

CONFORTO AMBIENTAL EM QUARTOS DE INTERNAÇÃO: PERSPECTIVA HISTÓRICA

Fernanda Marx de Andrade (1);

(1) Arquiteta e Urbanista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura, fernandamarx@ufrj.br
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Pós-Graduação em
Arquitetura, Rio de Janeiro - RJ, cep 21941-590, Tel.: (21) 3938-1661

RESUMO

Ao longo do tempo o edifício hospitalar sofreu transformações tipológicas substanciais devido às descobertas científicas e filosóficas, essa mudança na concepção interferiu no avanço de soluções relacionadas ao conforto ambiental e ao desenho dos espaços e articulações funcionais do hospital. O presente artigo propõe-se em uma análise dessa evolução das unidades dos quartos de internação, utilizando-se a metodologia de pesquisa histórico-interpretativa através de referências bibliográficas. A pesquisa tem início a partir do momento histórico em que o hospital passa a ser considerado um instrumento terapêutico, com as enfermarias do final do século XVIII, até os tempos atuais em que a qualidade do espaço tem como foco a humanização do tratamento e atendimento do paciente. Por ser um objeto complexo e por incluir-se entre as obras arquitetônicas que mais necessitam transmitir a sensação de alívio e cura para seus ocupantes, o ambiente do edifício hospitalar exige uma maior preocupação no que se refere à qualidade do espaço. Atribui-se ao quarto de internação uma atenção especial devido ao fato de ser o espaço físico em que o indivíduo passa para a condição de paciente, rompendo com a vida habitual e adaptando-se a um novo ambiente no qual não possui autonomia ou liberdade. Além de ser a unidade funcional do hospital em que o enfermo, ainda fragilizado e em processo de recuperação, permanece, na maioria dos casos, por um período de tempo maior. Por essas razões o controle da sensação de conforto nesse espaço é imprescindível. No entanto, atualmente a questão ambiental é muitas vezes desconsiderada e o ambiente do quarto de internação é excessivamente controlado de maneira artificial.

Palavras-chave: Arquitetura da Saúde, Quartos de Internação, Conforto Ambiental, Evolução Histórica.

ABSTRACT

Over time the hospital building suffered substantial typological changes due to scientific and philosophical discoveries. These changes in design interfered in solutions related to indoor environmental quality, healthcare spaces design and functional hospital joints. This article consists of an analysis of the evolution of the hospital rooms, using the historical-interpretive research methodology. The research starts from the historical moment in which the hospital is regarded as a therapeutic instrument - with the wards of the late eighteenth century - to the present time when the quality of the space is focused on the humanization of treatment and patient care. For being a complex object and being included among the architectural works that most require to transmit the sense of relief and healing for their occupants, the hospital building environment requires a greater concern regarding the space quality. It is attributed to the patient room a special attention due to the fact that it is the physical space where the individual becomes the patient, breaking up the daily routine and adapting to a new environment in which he does not have autonomy or freedom. It is also the hospital unit in which the fragile patient during his recovery process remains, in most cases, for a longer period of time. For these reasons the control of the comfort perception of the space is essential. However, currently the environmental issue is often disregarded and the hospital room environment is excessively controlled artificially.

Keywords: Healthcare Architecture, Patient Rooms, Indoor Environmental Quality, Historical Evolution.

1. INTRODUÇÃO

No decorrer do tempo o edifício hospitalar sofreu transformações tipológicas substanciais devido às descobertas científicas e filosóficas de cada período da história. Essas mudanças na concepção espacial interferiram no avanço de soluções relacionadas ao conforto ambiental e ao desenho dos espaços e articulações funcionais do hospital. Propõe-se no seguinte capítulo uma análise da evolução das unidades dos quartos de internação, a partir do momento histórico em que o hospital passa a ser considerado um instrumento terapêutico, com as enfermarias do final do século XVIII, até os tempos atuais em que a qualidade do espaço tem como foco a humanização do tratamento e atendimento do paciente.

A compreensão da influência do ambiente hospitalar sobre o processo de recuperação da saúde é relativamente recente, assim como o conceito de humanização aplicado à concepção de projetos hospitalares, porém a preocupação com a qualidade do ambiente de saúde não é algo atual. O marco precursor de diversas discussões a respeito da arquitetura da saúde foi o incêndio do Hôtel-Dieu no final do século XVIII.

O Hôtel-Dieu, considerado o maior e mais antigo hospital de Paris, foi alvo de diversos incêndios sistemáticos durante muitos anos, devido à insalubridade com péssimas condições de higiene, superlotação e negligência. O hospital era composto por quatro alas destinadas a pacientes diversos, uma para marimbondos e uma para maternidade. Frequentemente os enfermos internados compartilhavam a mesma cama, nas quais pesadas cortinas garantiam a privacidade de cada leito. No entanto, as mesmas tornavam-se foco de infecção, além de prejudicarem a iluminação e ventilação naturais. Após um incêndio devastador em 1772 foram realizados diversos debates a respeito das condições precárias do edifício que deveria promover a saúde. Por ser um estabelecimento de grande importância no cenário Europeu da época, comitês desenvolveram diversas propostas revolucionárias para reconstrução do edifício, entretanto, nenhuma delas foi adotada e o hospital foi reconstruído seguindo os modelos antigos. De qualquer forma, esse momento foi considerado um marco para arquitetura hospitalar, e a partir desse momento o hospital passa a ser visto como uma “máquina de curar” (FOUCAULT, 1989).

