ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓDIA DE VITÓRIA- EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS–GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

ANA PAULA BRASIL MEDINA DA FONSECA

PARÂMETROS E ESTRATÉGIAS DA AMBIÊNCIA ENQUANTO DISPOSITIVO PARA A HUMANIZAÇÃO NOS AMBIENTES HOSPITALARES: A ARQUITETURA E SEU PAPEL À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.

VITÓRIA-ES
2022

ANA PAULA BRASIL MEDINA DA FONSECA

PARÂMETROS E ESTRATÉGIAS DA AMBIÊNCIA ENQUANTO DISPOSITIVO PARA A HUMANIZAÇÃO NOS AMBIENTES HOSPITALARES: A ARQUITETURA E SEU PAPEL À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA-ES
2022

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM– Biblioteca Central

Fonseca, Ana Paula Brasil Medina da
F676p Parâmetros e estratégias da ambiência enquanto dispositivo para a humanização nos ambientes hospitalares: a arquitetura e seu papel à luz da Política Nacional de Humanização em Saúde / Ana Paula Brasil Medina da Fonseca. 0 2023
81 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2023.

1. Ambiência. 2. Ambientes hospitalares. 3. Arquitetura hospitalar. 4. Humanização. I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 725.51

ANA PAULA BRASIL MEDINA DA FONSECA

PARÂMETROS E ESTRATÉGIAS DA AMBIÊNCIA ENQUANTO DISPOSITIVO PARA A HUMANIZAÇÃO NOS AMBIENTES HOSPITALARES: A ARQUITETURA E SEU PAPEL À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCA (Orientadora)

Prof. Dr. Cesar Albenes de Mendonça Cruz
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Profa. Dra. Cintia de Lima Garcia
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte- FMJ

DEDICATÓRIA

A meus pais

Erly e Haroldo que me deram a vida;

A Claudio, meu amor e companheiro da vida,

Aos meus filhos, Arthur e Júlia, razões

da minha vida,

Dedico com muito amor.

AGRADECIMENTOS

Acredito que o sentimento de gratidão seja um dos mais significativos para o ser humano, ele é transformador e nos permite elevar uma série de outros sentimentos que nem sempre conseguimos descrever em palavras. Agradecer, portanto, é para mim uma atitude de profundo respeito e admiração.

Agradeço a Deus por todos os momentos de enfrentamento dos obstáculos e principalmente de superação que me permitiu concluir esse estudo.

Ao meu amado marido Cláudio, pela sua sabedoria, compreensão e paciência admiráveis e por entender os momentos de ausência e angústias.

Aos meus filhos Arthur e Júlia, meu mar calmo e espelhado. Ao pensar neles, toda a angústia se esvai.

Ao corpo docente do programa de pós-graduação da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia pelos conhecimentos transmitidos.

À minha primeira orientadora, Professora Dra. Maristela Dalbello Araújo, que me ajudou a concluir o projeto de qualificação com paciência e competência.

Às professoras membros da banca de qualificação Prof.ª Dra. Maria Carlota Rezende Coelho e à Professora Drª Dielly Montarroyos, professora convidada do curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo da FAESA-ES, que além de ex-professora da graduação, se tornou uma amiga que a arquitetura me oportunizou.

À minha atual orientadora, Professora Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra, que com seu pragmatismo e conhecimento conseguiu traduzir de forma clara esse estudo.

Aos colegas do mestrado, em especial à querida amiga, Giovana Dalcolmo Coelho, grande incentivadora para que eu embarcasse nessa jornada.

À Juliana Maria Bello Jastrow, aluna de graduação do curso de Enfermagem e de iniciação científica, que contribuiu enormemente.

De uma forma geral, minha gratidão a todos que contribuíram para realização desse sonho.

O tempo muito me ensinou: Ensinou a amar a vida, não desistir de lutar, renascer na derrota, renunciar ás palavras e pensamentos negativos, acreditar nos valores humanos, e a ser otimista.

Aprendi que mais vale tentar do que recuar, antes acreditar do que duvidar, que o que vale na vida, não é o ponto de partida e sim a nossa caminhada.

