

A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA AACD EM RELAÇÃO AOS AMBIENTES DE TERAPIAS: UMA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO SELEÇÃO VISUAL (VISUAL CUES)

Ernani Simplicio Machado⁽¹⁾; Giselle Arteiro Nielsen Azevedo⁽²⁾; José Gustavo Francis Abdalla⁽³⁾

(1) CES-JF, e-mail: ernaniarq@yahoo.com.br

(2) UFRJ, e-mail: gisellearteiro@globocom.com

(3) UFJF, e-mail: gustavofrancis@ig.com.br

Resumo

Este artigo objetiva avaliar a percepção dos usuários de ambientes de Centros de Reabilitação Motora em relação à interação entre ambientes internos e externos de unidades terapêuticas. É apresentada uma análise qualitativa, levantada por meio da técnica de Seleção Visual, que é um instrumento componente da metodologia da Avaliação Pós-Ocupação (APO). Tendo como premissa o senso comum de que os espaços ajardinados são elementos ambientais desejáveis na composição de ambientes de saúde, são reconhecidos os efeitos físicos e psíquicos que estes ambientes promovem aos usuários de ambientes de saúde, no sentido de contribuição na humanização e promoção da saúde. Como resultado desta investigação, além de proporcionar o reconhecimento de atributos ambientais desejáveis e indispensáveis na reabilitação dos pacientes, este artigo conclui que os aspectos qualitativos dos ambientes hospitalares devem ser considerados tão importantes quanto às questões funcionais (dimensionais, tecnológicas e de infraestruturas). Também foi possível identificar a interferência negativa dos ambientes externos em terapias direcionadas a determinados grupos de pacientes, podendo acarretar no comprometimento com a eficácia das atividades terapêuticas e seus resultados.

Palavras-chave: Seleção Visual, Promoção da Saúde, Arquitetura.

Abstract

This article aims to evaluate the users' perception of environments Motor Rehabilitation Centers, regarding the interaction between indoor and outdoor units' therapies. It presents a qualitative analysis, obtained through the technique of Visual Selection, which is a tool component of the methodology of Post-Occupancy Evaluation (POE). Having as a premise of common sense that the garden areas are desirable elements in the composition of healthcare environments, it recognizes the positive physical and psychic effects of these places on users, contributing to the humanization and health promotion. As result of this investigation, the identification of the environmental attributes desirable and essential in the rehabilitation of patients and the conclusion that qualitative aspects of hospital environments should be considered as important as the functional issues (dimensions, technology and infrastructure). It was also possible to identify the negative interference of the outdoors on therapies directed at specific groups of patients that may result in a reduction of the efficacy of therapeutic activities and their results.

Keywords: Built Environment, Health Promotion, Architecture.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta uma análise da importância da percepção dos usuários em relação aos ambientes de saúde. É parte constituinte do desenvolvimento de uma pesquisa para obtenção de título de Doutorado em Ciências da Arquitetura, realizada durante os anos de 2009 a 2012, com apoio do CNPq e desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Arquitetura (PROARQ/FAU/UFRJ). Esta Tese baseou-se na investigação dos ambientes de terapias da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) de Nova Iguaçu. Esta análise ocorreu por meio de uma Avaliação Pós Ocupação (APO) composta de observações sistematizadas e aplicação de instrumentos de análise do ambiente construído, como *Walkthrough*, entrevistas, Poema dos Desejos (*Wish Poems*) e Seleção Visual (*Visual Casues*).

2. RELAÇÕES PESSOA X AMBIENTE EM ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

A promoção da humanização de ambientes de saúde é a comprovação da influência das inter-relações entre o homem e ambiente construído. Ainda que a oficialização do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) tenha ocorrido no Brasil somente em 2001, aplicação de conceitos de humanização em ambientes de saúde não é uma prática recente. Toledo (2007) sugere que a idealização de humanização do edifício hospitalar, já vinha presente no pensamento e na atuação do filósofo persa Avicena que viveu entre os anos de 979 e 1037. No entanto, somente no final do século XVIII os europeus começaram a tratar deste assunto no Ocidente, estabelecendo as diretrizes para a criação de uma nova proposta hospitalar, o “hospital terapêutico” (Foucault, 1989).