Alguns anos depois, a enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910) passou a analisar a relação entre o enfermo e o espaço físico de internação, criando novos aspectos baseados em seus estudos. Em seus livros “Notes on Nursing” e “Notes on Hospitals” (1859) a enfermeira já destacava a importância de atributos como ventilação adequada, saneamento, controle do ruído e iluminação para a qualidade do ambiente interno. De acordo com Nightingale, o principal requisito de um hospital era que não causasse nenhum mal para os pacientes. Entre suas análises, Florence passou a considerar áreas mínimas por leito e lotação máxima do ambiente. Durante esse período as enfermarias baseadas em suas recomendações passaram a ser denominadas “Enfermarias Nightingale”.

A partir desse contexto, os hospitais passam a diferenciar-se sensivelmente das demais tipologias arquitetônicas e das edificações religiosas nas quais se inseriam, definindo uma identidade própria. Inicia-se, então, uma conscientização de que o ambiente de saúde deve ser projetado para potencializar a eficiência do atendimento médico e assegurar as melhores condições possíveis de assepsia e qualidade.

O surgimento do termo “conforto ambiental” e sua evolução na arquitetura remonta ao modernismo, porém segundo Schmid (2005), o conforto, ainda no século XVIII, passou a ser conscientemente reconhecido nos círculos mais afortunados, da nobreza e burguesia, e, com o passar das décadas, o conforto tornou-se acessível a uma faixa maior da população. A conquista gradativa de algum conforto no contexto ambiental teve pressupostos técnicos, econômicos e culturais. O termo “conforto” passou a ser utilizado na edificação a partir do surgimento do estilo modernista, já no século XX. “O conforto ambiental surge num esforço de se resgatar a arquitetura enquanto abrigo diante de outras intenções como a monumental, a produtiva ou a representativa”. (SCHMID, 2005, p.14) Porém, contraditoriamente, o movimento modernista, também foi o precursor da arquitetura fria com ambientes hostis e estéreis, inclusive as residências possuíam como característica a presença de paredes brancas e móveis tubulares em aço.

2. OBJETIVO

Investigar e expor dados relativos aos processos históricos e filosóficos que fizeram parte da evolução da configuração espacial dos quartos de internação no que se refere ao conforto ambiental até o contexto atual.

3. MÉTODO

Método de pesquisa histórico-interpretativa. Contextualização, através de revisão bibliográfica dos processos históricos.

4. O HOSPITAL COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

Optou-se pela análise da evolução do quarto de internação a partir do momento na história em que o hospital passa a ser considerado um instrumento terapêutico, afinal, nos períodos anteriores o estabelecimento não possuía a mesma finalidade. O espaço físico hospitalar destinado ao acolhimento de pessoas enfermas e carentes existe desde o período da Antiguidade, porém o escasso conhecimento a respeito das patologias na época fazia com que o local fosse propício à multiplicação de doenças e ao agravamento do estado de saúde. Até então, a medicina não constituía uma prática hospitalar e estava relacionada principalmente a práticas religiosas e de caridade. Durante muitos anos os edifícios hospitalares foram considerados ambientes de separação e exclusão (FOUCAULT, 1989), onde os enfermos, que em sua grande maioria eram pobres, ficavam amontoados em um mesmo ambiente sem nenhum controle ou cuidado com a disseminação de doenças. Os leitos eram compartilhados e não havia nenhuma triagem referente a diferentes diagnósticos. Apenas os doentes com melhores condições financeiras eram tratados em casa e encaminhados ao hospital somente em casos de doenças contagiosas ou por oferecerem algum risco para a sociedade. Nesse período a medicina constituía-se em uma prática individual.

A partir do século XVIII, o “século das luzes” e da revolução industrial, passa-se a prevalecer uma nova visão do homem e da natureza. Esses movimentos ampliaram muito os conhecimentos da época, contribuindo para melhorar as condições sanitárias que foram intensificadas ao longo do século XIX. Segundo Foucault, a medicina social que se inicia no final do século XVIII surge com o descobrimento da anatomia patológica. Assim sendo, as condições funcionais e espaciais do hospital ganham importância.

“O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” (FOUCAULT, 1989, p.99).

A medicina hospitalar surge devido à disciplinarização do espaço de saúde com a transformação do saber e das práticas médicas (FOUCAULT, 1989). O hospital contemporâneo com a finalidade atual possui suas origens nesse período, quando a divisão interna do edifício é modificada e a arquitetura hospitalar passa a ser um instrumento de cura.

