreposição de adereços a um edifício concebido de forma convencional.

Em contrapartida, a literatura internacional sobre arquitetura hospitalar contemporânea ergue-se sobre base teórica própria da disciplina (análise tipológica, p.ex.), em íntima conexão com a evolução da atenção à saúde e de suas instituições (VERDERBER &

FINE, 2000; MILLER & SWENSSON, 1995, entre outros). Nessa literatura, a expressão usada para tratar o ambiente hospitalar do ponto de vista da sua contribuição à recuperação do paciente é “healing environment”.

Usado isoladamente, o termo “healing” está referenciado aos cuidados ao paciente de forma integral e não somente à cura específica de uma doença. É definido por JONAS *et al.* (2003) como um processo dinâmico de recuperação, restauração, renovação e transformação que aumenta o potencial de restabelecimento do paciente. Já quando utilizado para adjetivar um ambiente, “healing” qualifica um sistema e um lugar, incluindo pessoas, comportamentos, tratamentos, parâmetros físicos e psicológicos. Nessa concepção, o ambiente pode incluir componentes físicos, comportamentais, culturais, sociais, espirituais-religiosos, inclusive o atendimento médico e paramédico.

Observe-se que a expressão tem a vocação da totalidade, da visão integral e integrada de espaços e elementos arquitetônicos, assistência à saúde do paciente, recepção a acompanhantes, parâmetros e rotinas institucionais. Logo, o que contribui para um “healing environment” não se limita a recursos arquitetônicos físicos, mas também inclui as ambiências sociais, psicológicas, culturais, em sua íntima relação com a arquitetura.

### **3. HUMANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**

Na seção anterior, abordou-se a maneira pela qual a crise do hospital moderno e os estudos do efeito do ambiente sobre os usuários foram decisivos para o surgimento de uma nova concepção de projeto, baseada em mudanças de natureza organizacional e estética do edifício. A presente seção dedica-se a uma reflexão sobre o processo de humanização da assistência hospitalar, processo iniciado há mais de três décadas e amplamente discutido no Brasil nos últimos anos. Visando o resgate da condição integral do ser humano e de um repensar as atitudes dos profissionais e dos pacientes em face da doença e da hospitalização, a humanização expressa um movimento de resposta aos problemas ocasionados pelo excesso de objetividade e impessoalidade trazido pelo avanço científico e tecnológico na área da saúde.

A influência das ciências físicas e da necessidade de lidar com verdades e certezas desencadeia uma realidade na qual a subjetividade é desconsiderada. Este tipo de idéia pode ser vista como fruto do modelo biomédico vigente, influenciado pelas ciências naturais – e, portanto, com uma visão única, objetiva e verdadeira da realidade – e baseado na divisão cartesiana entre corpo e mente (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Os profissionais da saúde trabalham com um olhar muito fragmentado do indivíduo, focalizando a doença como se fosse um problema exclusivamente do corpo, desconsiderando todo o contexto no qual a pessoa está inserida, sua história de vida, aspectos psicológicos e sociais. De acordo com a autora, a continuidade e a aceitação deste modelo se dão em virtude do lucro gerado pela produção de medicamentos e também pela própria formação acadêmica dos profissionais de saúde, ainda sustentada numa visão antropocêntrica e individualista.

De acordo com RIBEIRO (1993), o hospital ainda guarda resquícios daqueles da Era Moderna, já que reproduz o capital de várias maneiras. Primeiro, porque recupera a força de trabalho adoecida por determinantes sociais, devolvendo-a ao mercado; e, depois, porque funciona como uma empresa que realiza uma atividade econômica, em que o

capital se multiplica direta e indiretamente pela venda e consumo de mercadorias, em especial as tecnologias médicas.

“(...) o hospital é como uma oficina e o médico seu principal mecânico. Cumpre a ele fazer com que a máquina-homem retorne o mais depressa à circulação como mercadoria ambulante. Interessa consertá-la, mas, mais ainda, evitar que se quebre” (RIBEIRO, 1993:30).

Quando alguém entra num hospital, o primeiro impacto é o do ambiente físico, seguido, na ocasião da internação, da total falta de intimidade e da transformação da sua vida numa vida pública, permanentemente acessível aos profissionais (RODRIGUEZ-MARÍN, 1995). O paciente é obrigado a obedecer às instruções da equipe médica e a cumprir regras gerais do local. O pessoal do hospital assume todo o controle dos meios, recursos e mobilidade dos pacientes, incluindo recursos físicos e de informação. Ocorre o sentimento de despersonalização ou perda da identidade, na qual pertences/objetos pessoais e indicadores sócio-psicológicos são substituídos pelos objetos e identificadores do hospital. O aparecimento desses problemas independe da classe social a que o indivíduo pertence, já que o sentimento de fragilidade de cada pessoa frente à doença e ao hospital lhe é peculiar.