Dentre as formas como a humanização do espaço hospitalar tem se expressado recentemente, pode-se citar a busca por uma ambiência interna e externa o menos ‘institucional’ possível (CAVALCANTI, AZEVEDO E DUARTE, 2007). Assim, os arquitetos encontram-se frente ao paradigma de empenhar em projetar um Estabelecimento Assistencial de saúde (EAS) onde uma das premissas de que ele seja eficaz é que lembre minimamente a um hospital. Entretanto, não se pode confundir humanização do ambiente hospitalar com aspectos formais e decorativos. Penna (2004) aponta que muitas vezes a “humanização” está muito mais ligada ao marketing do que a uma real preocupação com o bem-estar dos usuários. Além disso, a autora ressalta que raramente esta preocupação nasce junto com o projeto do edifício hospitalar, se traduzindo na maioria das vezes em intervenções decorativas em determinadas áreas, podendo comprometer a eficiência da proposta de humanização destes ambientes. Isto traduz o fato de a arquitetura muitas vezes focalizar se na forma, dando pouca ênfase às atividades que ocorrem dentro da estrutura. É o que relata também o psicólogo Robert Sommer (1973), que critica o arquiteto que aprende a ver arquitetura sem pessoas no seu interior, sobretudo no que reflete no modo de fazer arquitetura focalizando-se na forma, com pouca ênfase às vivências e atividades humanas que ocorrem dentro de uma edificação.

Deste modo, é importante compreender que o bem-estar psicológico gerado por meio das relações com o ambiente construído suscita nos pacientes, médicos e demais profissionais, atitudes mais humanas e respeitadas. Portanto, entende-se como premissa que o ambiente hospitalar deve ser reconsiderado como um instrumento terapêutico onde a humanização torna-se uma característica indispensável.

2.1 O espaço externo em ambientes de saúde

Ambientes ajardinados são considerados elementos ambientais desejáveis no sentido de contribuição na humanização e promoção da saúde. Ulrich (2002) relata que há mais de mil

anos as culturas ocidentais têm a convicção de que a vegetação e os jardins, em geral, constituem-se como fatores benéficos para pacientes em ambientes de saúde. O mesmo autor aponta também o exemplo de que na Idade Média européia, a criação de jardins em monastérios que tinham o objetivo de proporcionar distração agradável, tranquilizante para os doentes. Entretanto, desde as primeiras décadas do séc. XX, a ênfase em redução de infecções e a prioridade dada na eficiência funcional dos EAS resultaram em projetos de centenas de hospitais inaceitavelmente estressantes, impróprios às necessidades emotivas de pacientes, seus familiares e aos profissionais da área de saúde (COOPER MARCUS & BARNES, 1999; ULRICH, 2002). Recentemente, diversos pesquisadores atestam que o estresse e fatores psicossociais podem afetar significativamente os resultados clínicos dos pacientes em ambientes de saúde. Estes estudos implicam que as necessidades psicológicas ou emotivas dos pacientes devem ter a mesma atenção que as preocupações tradicionais, inclusive o cuidado com a exposição de risco de infecção e eficiência funcional, em projetos de hospitais (ULRICH, 2001).

No Brasil, o Ministério da Saúde admite a valorização de áreas externas em EAS. Considera a importância projetual destas áreas localizadas nas entradas das instituições as quais muitas vezes constituem-se em lugar de espera ou de descanso de trabalhadores.

[...] essas áreas são importantes espaços de encontros e integração, locais de passagem em seus diferentes sentidos, que podem configurar-se como espaços e momentos de diferentes trocas, contribuindo para a produção de saúde [...]. (BRASIL, 2006: 10)

O tratamento de áreas externas - como jardins - em hospitais abre possibilidades destes ambientes serem suscetíveis à pesquisa com a finalidade de verificar a sua eficácia em relação à promoção da saúde. Um bom exemplo de estudos sobre a influência das edificações em Saúde em seus usuários foi realizado através de uma APO aplicada em um Hospital e Centro de Saúde Infantil em San Diego, EUA. Constatou-se o grau de satisfação de pacientes, famílias e funcionários relacionado com a existência do jardim neste EAS, sendo percebido como um lugar que pode contribuir com a reabilitação e a cura, reduzindo o estresse e auxiliando na recuperação dos pacientes. Analisando a eficácia do jardim neste sentido, Whitehouse *et al.* (2001) concluíram que os usuários deste jardim não gostavam e até evitavam áreas com alta porcentagem de superfícies predominantemente construídas, com paredes e pisos em concreto. Baseada em modificações propostas pelos funcionários, pacientes infantis e familiares, a administração do hospital definiu que deveria haver uma revitalização no jardim existente, com o objetivo de torná-lo mais eficaz na redução do estresse e, conseqüentemente, na promoção da saúde.