5. A EVOLUÇÃO ESPACIAL DOS QUARTOS DE INTERNAÇÃO

A concepção de saúde vigente em cada momento da medicina foram aspectos que influenciaram na estruturação dos estabelecimentos de saúde. Essa mudança na concepção física do edifício interferiu na organização espacial dos quartos de internação e, conseqüentemente, ocorreram avanços de soluções relacionadas ao conforto ambiental e ao desenho dos espaços e articulações funcionais.

A partir do final do século XVIII, após o reconhecimento de que o ar era contaminante e veiculador de miasmas, surgem novos conceitos hospitalares e a arquitetura passa a ser considerada fundamental para que o ambiente de saúde seja finalmente destinado à cura. Até o determinado período, a estagnação do ar e a umidade nos ambientes internos eram consideradas as maiores causas da insalubridade nos hospitais. Surgem, assim, estudos relacionados à qualidade interna do ambiente, realizados por pesquisadores da época como, o arquiteto Bernard Poyet (1742-1824), o médico Jacques Tenon (1724-1816) e, alguns anos depois, a enfermeira Florence Nightingale (1820-1910).

No século XIX a principal característica da arquitetura hospitalar referia-se a preocupação quanto à higiene e salubridade das edificações (LUKIANCHUKI et CARAM, 2008). A organização espacial do edifício hospitalar passa a valorizar o contato com o exterior e os eixos de circulação definem a tipologia que passou a ser predominante nesse período da história. Os estudos realizados após o incêndio do Hôtel-Dieu chegaram à conclusão de que o sistema de organização pavilhonar horizontal do espaço seria a ideal para que os problemas de insalubridade fossem solucionados. No que se refere aos quartos de internação, o modelo de enfermagem Nightingale surge com um novo conceito de espaço físico do ambiente, aliando ventilação e iluminação naturais e adequadas com a qualidade do processo de recuperação dos pacientes.

Durante o século XX o número de edifícios hospitalares no mundo cresce substancialmente, devido à evolução dos processos de tratamento e avanços tecnológicos como, por exemplo, a utilização do Raio-X. A população começa a possuir uma maior confiança nos estabelecimentos de saúde (LUKIANCHUKI et CARAM, 2008) e aos poucos o hospital, que antes concentrava as classes menos abastardas, passa a ser utilizado pelas classes mais ricas da sociedade, ocasionando um crescimento substancial do número de hospitais em todo o mundo. Gradativamente o projeto do modelo pavilhonar que demandava longas distâncias vai sendo substituído por um modelo mais compacto. Com o avanço nas estruturas e o surgimento de elevadores, as construções passam a ser predominantemente verticais, surge assim um novo modelo hospitalar, o bloco vertical, característica dos hospitais norte-americanos desde 1877.

Durante as décadas de 50 a 70 com o desenvolvimento tecnológico, ocorre à perda da qualidade arquitetônica e meios artificiais passam a realizar o trabalho anteriormente exercido pela própria arquitetura. Os progressos da medicina reduziram consideravelmente a permanência dos pacientes em unidades de internação e no decorrer desse período o ambiente hospitalar torna-se mais hostil, adaptando-se ao estilo modernista da época. A partir do avanço nas estruturas e o surgimento de elevadores, as construções passam a ser predominantemente verticais.

Não é possível enumerar as diferentes tipologias existentes na arquitetura hospitalar, porém é possível distinguir as mais adotadas em certos períodos. Ao realizar a análise das duas tipologias predominantes de cada momento histórico, pavilhonar e bloco vertical, pode-se verificar e compreender os reflexos da história na arquitetura hospitalar.

5.1. Quarto de Internação da Tipologia Pavilhonar (Séculos XVIII e XIX)

A forma pavilhonar das internações, predominante a partir do século XVIII, propiciava o uso da ventilação cruzada e iluminação natural. Na Inglaterra, a eficácia do Royal Naval Hospital, construído em 1756, estimulou o desenvolvimento de outros edifícios de saúde que passaram a adotar a mesma tipologia. O hospital possuía 10 pavilhões horizontais e enfermarias que comportavam 20 leitos, suas inovações morfológicas asseguravam boas condições de conforto ambiental.

Em 1854 foi construído o primeiro hospital pavilhonar da França, o Hôpital Lariboisière (Figura 1), projetado pelo arquiteto Pierre Gauthier (1790-1855). O projeto levava em consideração o conceito de ar puro e dava ênfase a práticas higienistas, seus espaços foram projetados com base nas condições ambientais do Royal Naval Hospital e apresentava uma especialização ainda maior do que a de seu antecessor.



FIGURA 1 - Hôpital Lariboisière, 2009.