Para RODRIGUEZ-MARIN (1995), a hospitalização aparece como:

- um estressor cultural - o paciente deve aceitar novas normas, valores e símbolos de uma subcultura hospitalar, que freqüentemente são inconsistentes com ele mesmo.
- um estressor social - o papel do paciente hospitalizado envolve elementos que pressionam a identidade psicossocial do indivíduo, e as interações sociais em um hospital 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 próprio entorno físico do mesmo, podem causar emoções negativas na maioria dos pacientes.

Ao lado dessas considerações, outros obstáculos ainda podem ser encontrados pelo usuário na procura pelos serviços de saúde. Segundo BOLTANSKI (1989), os médicos não se esforçam na tentativa de estabelecer um diálogo “horizontal” com os pacientes, que terminam ficando cada vez mais distantes na relação com “os donos do saber”. As dificuldades no relacionamento são inúmeras, desde a diferença de linguagem utilizada pelos dois, até a pouca duração da consulta e a raridade do contato médico-paciente. Dentro do hospital – principalmente os estabelecimentos públicos – os doentes reprovam, mas por vezes se conformam e aceitam, o fato de existir tantos intermediários separando-os dos médicos e da sua família. São atitudes que regulamentam e limitam seu comportamento, além de aumentar a barreira do vocabulário utilizado nas explicações/informações oferecidas.

Para os que estudam o assunto, são vários os motivos que justificam o problema: avanços tecnológicos e a conseqüente substituição de alguns profissionais por equipamentos; a importância das especializações na Medicina; o aumento populacional e a ausência de políticas públicas intersetoriais que distanciam o profissional do paciente e dos serviços. São tantas as contradições que os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e hierarquização do Sistema Único de Saúde

(SUS) servem para reafirmar que o fato de estar na lei não garante a prática. Se funcionasse na íntegra, o paciente, não passivo, seria consciente e atuante, porque informado, participaria do processo, questionando, avaliando e exigindo seus direitos.

Em um livro escrito na década de 1970 e publicado nos Estados Unidos nos anos 1980, REMEN (1993) aborda os novos caminhos para se enxergar a doença e o sistema médico, ambos dentro do reconhecimento das pressões de tempo e da impessoalidade das instituições que dificultam práticas mais humanas. Para a autora, a tradicional concepção de que “saúde é ausência de doença” é limitada, imprecisa, e já não satisfaz os estudiosos do assunto. Para a autora, saúde é o equilíbrio das dimensões mente-corpo-sentimento e requer uma vida com qualidade, calor, amizade, propósito, humor e esperança. A ruptura desse equilíbrio, aliada às nossas escolhas e ao uso que fazemos do nosso corpo, afeta os três aspectos da pessoa e ocasiona a doença, seguida de dor e sofrimento próprios de cada um.

Em posição semelhante, ANGERAMI-CAMON *et al.* (2001) apontam que a doença pode ser uma desarmonia orgânica ou psíquica que, através da sua manifestação, rompe a dinâmica do indivíduo. Complementa suas colocações mostrando a importância de tornar a equipe de saúde sensível a essas questões, bem como à comunicação que estabelece com o paciente e ao trabalho interdisciplinar. Dentro do hospital, essas medidas instrumentalizam os profissionais em sua relação com o paciente a fim de melhorar a qualidade de vida na hospitalização e tratamento.

O trabalho da humanização ainda caminha lentamente, necessitando de maiores incentivos e, na maioria dos casos, de boa vontade por parte dos profissionais. Segundo REMEN (1993), os próprios médicos deveriam trabalhar aceitando as fragilidades e as forças da sua humanidade para aceitar a fragilidade e a força dos outros. Apesar destes contratempos, os primeiros passos em direção a atitudes mais humanas no cuidado da saúde já foram dados e o esforço deve ser contínuo, tanto por parte desses profissionais, como de qualquer um que possa ser afetado pela doença.