Cooper-Marcus & Barnes (1995) concluíram que muitos profissionais em saúde utilizam jardins como meio eficaz para realizar um escape agradável e restaurativo do estresse de trabalho e do próprio ambiente hospitalar. Nos jardins pesquisados, a mesma função de escape foi adotada também por pacientes. Outros estudos mostraram que o simples fato do contato visual com ambientes dominados por folhagem, flores, ou água é significativamente mais eficaz em promover recuperação ou redução do estresse que em ambientes sem este tipo de espaço. ULRICH *et al.*, (1991) e ULRICH (1981, 1986, 2001 e 2002) apresentam estudos sobre a considerável evidência dos efeitos restaurativos através de mudanças psicológicas e fisiológicas que são manifestados em menos de 5 minutos de exposição a cenários naturais. As pessoas expostas a “distrações positivas” como cenários com plantas e outros elementos naturais, comparadas as expostas em ambientes edificados, apresentaram níveis mais baixos de estresse, tendo informado níveis muito mais altos de sentimentos positivos. ULRICH (2002) também conclui que ao observar a natureza por períodos mais longos não apenas

propicia momentos de relaxamento aos pacientes, mas também pode fomentar melhoria em resultados clínicos - como a redução de medicamento para dores e de internações nos hospitais.

Elali (2011: 107) chama a atenção para os “ambientes restauradores” os quais são “geralmente associados a parques, praças e equipamentos de lazer [...]”. Estes ambientes são comumente utilizados como artifícios de restauração física e mental para usuários de diversos setores, como indústrias, escritórios, escolas, hospitais, etc. Macedo e Bins-Ely (2004) também concordam que os espaços livres podem ser agradáveis recantos para a restauração corporal e espiritual, além de constituírem locais para entretenimento nas horas de lazer. Del Rio, Duarte e Rheingantz (2002 :11) afirmam que os estímulos ambientais “ [...] provocam respostas neuro-hormonais e imunológicas com potencial de inter-relacionar as respostas afetivas a esses ambientes com a saúde mental e seu valor recuperativo”. Rheingantz e Emery (2001) citam a utilização de recursos tecnológicos para reproduzir artificialmente sons naturais - vento nas folhas, pássaros, água correndo entre as pedras, etc. - como possibilidade de estímulos e mensagens ambientais para locais predominantemente urbanos.

Em suma, diversos trabalhos acima descritos dão ênfase à maior índice de redução do estresse, do tempo de internação e quantidade de medicamentos em EAS que possuem ambientes ajardinados com fácil acesso de utilização ou simplesmente contemplação. A aplicação do instrumento Seleção Visual junto aos usuários da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) de Nova Iguaçu objetivou verificar estas relações neste EAS.

3. O ESTUDO DE CASO

A AACD de Nova Iguaçu - RJ, estudo de caso desta pesquisa, é uma instituição particular filantrópica com a missão de atender, tratar, reabilitar e reintegrar à sociedade crianças, adolescentes e adultos diagnosticados com deficiência física. Instalada em terreno de 9 mil metros quadrados cedido pela prefeitura de Nova Iguaçu e inaugurada no ano de 2004, é um Centro de Reabilitação de Alta Complexidade que funciona em edificação de 1.661,30 metros quadrados. O edifício projetado pelo escritório Karman Arquitetura de Hospitais é caracterizado por construção de tipologia de arquitetura pavilhonar, o qual se define em três blocos térreos (Figura 1). São realizados aproximadamente 400 atendimentos por dia distribuídos nos setores de Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Hidroterapia; Pedagogia; Fonoaudiologia; Psicologia; Musicoterapia, além de consultas médicas específicas. Esta edificação também possui uma fábrica de aparelhos ortopédicos voltados para reabilitação.

Figura 1: Implantação da AACD de Nova Iguaçu



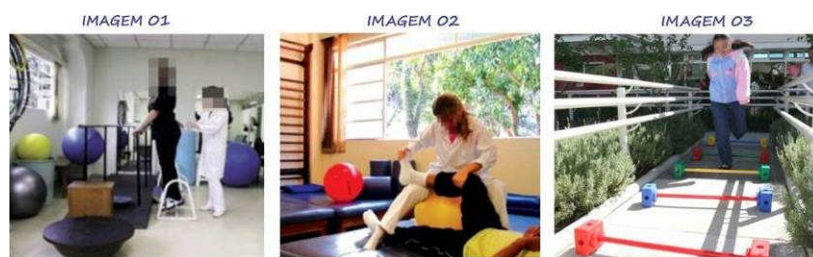
3.1. A elaboração do instrumento Seleção Visual

O instrumento de análise do ambiente construído denominado por Seleção Visual (*Visual Cues*) foi desenvolvido por Henry Sanoff (1991) o qual foi inspirado em técnicas que exploram atributos visuais com o objetivo de categorizar as manifestações de agradabilidade ou insatisfação dos usuários em relação à imagens previamente selecionadas pelo pesquisador. Estas imagens apresentam determinada tipologia arquitetônica ou configuração ambiental. De acordo com Sanoff (1991), as edificações possuem certas características – forma, cor, layout, etc. - que lhes conferem alta probabilidade de evocar uma imagem forte em qualquer observador. Estas imagens/mensagens ambientais transmitem os valores das pessoas que vivenciam e apreciam estes ambientes.