Fonte: <http://www.panoramio.com/photo/22209515>

Nessa tipologia os pacientes eram agrupados em enfermarias com uma média de 20 leitos e as janelas participavam da distribuição dos espaços. A enfermaria Nightingale é considerada o elemento mais importante e característico da anatomia hospitalar desse período, o modelo pavilhonar-nightingale era mantido como referência de arquitetura na área da saúde. As enfermarias constituíam-se basicamente em um

salão longo e estreito com o pé-direito reduzido, em comparação as edificações anteriores. Os leitos ficavam localizados perpendicularmente às paredes externas e às janelas eram posicionadas entre um leito e outro, em ambos os lados, permitindo uma boa ventilação e iluminação natural. No centro da enfermaria localizavam-se os postos de enfermagem e a lareira para o aquecimento do ambiente. Banheiros e cozinha eram localizados nas extremidades e também possuíam uma boa ventilação.



FIGURA 2 – Quarto em Tipologia Pavilhonar (1910-17)

Fonte: kingscollections.org

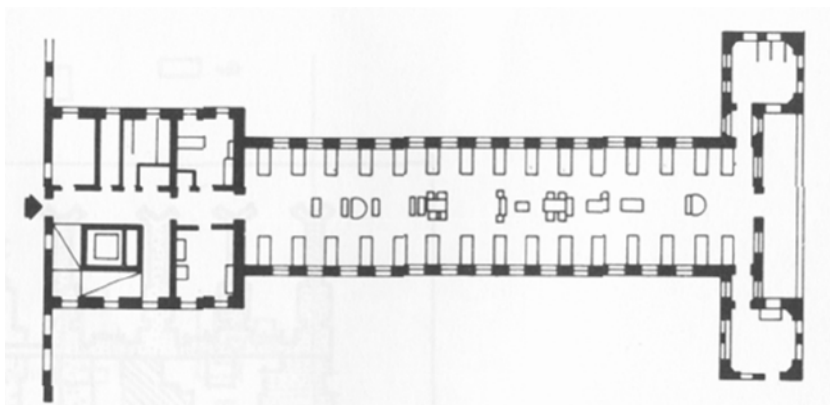


FIGURA 3 – Planta da enfermaria do hospital St. Thomas (1857)

Fonte: MIQUELIN, 1992 apud MASCARELLO, 2005.

As figuras 2 e 3 representam a arquitetura da enfermaria “Nightingale” com camas bem separadas, intercaladas por janelas com aquecedores especializados no meio das alas, o que gerava correntes de ar quente para auxiliar a remoção do ar viciado e a circulação de ar fresco. Algumas décadas antes, o aquecimento dos ambientes era realizado por lareiras e fornos a carvão, o que prejudicava bastante a qualidade interna do ar.

Durante esse período, a enfermeira Florence Nightingale acreditava que quartos individuais, contendo apenas um leito, eram insalubres e propagavam infecções por sua pequena escala e confinamento, além dispersarem a equipe médica que, no caso das enfermarias, tinham a possibilidade de estar próxima da maioria dos pacientes. Florence considerava o ar fresco, a limpeza e as aberturas para o exterior, aspectos mais relevantes do que a privacidade do paciente. Nos anos subsequentes os hospitais começaram a oferecer alguns quartos individuais, com a principal finalidade de isolamento, porém as enfermarias com leitos para 4 a 24 pacientes continuaram sendo a configuração predominante até o período da II Guerra Mundial. Com o passar do tempo as enfermarias sofreram aperfeiçoamentos e foram subdivididas em enfermarias menores, com leitos dispostos paralelamente às janelas, evitando problemas de ofuscamento e possibilitando a visão dos pacientes para o exterior (CUMBERLEGE, 1955; MIQUELIN, 1992, apud MASCARELLO, 2005).

No que se trata ao conforto ambiental desse período, é importante ressaltar o trabalho do engenheiro sanitário Casimir Tollet (1828-1899) que propunha a utilização de enfermarias com seção arcada, onde o ar interno escapava pelos óculos localizados na parte superior das paredes extremas das enfermarias e por

chaminés distribuídas ao longo de certos pontos do teto, além de dutos no interior das paredes e do piso (figura 4). Segundo o engenheiro, esse era o modelo mais propício a renovação do ar interno.

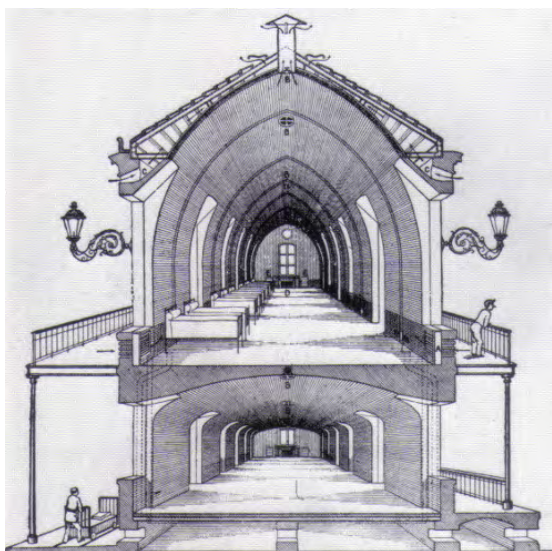


FIGURA 4 – Enfermaria no Sistema Tollet
Fonte: MIGNOT, 1983.