Cora Coralina

RESUMO

A Política Nacional de Humanização-PNH propôs fomentar ações práticas aos princípios do Sistema Único de Saúde-SUS por meio de métodos e dispositivos que aplicados, contribuam com espaços físicos mais humanizados, indiquem o estabelecimento de vínculos e trocas entre profissionais de saúde e usuários na intervenção terapêutica. Dentre os dispositivos da PNH destaca-se a ambiência, compreendida como o espaço físico onde acontece o cuidado à saúde. Comporta três eixos indissociáveis: a confortabilidade, o espaço enquanto encontro de sujeitos que produzem ações e reflexões e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. Orienta que projetos arquitetônicos possibilitem o bem-estar físico e emocional do usuário e dos profissionais de saúde. Para além da PNH, projetos hospitalares em várias partes do mundo e no Brasil têm buscado o atendimento de algumas premissas que influenciem positivamente os aspectos emocionais, sociais e físicos dos seus usuários e buscam como resultado projetos arquitetônicos com ambientes que colaborem para a recuperação e cura. Esse estudo propôs analisar os parâmetros e estratégias utilizados na ambiência, enquanto dispositivo para a humanização, ao aprofundar o conhecimento sobre as contribuições que a PNH trouxe ao desenvolvimento dos ambientes hospitalares. Trata-se de uma revisão integrativa que seguiu as fases de elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores, dos critérios para inclusão/exclusão e definição das informações extraídas dos trabalhos revisados. A coleta buscou artigos científicos redigidos em língua portuguesa e inglesa no período de 2005 a 2020, tendo em vista a PNH ter sido apresentada como uma política de governo em março de 2003 e após dois anos de sua implantação, ser possível colher informações acerca de suas primeiras repercussões. Foram selecionados 22 artigos que apresentaram evidências da importância da humanização nos ambientes hospitalares e da implantação e efetivação da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde – SUS sob a ótica da ambiência em ambientes hospitalares brasileiros. Foram abordados 04 aspectos, em conformidade com os objetivos da ambiência e principais resultados dos artigos analisados, quais são: Interferência do espaço físico no estado de saúde do paciente hospitalizado, aspectos da ambiência associados à humanização na assistência hospitalar, perspectivas de profissionais frente à ambiência hospitalar, humanização e o âmbito de trabalho e Arquitetura e

saúde. Os estudos apontaram que a ambiência é uma ferramenta importante para estímulo do bem-estar físico e emocional do usuário e dos profissionais de saúde. Observou-se também que os avanços da infraestrutura hospitalar atrelada à PNH, são poucos, frente aos anos de sua implantação, evidenciando falhas e carências no processo de evolução da arquitetura ao processo saúde-doença. Considera-se esse estudo um possível caminho para apropriação do conhecimento transdisciplinar necessário ao arquiteto para desenvolvimento de projetos humanizados em ambientes hospitalares, ainda que não se elimine o sofrimento causado pela doença por meio do espaço físico, é factível a criação de ambientes hospitalares com significativa relevância para a recuperação da saúde.

Palavras-chave: Ambiência. Ambientes hospitalares. Arquitetura hospitalar. Humanização.