O instrumento de seleção visual é baseado em imagens representativas – croquis, fotos e/ou plantas esquemáticas – de diferentes tipologias arquitetônicas ou organizações espaciais, que sejam relevantes para a pesquisa. Por meio desse instrumento, o respondente identifica, em ordem crescente, a melhor tipologia ou organização espacial. Também é solicitado que este reconheça os atributos positivos e negativos de cada imagem (RODRIGUES, 2005). Segundo Rheingantz *et al* (2009) a aplicação deste instrumento possibilita identificar valores e significados agregados aos ambientes apresentados pelo pesquisador, relacionando-os com os ambientes construídos vivenciados pelos respondentes.

A elaboração deste instrumento para esta pesquisa consistiu na apresentação de três tipos de ambientes pré-selecionados. Fundamentada nas recomendações de Rheingantz *et al* (2009), a escolha destes ambientes apresentou, estrategicamente, diferenças tangentes à funcionalidade dos ambientes, privacidade e relação com o ambiente externo. Foram escolhidas três imagens para compor este instrumento, evidenciando atividades em ambientes internos, externos, além de apresentar lugares que ofereçam possibilidades de integração e redução da privacidade em prol da inclusão social. A “imagem 01” apresentou um ambiente terapêutico convencional com seus respectivos equipamentos, mas, sem evidências de integração física ou visual com o exterior; a “imagem 02” apresenta um ambiente semelhante ao anterior, acrescido da integração visual com o exterior da edificação através de uma janela e a “imagem 03” apresentava uma atividade terapêutica executada no exterior de uma edificação (Figura 2). Deste modo, a aplicação da Seleção Visual objetivou identificar os aspectos positivos e negativos atribuídos pelos terapeutas, pacientes e acompanhantes sobre as três tipologias de ambientes para realização de terapias para, posteriormente, relacionar estes dados com a influência dos espaços exteriores em terapias.

Figura 2: Imagens selecionadas para aplicação da Seleção Visual



3.2. A aplicação do instrumento Seleção Visual

A aplicação deste instrumento foi direcionada a três categorias de usuários: pacientes, acompanhantes e terapeutas. Por parte dos pacientes, detectou-se grande dificuldade destes para compreender como identificar os aspectos positivos e negativos, conforme fora solicitado no formulário. Deste modo, muitos preferiam não participar ou entregavam formulários

incompletos ou com informações do tipo “por mim, está bom”. Assim, dos 21 formulários preenchidos, apenas 13 foram considerados válidos para a tabulação dos dados.

Por parte dos acompanhantes, também houve a mesma dificuldade de compreensão do instrumento. Entretanto, a participação ativa do pesquisador na aplicação da Seleção Visual possibilitou a entrada do pesquisador no universo destes entrevistados, muitas vezes de origem muito humilde, possibilitando o esclarecimento de dúvidas como, por exemplo, o que significava “pontos positivos” e “pontos negativos”. Explicava-se também que aqueles ambientes fotografados não faziam parte da AACD, quando o pesquisador detectava que algum respondente se sentia desconfortável ao informar o que lhe desagradava em determinado ambiente exposto por uma figura. Mesmo com estas dificuldades, houveram 37 instrumentos respondidos sendo apenas três destes desconsiderados para a tabulação de dados. Na categoria de terapeutas, o pesquisador não participou ativamente no preenchimento do formulário, deixando o profissional responder quando houvesse tempo disponível, o que totalizou 12 profissionais respondentes (Quadro 1).

Quadro 01: Participação de terapeutas da AACD como respondentes do instrumento Seleção Visual

| SETOR DE ATENDIMENTO | TOTAL DE PROFISSIONAIS TERAPEUTAS | PARTICIPANTES DA SELEÇÃO VISUAL |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Fisioterapia | 08 | 05 |
| Musioterapia | 01 | 01 |
| Hidroterapia | 05 | 02 |
| Terapia Ocupacional (TO) | 04 | 03 |
| Pedagogia | 02 | - |
| Psicologia | 04 | - |
| Fonoaudiologia | 04 | 01 |
| TOTAL | 28 TERAPEUTAS | 12 PARTICIPANTES |

Ainda que 12 participantes sugira ser um número pouco expressivo ao se relacionar com o total de 28 terapeutas da AACD de Nova Iguaçu, consideramos serem satisfatórios os dados coletados pelos setores de Fisioterapia, Musicoterapia, Hidroterapia e Terapia Ocupacional, onde a participação dos profissionais destes setores foi efetiva. Deste modo, a análise destes formulários preenchidos por estes profissionais em Saúde acarretaram na contribuição de uma visão mais técnica e funcional das imagens apresentadas.