5.2. Quarto de Internação da Tipologia Bloco Vertical (A partir do Final do Século XIX)

No fim do século XIX e início do século XX, com o progresso das estruturas de aço e de concreto, as construções passaram a vencer vãos livres cada vez maiores. O avanço da tecnologia e o advento dos sistemas estruturais possibilitou a verticalização dos hospitais, o que trouxe uma vantagem em relação às distâncias internas percorridas. Nessa tipologia prevaleciam grandes áreas centrais em cada pavimento, sem preocupação alguma a respeito da iluminação ou ventilação natural. O estilo arquitetônico moderno, presente em grande parte das construções desse período, passa a ser adotado também nos hospitais que, em sua maioria, passaram a ser formados por grandes blocos verticais padronizados.

A configuração espacial dos quartos de internação também foi sendo modificada, inicialmente tratava-se de um ambiente totalmente aberto, compartilhado com múltiplos pacientes e com banheiro compartilhado pelo mesmo grupo. Inicialmente o monobloco vertical era constituído pela sobreposição de enfermarias Nightingale. A implementação de quartos individuais nos hospitais passou a ocorrer devido à necessidade de isolamento das vítimas da praga, lepra, tuberculose, surtos de violência e para fins socioculturais. A mudança radical ocorreu após a segunda guerra mundial quando a norma passou a recomendar quartos duplos com um banheiro compartilhado (KOBUS et. al, 2000). Na década de 1960 o modelo de enfermagem com quartos individuais e duplos prevaleceram nos Estados Unidos.

Com o avanço da medicina e descobertas no campo da infecção hospitalar, foi comprovado que os miasmas não eram mais os transmissores de doenças e sim, as bactérias. Nesse contexto, a ventilação natural perde sua importância no edifício de saúde e juntamente com a evolução tecnológica, a climatização artificial através sistemas sofisticados de aquecimento, ventilação e ar condicionado, passam a ser utilizadas em larga escala nos ambientes internos, fazendo com que o quarto de internação perdesse o aspecto natural, tornando-se um espaço mais institucional.

6. UM NOVO CONCEITO: A HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

Na história da arquitetura hospitalar o século XX foi marcado pela ascensão e queda do modelo centrado na tecnologia. A arquitetura moderna passou a ser amplamente criticada pelo seu aspecto padronizado e repetitivo, as críticas foram intensificadas após a crise de petróleo nos anos 70, quando a voracidade energética dos edifícios passou a ser questionada. Nesse período surgem os movimentos de oposição ao modernismo, como a arquitetura bioclimática, arquitetura passiva e arquitetura sustentável, todas com ideias bastante similares. Nas últimas três décadas do século XX, acompanhando o movimento ambientalista, novas correntes na arquitetura tinham como objetivo resgatar o condicionamento térmico natural do ambiente construído (SCHMID, 2005). A partir desse momento o conforto ambiental volta a ser questionado e levado em consideração nos espaços de saúde.

Até então, prevalecia uma arquitetura desumana, influenciada pelas práticas médicas adotadas nesse período, onde o paciente não era tratado como ser humano, mas como uma coleção de possíveis doenças. Destaca-se o fato de que até o século XX a saúde era considerada apenas como sendo a ausência de doença. A saúde, nos termos atuais, possui um significado mais abrangente que está intimamente relacionada às premissas da qualidade de vida. Em 1946 a Organização Mundial da Saúde passou a definir o termo, como sendo: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, ou seja, o conceito de saúde transcende à ausência de doenças e afecções.

Atualmente, existem provas científicas de que o ambiente influencia diretamente o bem-estar dos usuários e que seus elementos provocam estímulos sensoriais nos seres humanos, evocando respostas que geralmente se refletem no seu comportamento e nas suas atitudes. Nesse contexto, surge a humanização de ambientes hospitalares, ou seja, uma qualificação do espaço construído com o objetivo principal de promover ao usuário conforto físico e psicológico para a realização de suas atividades, através de atributos ambientais que provocam a sensação de bem-estar.

Nos últimos anos, a arquitetura hospitalar tem passado por um processo de transformação em função dessa preocupação emergente com o bem-estar dos pacientes, provocando mudanças nas instalações e nos tratamentos de saúde. Nessa nova fase, a ênfase está na qualidade do ambiente hospitalar e na preocupação em afastar o aspecto hostil que ainda predomina neste tipo de edificação. A ambiência arquitetônica passa a ser valorizada e é, portanto, criada por uma diversidade de elementos no espaço, resultando em um conjunto que interage na percepção do usuário de forma agradável ou desagradável. Tais elementos são atributos de humanização que agregam valor pessoal ao espaço físico. Para que o ambiente seja capaz de promover a cura, faz-se necessário a obtenção das razões científicas pelas quais certos aspectos ambientais contribuem ou não para o bem-estar dos usuários.