Diante do exposto, torna-se essencial citar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL/Ministério da Saúde, 2000), em andamento no Brasil, que tem como objetivo humanizar quinhentos hospitais da rede pública. De uma maneira geral, o Programa – que apresenta um manual para ser seguido pelos profissionais de instituições participantes – busca fortalecer as ações de humanização existentes e implantar novas iniciativas, que envolvem o atendimento ao usuário e o trabalho com os profissionais, além de ter como critérios básicos a participação e a escuta.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste artigo, abordou-se a utilização do termo “humanização” nos campos da arquitetura hospitalar e da assistência à saúde.

Pode-se verificar que o uso da expressão “ambiente humanizado”, refletindo uma preocupação isolada com os aspectos arquitetônicos, carece de maior conteúdo na medida em que não se dispõe de uma base teórica consistente para suportá-lo, seja conceitual, seja operacionalmente. Os arquitetos, em geral, pouco se interessam por pesquisas científicas; aqueles que projetam sentem que não tiveram formação para entender, muito menos, para desempenhar pesquisas sérias.



Além disso, segundo DEVLIN & ARNEILL (2003), não há muitas pesquisas que abordem a relação pessoa-ambiente nos edifícios hospitalares. Isso porque a arquitetura não tem tradição em pesquisa acadêmica e a medicina tem uma certa dificuldade em aceitar a influência do ambiente no bem-estar dos usuários.

O mais provável, tendo em vista a literatura consultada, é que o termo “humanização” passou a ser utilizado pela arquitetura hospitalar nacional por empréstimo direto das pesquisas desenvolvidas sobre o tema no campo da assistência à saúde. Nessa área, o termo vem sendo utilizado há mais tempo e já tem significado consagrado e consolidado, principalmente tendo em vista o fato de que tem por plataforma um sólido desenvolvimento teórico-conceitual.

Assim, a “humanização” hospitalar praticada no Brasil parece ter se construído do empréstimo de uma palavra, oriunda da assistência à saúde, e de informação teórica básica originária do campo da Psicologia Ambiental. Em consequência, o termo perde conteúdo e sentido, se banaliza e não se presta a desenvolvimentos técnicos maiores. Em face da inexistência de sentido do tratamento estanqueizado das distintas facetas da dinâmica hospitalar (assistência, arquitetura, instituição) para fins de humanização, percebe-se que a noção de “healing” dá conta de forma mais consistente das reais necessidades do ambiente hospitalar.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. et al. **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2001.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo** (Trad. Regina A. Machado). Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BRASIL./Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 7-14, 2004
- DEVLIN, A. S. & ARNEILL, A. B. Health care environments and patient outcomes. A review of the Literature. **Journal of Environment and Behavior**, v. 35, p. 665-694, 2003.
- DILANI, A. Healthcare buildings as supportive environments. In: **World Hospitals and Health Services**, v. 36, n. 1, p. 20-26, 2000.
- FRAMPTON, KENNETH. **História Crítica da Arquitetura Moderna**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- JONAS, W. B. *et al.* Investigating the impact of optimal healing environments. In: **Alternative therapies**, v. 9, n. 6, p. 36-40, 2003.
- KELLMAN, M. History of healthcare environments. In: MARBERRY, S. O. (Org.). **Innovations in healthcare design**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1995, p. 38-48.
- MALKIN, J. **Hospital Interior Design**. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992.
- MARTINS, M. C. F. N. Humanização na saúde: relação médico-paciente no microscópio. **Revista Ser Médico**, 2002.
- MILLER, R. & E. SWENSSON. **New directions in hospital and healthcare design**. New York: McGraw Hill, 1995.
- REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RIZZOTO, M. L. F. As práticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 2, p. 196-199, 2002.

RODRIGUEZ-MARÍN, J. R. El hospital como marco de cuidado de la salud. In: \_\_\_\_\_. **Psicología Social de la salud**. Madrid: Sintesis, 1995, p. 161- 172.

SOMMER, R. A fish who studies water. In: ALTMAN, I. & CHRISTENSEN, K. (Orgs.). **Environment and behavior studies: emergence of intellectual traditions**. New York: Plenum, 1990, p. 31-48.

TRAVERSO-YÉPEZ. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, 2001.

v. 36, n. 1, p. 20-26, 2000.

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

VIDLER, ANTHONY. The Third Typology., In: *Oppositions* 7 (inverno), 1976. (republicado em NESBITT, KATE. **Theorizing a New Agenda for Architecture: an Anthology of Architectural Theory 1965-1995**. Nova York: Princeton A.P., 1996)