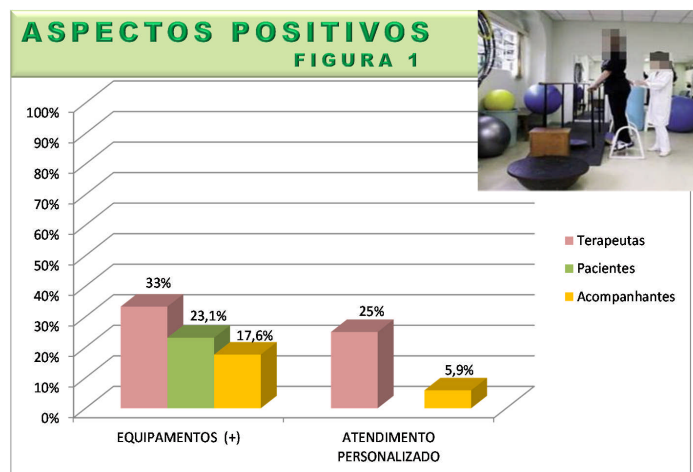
3.3. A tabulação dos dados

Após a aplicação dos instrumentos, os dados coletados foram sistematizados em tabelas a fim de identificar os atributos positivos e negativos de cada ambiente apresentado, de acordo com o tipo de usuário participante. Deste modo, os diferentes apontamentos de cada grupo puderam - a partir do cruzamento destes dados - inferir conclusões sobre as necessidades e expectativas destes. Dentro do universo de cada categoria de usuário, os dados foram apresentados através de percentuais referentes a estas.

Após a realização de uma tabulação geral dos dados coletados, verificou-se o que cada figura trazia como atributos positivos e negativos através do ponto de vista de pacientes, acompanhantes e terapeutas da AACD. Ao analisar os resultados referentes aos aspectos positivos da imagem 01, a qual retratava o exercício de terapia em um ambiente fechado, detectou-se a ênfase nos equipamentos e no atendimento personalizado, ou seja, um paciente por terapeuta. Mesmo assim, a maior expressão percentual foi de 33% referente aos

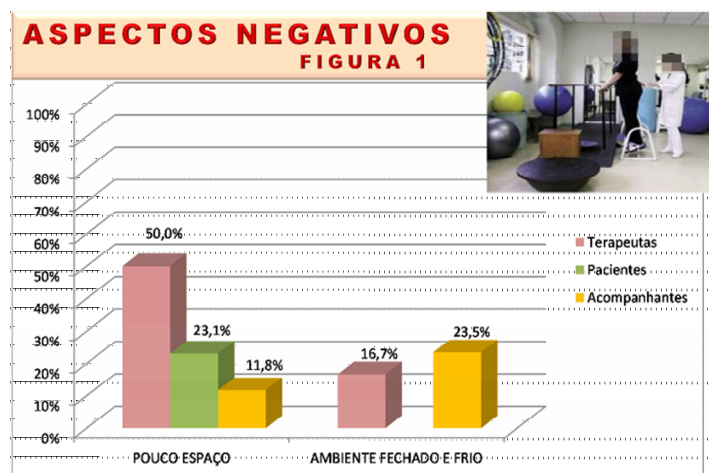
equipamentos e 25% referentes ao atendimento personalizado, sendo os dois percentuais obtidos por parte dos terapeutas (Figura 03).

Figura 3: Gráfico dos aspetos positivos apontados pela imagem 01 da Seleção Visual



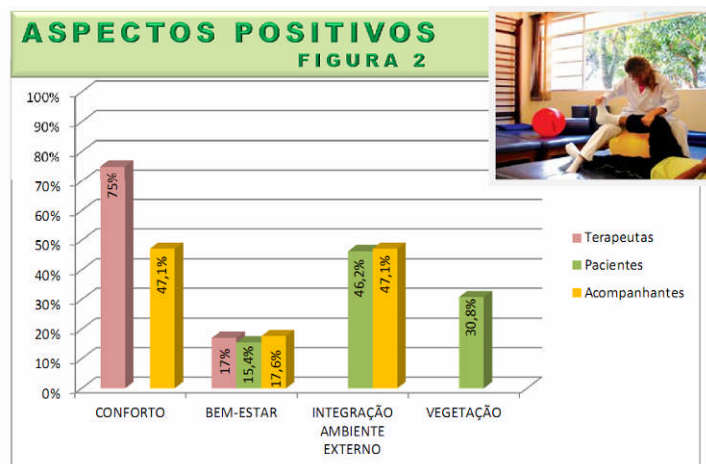
Como aspectos negativos da imagem 01, apresenta-se com maior ênfase o aspecto relacionado ao dimensionamento do ambiente, considerado reduzido para abrigar os equipamentos existentes. Este aspecto foi apontado por 50% dos terapeutas, 23,1% dos pacientes e 11,8% dos acompanhantes. Terapeutas e acompanhantes também consideram que a imagem 01 apresenta um ambiente muito fechado e sem exploração lúdica ou humanizada de cores e mobiliários, recebendo a interpretação por parte dos respondentes de que este seria um ambiente “mais frio” (Figura 4).