6.1. Definição do Conceito de Humanização

Em 1972, foi realizado em São Francisco, nos Estados Unidos, um simpósio sobre humanização, com a apresentação de estudos de conceitos, causas e consequências do atendimento a saúde predominante. Foi o primeiro evento que reuniu discussões acerca o tema de humanização do cuidado em saúde e tornou-se um marco para a introdução desse conceito na área. Como resultado, os artigos apresentados no simpósio, foram incluídos no livro *Humanizing Health Care* (1975), organizado por Jan Howard e Anselm Strauss. Em um de seus artigos, Howard define o conceito de humanização seguindo uma linha de raciocínio contrária, ou seja, partindo do desenvolvimento do conceito de desumanização. Desumanização e despersonalização simbolizam estados negativos que pacientes e profissionais vivenciam, seus diversos significados foram resumidos, segundo a autora, a seguir:

- Pessoas como coisas: Seres humanos tratados como objetos para a facilitação de sua administração. Ocorre através da necessidade de padronização, inclusive do serviço prestado. Existe uma falta de poder e reciprocidade, além de uma total ausência de sentimento entre o paciente e a equipe médica.
- Pessoas como máquinas: Máquinas substituindo pessoas, assim, os cuidados podem estar ausentes enquanto o paciente interage com a tecnologia e seus produtos. Outra situação é a máquina sendo utilizada como extensões do ser humano, no caso de transplantes com órgãos artificiais e na necessidade de equipamento tecnológico para garantir a sobrevivência em CTIs.
- Pessoas como cobaias: Desumanização por experimentos, onde o sucesso é o critério e os progressos os deixam cegos a respeito das consequências negativas para o paciente. Nesse caso a quantidade de vida é mais valiosa do que a qualidade.
- Pessoas como problemas: O paciente é visto e tratado apenas pelo seu problema, ou seja, a doença.
- Pessoas tratadas como inferiores: Despersonalização que ocorre principalmente por preconceitos, seja de raça, sociais, psicológicos e econômicos.
- Pessoas isoladas: Pacientes isolados e sozinhos. Abandono que ocorre, em muitos casos, decorrente da despersonalização.
- Pessoas receptoras de cuidados padronizados: Indiferença ou negligência no tratamento, quando o tratamento oferecido é inferior do que o disponível.
- Pessoas sem opções: Ausência de controle e alienação do paciente quanto ao seu tratamento, ideia que se contrapõe a opção e liberdade.
- Pessoas interagindo com “Icebergs”: Ausência de sentimento e interação entre os indivíduos. Os profissionais preferem não utilizar o sentimento na relação com o paciente e por isso tornam-se pessoas frias, facilitando a tomada de decisões quanto o tratamento.
- Pessoas em ambientes estáticos: Ambientes estéreis e frios.

- Pessoas que tem a preservação da vida negada: Alguns teólogos acreditam que os profissionais da saúde possuem o dever de preservar a vida a qualquer custo. Nesse caso, são considerados desumanos os atos que terminam a vida, como abortos, eutanásia e separação de respiradores.

Por fim Howard resume o conceito de indivíduo despersonalizado com o trecho: “To summarize: depersonalized people are viewed as inanimate, unfeeling objects or machines to be manipulated, experimented upon, fragmented into problems, and treated with detachment. In more extreme cases they are isolated, alienated, stripped of dignity, and given few if any opportunities to escape from the static, sterile, degrading environments in which they are enmeshed. Their care is often substandard in accord with society’s perception of their lesser worth” (Resumindo: indivíduos despersonalizados são vistos como, inanimados, objetos insensíveis ou máquinas a serem manipuladas, experimentadas, fragmentadas em problemas e tratadas com distanciamento. Em casos mais extremos eles são isolados, alienados, despojados de dignidade e dado pouca ou nenhuma oportunidade para escapar dos ambientes estáticos, estéreis e degradantes em que estão enredados. O cuidado é muitas vezes padronizado de acordo com a percepção da sociedade de seu menor valor) (HOWARD, 1975, p. 66, tradução nossa).

Nesse contexto, a autora explica que humanizar a assistência médica significa agregar as eficiências técnicas e científicas, valores éticos de respeito e solidariedade ao ser humano. É importante que as necessidades fisiológicas e físicas do indivíduo sejam consideradas durante o tratamento. A humanização do cuidado médico tem como objetivo a diminuição do sofrimento do paciente através do contato humano de forma acolhedora, sem juízo de valores, contemplando a integralidade do ser humano. O termo humanização possui diversos significados e, para exemplificá-los, Howard desenvolveu oito condições “necessárias e suficientes” para um cuidado humanizado.

- Valor intrínseco: Atribuição do mesmo valor a diferentes pessoas, todos tem o direito ao respeito e dignidade, isso é uma noção de igualdade.

- Insubstituibilidade: Trata-se da individualidade. Paciente e profissionais são seres humanos e por isso são únicos e insubstituíveis.

- Eu holístico: As atitudes e sentimento das pessoas são resultado de todas as experiências vividas durante toda sua vida, o indivíduo é um somatório de questões fisiológicas e psicológicas. O paciente não deve ser visto como um problema fragmentado.

- Liberdade de ação: Liberdade de escolha, tanto aos pacientes quanto aos profissionais. A vontade do paciente deve ser levada em conta na escolha do tratamento. No caso dos profissionais, muitas vezes os altos custos, comitês institucionais, pressão dos colegas e escassez de recursos, restringem suas ações.

- Equidade de status: Relações humanizadas envolvem igualdade. Profissionais devem tratar os pacientes como gostariam de ser tratados e vice-versa.

- Compartilhamento de decisões e responsabilidades: Os pacientes possuem o direito e dever de participar das decisões acerca de sua saúde.

- Empatia: É importante para o provedor colocar-se no lugar do paciente para que suas aflições, sensações e dores possam ser compreendidas.

- Afeto positivo: A importância do afeto varia de acordo com o tipo de doença, assim como varia de paciente para paciente. Acredita-se que o afeto neutro é sinônimo de profissionalismo, porém ao mesmo tempo passa-se a impressão de indiferença.

6.2. Humanização do Ambiente: Quartos de Internação

Atualmente a arquitetura hospitalar enfrenta o desafio de criar ambientes humanizados que incorporem aspectos de conforto ambiental e tecnologia avançada. Não existe uma prescrição para a criação de espaços humanizados, porém existem certos aspectos essenciais que devem ser levados em consideração como o conforto visual, térmico e acústico. Além da preocupação com outras características do ambiente como, por exemplo, relação entre o interior e exterior, presença de elementos naturais, mobiliário convidativo, controle do ambiente, privacidade, cores, decoração, entre outros. Quartos de internação humanizados levam esses e outros aspectos em consideração e, geralmente, remontam a uma característica acolhedora e familiar. “A humanização dos ambientes procura criar espaços amigáveis aos usuários, tanto funcional como emocionalmente, estimulando as pessoas a terem identidade e satisfação positiva” (BROSS, 2013, p. 45).



FIGURAS 5 e 6 – Quarto de Internação com aspectos de Humanização
 Fonte: jainmalkin.com

As figuras 4 e 5 apresentam quartos individuais e quartos duplos respectivamente, ambos pertencentes ao Eisenhower Medical Center localizado em Rancho Mirage na Califórnia. Projeto de humanização realizado pela arquiteta Jain Malkin.

A figura do paciente é essencial no desenvolvimento do quarto de internação, o projeto baseado em evidências é uma ferramenta que vem sendo largamente utilizada no desenvolvimento de hospitais humanizados. Trata-se de um conceito relativamente novo, criado pelo The Center of Health Design em Concord na Califórnia. O conceito consiste na sistematização do conhecimento em bases científicas produzindo orientações para a prática, ou seja, através de pesquisas científicas são desenvolvidas evidências de orientações de eficiência operacional e produtividade, para que o ambiente hospitalar atue de forma positiva para o usuário. As evidências desenvolvidas por esse centro tornaram-se referenciais de humanização em projetos, incluindo os ambientes dos quartos de internação.