Figura 4: Gráfico dos aspetos negativos apontados pela imagem 01 da Seleção Visual



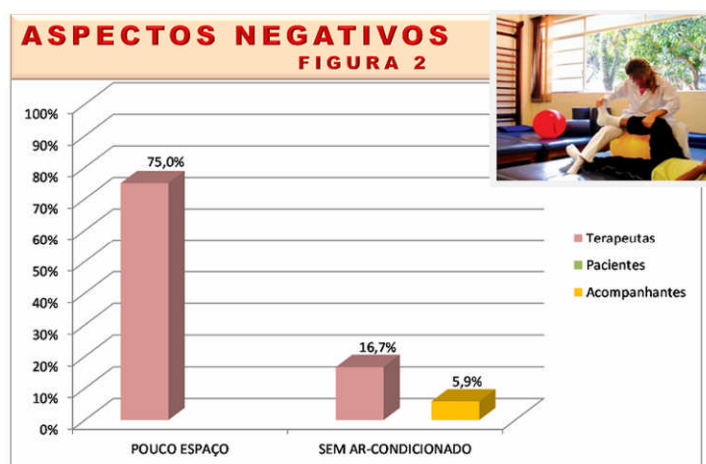
A imagem 02 retratou o ambiente de maior aceitação pelas três categorias de usuários da instituição investigada. As qualidades mais recorrentes atribuídas a esta figura foram: conforto, bem-estar, integração com o ambiente externo e vegetação (Figura 5). Destacam-se as qualidades de conforto atribuídas pelos terapeutas (75%) e acompanhantes (47,1%) e integração com o ambiente externo por parte dos pacientes (46,2%) e acompanhantes (47,1%). Identifica-se neste ambiente a qualidade espacial proporcionada pelo trabalho próximo a uma janela que integra visualmente o ambiente interno com o exterior.

Figura 5: Gráfico dos aspetos positivos apontados pela imagem 02 da Seleção Visual



Ao analisar os dados referentes aos aspetos negativos atribuídos pelos usuários sobre o ambiente apresentado pela imagem 2 (Figura 6), considera-se relevante a observação por parte dos terapeutas. Estes profissionais verificaram a quantidade de tablados e a proximidade destes detectando a possibilidade de comprometimento da acessibilidade e consequente qualidade no atendimento. Verifica-se que não houve aspectos negativos detectados por pacientes em relação ao ambiente apresentado por esta imagem. Considerando que os respondentes eram usuários da AACD de Nova Iguaçu, cidade onde a sensação de calor é constante, tanto terapeutas (16,7%), quanto acompanhantes (5,9%) identificaram que a janela estava aberta. Logo, estes participantes concluíram que o ambiente não possuía ar-condicionado, atribuindo esta conclusão como fator negativo ao ambiente.

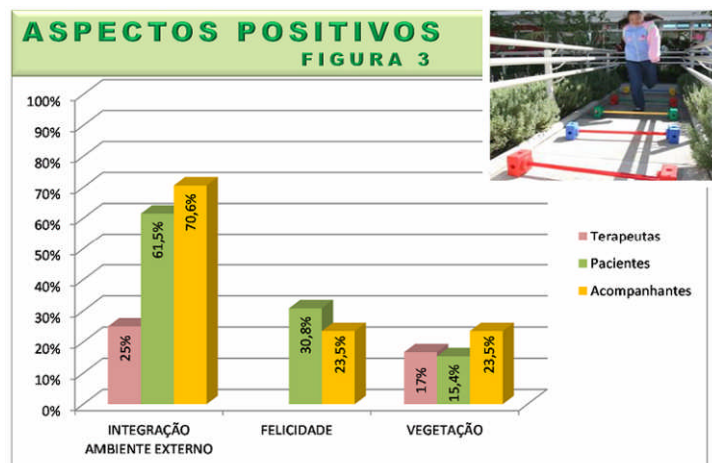
Figura 6: Gráfico dos aspetos negativos apontados pela imagem 02 da Seleção Visual