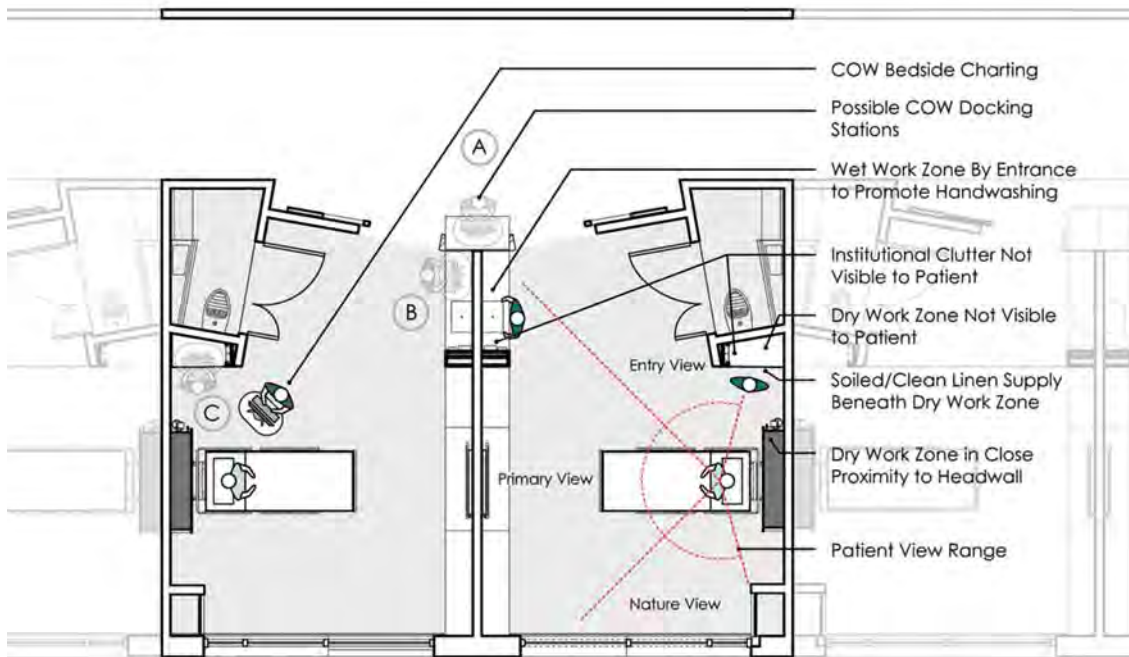


FIGURA 7 – Esquema de um Protótipo de Quarto de Internação Individual
 Fonte: MALKIN, 2008, p.7.14.

A figura 7 demonstra um protótipo realizado pela Clemson University em 2006, com o Sistema Regional de Assistência a Saúde de Spartanburg. As anotações demonstram a preocupação com o bem-estar e qualidade de recuperação do paciente, através de estudos a respeito da espacialidade do ambiente.

Atualmente os quartos de internação individuais são vistos como um importante elemento no atendimento de saúde de alta qualidade. Além da questão do conforto acústico, a privacidade é um aspecto valorizado pelos pacientes em processo de tratamento. Estudos indicam que os quartos individuais auxiliam na redução de infecções, diminuem o estresse e ainda melhoram a qualidade do sono, ou seja, transformam o ambiente em

um grande aliado na recuperação do paciente, diminuindo as taxas de permanência dentro dos hospitais (KOBUS et. al, 2000).

Outro benefício do quarto privado é a possibilidade que o paciente possui de controlar as condicionantes do ambiente que os cerca de acordo com suas preferências individuais (KOBUS et. al, 2000). A sensação de controle é um importante fator que influencia o nível de estresse e o bem-estar em diversos grupos de pessoas, principalmente em pacientes hospitalizados que já estão fragilizados fisicamente e psicologicamente. Esse controle envolve os outros aspectos citados anteriormente de iluminação, temperatura, som e contato com exterior.

7. CONCLUSÕES

A consciência de que o conforto ambiental é de extrema importância para a qualidade do tratamento do enfermo é uma ideia recente, porém desde o final do século XVIII práticas higienistas foram sendo adotadas nos ambientes hospitalares (CARDOSO, 1927). É interessante observar que o conceito de qualidade interna do ambiente existe desde o século das luzes, porém nesse período preocupava-se, principalmente, com o controle da contaminação entre indivíduos internados, pois as enfermarias abrigavam diversos leitos com indivíduos apresentando diferentes sintomas.

O seguinte trabalho tem como objetivo contribuir com o enriquecimento dos conhecimentos a respeito da arquitetura de ambientes de saúde. Recuperando, através de uma releitura histórica, conceitos e medidas adotados quanto ao conforto ambiental nos quartos de internação. Além de trazer questionamentos a respeito da qualidade espacial desses ambientes e sua importância para o usuário. Atualmente, apesar da grande evolução dos edifícios hospitalares na área do conforto ambiental, ainda existem muitos casos onde os aspectos de conforto ambiental não são incorporados. Soluções artificiais são mais fáceis de adaptação, principalmente a prédios já existentes, porém é preciso ressaltar a grande importância e influência da humanização em ambientes hospitalares para os usuários em geral, principalmente para a recuperação do grande protagonista do hospital: o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BROSS, J. C. **Compreendendo o Edifício de Saúde**. Volume 2. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
- CARDOSO, V. L. **Princípios Gerais Modernos de Higiene Hospitalar**. Escola Polytechnica, Universidade do Rio de Janeiro, 1927.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- KOBUS, R. L., SKAGGS, R. L.; BOBROW, M.; THOMAS, J.; PAYETTE, T. M.; KLIMENT, S. A. **Building Type Basics for Healthcare Facilities**. 2 edição. New York: John Wiley & Sons, 2000.
- LUKIANCHUKI, M. A.; CARAM, R. M. **Arquitetura Hospitalar e o Conforto Ambiental: Evolução Histórica e Importância na Atualidade**. São Paulo: 7º Seminário Internacional NUTAU, Espaço Sustentável Inovações em Edifícios e Cidades, 2008.
- MALKIN, J. A Visual Reference for Evidence-Based Design. Concord: The Center for Health Design, 2008.
- MASCARELLO, V. L. D. **Princípios Bioclimáticos e Princípios de Arquitetura Moderna – Evidências no Edifício Hospitalar**. 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) – Programa de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- SCHMID, A. L. **A ideia de Conforto: Reflexões sobre o ambiente construído**. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.