A imagem 3 retratava uma atividade fisioterápica em ambiente externo à edificação hospitalar, o que normalmente não ocorria na AACD. De acordo com a coleta dos dados referentes a aspectos positivos deste ambiente (Figura 7) se ressalta a recorrência da palavra “felicidade” como aspecto positivo mencionado por 30,8% dos pacientes e 23,5% dos acompanhantes. A integração com o ambiente externo e a vegetação foram aspectos identificados como positivos por todas as categorias de usuários. Ainda que somente 25% dos terapeutas tenham relatado a integração com o ambiente externo como fator positivo,

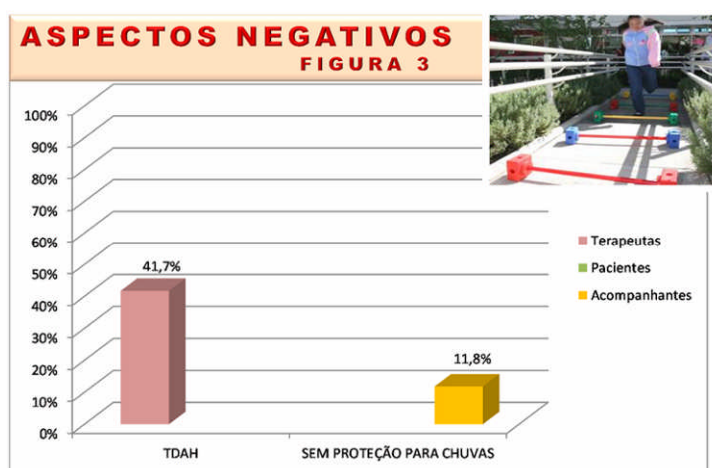
detectou-se o atributo de qualidade ambiental para a atividade retratada pela imagem 3 tanto por parte dos pacientes (61,5%), quanto dos acompanhantes (70,6%).

Figura 7: Gráfico dos aspetos positivos apontados pela imagem 03 da Seleção Visual



Não foram identificados aspectos negativos por parte dos pacientes e acompanhantes no ambiente apresentado pela imagem 3. Apenas 11,8% dos acompanhantes detectaram como aspecto negativo a falta de proteção contra chuvas. Deste modo é possível afirmar que estas duas categorias de usuários considerem desejável a realização de terapias neste tipo de ambiente. Esta análise inicial é confrontada com o aspecto de integração das atividades terapêuticas com o ambiente externo. Entretanto, já observado que somente 25% dos terapeutas participantes da Seleção Visual identificaram este ambiente como aspecto positivo. Esta consideração por parte dos terapeutas é reforçada com 41,7% destes avaliando esta integração com o ambiente externo como situação inadequada para atendimento a determinadas categorias de pacientes (Figura 8).

Figura 8: Gráfico dos aspetos negativos apontados pela imagem 02 da Seleção Visual



Entrevistas não estruturadas foram realizadas com os terapeutas com o objetivo de compreender o ponto de vista destes sobre esta situação. Foi esclarecido que as terapias de reabilitação motora necessitam da participação ativa dos pacientes, onde os diagnosticados

com Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA) e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) também se enquadram. Assim, ambientes com diversidade de informações (cores, pessoas, atividades, etc.) dificultam o foco de atenção destes pacientes na terapia a ser executada, comprometendo a evolução do tratamento. Em entrevistas mais aprofundadas, acrescenta-se que a dificuldade de foco de atenção nas terapias por parte dos pacientes não é específica apenas em pacientes com DDA e TDAH. Outras lesões no cérebro podem contribuir com esta dificuldade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da dificuldade de aplicação deste instrumento em determinados momentos, verificou-se com os dados registrados uma importante ressalva, onde se identifica não somente a existência de distrações positivas apresentadas e discutidas por Ulrich *et al* (1991) e Ulrich (1981, 1986, 2001 e 2002), mas também as possíveis distrações negativas em ambientes de saúde apontadas por profissionais em terapias de reabilitação motora. Apresenta-se, neste momento, a importante contribuição do entendimento das interferências positivas e negativas nas terapias investigadas, provenientes das relações dos ambientes internos e externos.

Concluimos que cabe ao profissional da área de arquitetura conciliar estas premissas ambientais relativas à permeabilidade visual, com o objetivo de promover a eficácia nos tratamentos do paciente com ou sem distúrbios de déficit de atenção. Cuidados com a setorização, fluxos, tipologia e disposição do mobiliário devem ser ponderados neste sentido. A partir daí, dar tratamento aos espaços para que estes devam ser vistos e concebidos não apenas como “ambientes de terapias”, mas como um lugar onde os profissionais de saúde, acompanhantes e pacientes possam vivenciar diversas situações, através de experimentações e exploração dos sentidos e demais relações intrínsecas da pessoa-ambiente.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da saúde. **Ambiência: Humanização dos “Territórios” de Encontros do Sus: Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Brasília, 2006.
- CAVALCANTI, Patrícia B.; AZEVEDO, Giselle A. N.; DUARTE, Cristiane Rose. **Humanização, imagem e caráter dos espaços de saúde**. Cadernos do PROARQ (UFRJ), v. 11, p. 7-10, 2007.
- COOPER MARCUS, C.; BARNES, M.. **Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations**. New York: John Wiley & Sons, 1999.
- DEL RIO, Vicente; DUARTE, Cristiane R.; RHEINGANTZ, Paulo A. [orgs.]. **Projeto do Lugar: colaboração entre Psicologia, Arquitetura e Urbanismo**. Rio de Janeiro, 2002.
- ELALI, Gleice V. M. de Azambuja. **Do Intramuros ao Extramuros: comentários sobre a apropriação dos espaços livres da escola e pela escola**. In: ARTEIRO, G. A.; RHEINGANTZ, P. A.; TÂNGARI, V.. (Org.). **O Lugar do Pátio Escolar no Sistema de Espaços Livres: uso, forma, apropriação**. 1 ed. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROARQ, 2011, v. 1, p. 107-120.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989, p. 99.
- MACEDO, Carla Ferreira ; BINS-ELY, V. H. M.. **Avaliação dos atributos determinantes na escolha de ambientes de permanência em espaço livre público a partir do método da grade de atributos**. In: VII ENEPEA, Rio de Janeiro. 2004.
- PENNA, Ana Claudia M.. **A influência do ambiente construído na promoção da saúde: O caso do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Fiocruz/RJ**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: FAU-UFRJ, 2004.
- RHEINGANTZ, Paulo A.; EMERY, Osvaldo L. **Para evitar a construção de uma paisagem sonora autista, é preciso saber ouvir a arquitetura**. In *Arquitextos* 093, jul/2001. Disp. em <http://www.vitruvius.com.br>.

RHEINGANTZ, P. A.; AZEVEDO, G.; BRASILEIRO, A.; ALCANTARA, D.; QUEIROZ, M.. **Observando a Qualidade do Lugar: procedimentos para a avaliação pós-ocupação**. Rio de Janeiro: FAU-UFRJ (Coleção PROARQ), 2009. Disponível em: www.fau.ufrj.br/prolugar acesso em junho de 2010

RODRIGUES, H. S. **Cognição e experiência no ambiente de trabalho. Abordagem da Observação Incorporada na Avaliação Pós-ocupação: estudo de caso no centro de pesquisa da Fundação Casa de Rui Barbosa**. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) - PROARQ/FAU/UFRJ.

SANOFF, Henry. **Visual Research Methods in Design**. NewYork: Van Nostrand Reinhold, 1991.

SOMMER, Robert. **Espaço Pessoal: As Bases Comportamentais de Projetos e Planejamentos**. São Paulo, EPU, EDUSP, 1973

TOLEDO, L. Carlos. **Humanização do Edifício Hospitalar, Tema em Aberto**. in DUARTE, Cristiane R.; RHEINGANTZ, Paulo A.; AZEVEDO, Giselle A. N.; BRONSTEIN, Lais. (Org.). O Lugar do Projeto no ensino e na pesquisa em arquitetura e urbanismo. Rio de Janeiro: Contra Capa e PROARQ/FAU-UFRJ, 2007.

ULRICH, R.S.; SIMONS, R.F.; LOSITO, B.D.; FIORITO, E.; MILES, M.A.; ZELSON, M. **Stress recovery during exposure to natural and urban environments**. Journal of Environmental Psychology, 1991, v.11, p. 201-230.

ULRICH, Roger S. **Natural versus urban scenes: some psychophysiological effects**. Environment and Behavior, v. 13, n. 5, p. 523-556, September 1981.

_____. **Human responses to vegetation and landscapes**. Journal of Environmental Psychology, n. 13, p. 29-44, 1986.

_____. **Effects of healthcare environmental design on medical outcomes**. In: Design and Health: Proceedings of the Second International Conference on Health and Design. Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjänst, 2001, p 49-59.

_____. **Health Benefits of Gardens in Hospitals**. In: Plants for People, International Exhibition Floriade (2002). Disp em: <http://greenplantsforgreenbuildings.org> [acesso em 12/12/2009].

WHITEHOUSE, S., et al. **Evaluating a Children's Hospital Garden Environment: Utilization and consumer satisfaction**. Journal of Environmental Psychology, 21, 2001: 301-314.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, por possibilitar e financiar a realização deste trabalho.

À Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) de Nova Iguaçu, pelo apoio e colaboração para a execução desta pesquisa.