ABSTRACT

The National Humanization Policy – PNH has proposed to encourage practical actions to the principles of the Nacional Health Service – SUS, through methods and devices that when applied, contribute to more humanized physical spaces, indicate the establishment of links and exchanges between health providers and patients in therapeutic intervention. Amongst PNH mechanisms, ambience stands out, which can be defined as the physical space where health care takes place. It is comprised of three inseparable axes: comfortability, the meeting space for people to produce actions and reflections, and the space as a tool to facilitate in the work process. It is recommended that architecture projects enable the physical and emotional well-being of patients and health professionals. Beyond the PNH, projects in health care settings all over the world and in Brazil have been searching for premises that positively influence the emotional, social, and physical aspects of their patients and search for architectural projects with environments that collaborate to the recovering health as a result. This study proposed to analyze the parameters and strategies used in ambiance, as a mechanism for humanization, by creating deeper knowledge regarding the contributions that the PNH brought to the development of hospital environments. This is an integrative review that followed the phases of elaborating the guiding question, establishing descriptors, inclusion/exclusion criteria, and defining the information acquired from the reviewed papers. This integrative review consists of scientific peer-reviewed articles in both Portuguese and English published between 2005 and 2020, with PNH being first introduced as a government policy in March of 2003 and two years after implementation it was possible to gather preliminary information regarding its impact. Here, 22 articles that provided evidence on the importance of humanization in health care settings and of the deployment and effectiveness of the Humanization Policy of the Brazilian Nacional Health Service (SUS) under the perspective of ambience in Brazilian hospital environments were selected. 04 aspects were addressed, in conformity with the objectives, with the ambience and main results of the analyzed articles: Interference of the physical space in the health condition of the hospitalized patient, aspects of ambience associated with humanization of assistance, perspectives of professionals facing hospital ambience, humanization and the scope of the work-process and Architecture and health. The studies indicated that ambience is an important instrument for

stimulating the physical and emotional well-being of users and health-care professionals. It was also observed that the advances of the hospital infrastructure linked to the PNH are few, compared to the years of its implementation, making failures and shortcomings evident in the architecture evolution process to the health-disease process. This study is considered a possibility for the development of transdisciplinary knowledge necessary for architects to develop humanized Hospital Design and Construction, despite it not eliminating the suffering caused by the disease through the physical space, it is possible to create health-care settings with significant relevance to health recovery.

Keywords: Ambience. Health Facility Environment. Hospital Design and Construction. Humanization of Assistance,

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Fluxograma da seleção das publicações para a revisão de escopo, baseado no modelo PRISMA ..... 34.
Figura 02 – Rede Sarah Fortaleza..... 58.
Figura 03 – Rede Sarah Rio de Janeiro. ..... 59.
Figura 04 – Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek Lago Norte, Brasília/DF. .... 60.
Figura 05 – Área de vivência Hospital Santa Casa Vitória..... 61.
Figura 06 – Área de vivência jardim sensorial - Hospital Santa Casa de Vitória ..... 64.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Estruturação de busca nas bases de dados..... 30.
Tabela 2 - Estratégias de busca por base de dados com operadores booleanos 31.
Tabela 3 - Bases de dados e detalhamento das buscas. .....32.
Tabela 4 - Interferência do espaço físico no estado de saúde do paciente hospitalizado .....35.
Tabela 5 - Aspectos da ambiência associados a humanização na assistência hospitalar..... 39.
Tabela 6 - Perspectivas de profissionais frente a ambiência hospitalar, humanização e o âmbito de trabalho.....40.
Tabela 7 - Arquitetura e saúde ..... 42.

Quadro 1- Os 5 elementos da confortabilidade mais observados nos artigos lidos na íntegra. ..... 48.

LISTA DE SIGLAS

CF – Constituição Federal.

EAS - Estabelecimento Assistencial de Saúde.

EBD – Evidence Based Design

EC – Emenda Constitucional.

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde.

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PEC – Proposta de Emenda Constitucional.

PNH – Política Nacional de Humanização.

PNHAH - Programa de Humanização da Assistência Hospitalar.

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 16

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE 20

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 24

1.3 A AMBIÊNCIA E SUA INFLUÊNCIA NA PNH 29

1.4 O LUGAR DA ARQUITETURA PNH 31

2 JUSTIFICATIVA 33

3 OBJETIVO 35

4 MÉTODO 35

5 RESULTADOS 42

6 DISCUSSÃO 49

6.1 INTERFERÊNCIA DO ESPAÇO FÍSICO NO ESTADO DE SAÚDE DO PACIENTE HOSPITALIZADO 52

6.2 ASPECTOS DA AMBIÊNCIA ASSOCIADOS A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR 58

6.3 PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS FRENTE À AMBIÊNCIA HOSPITALAR, HUMANIZAÇÃO E O ÂMBITO DE TRABALHO. 61

6.4 ARQUITETURA E SAÚDE 64

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 72

REFERÊNCIAS 76

1 INTRODUÇÃO

Entende-se por Políticas Públicas como um agrupamento de estratégias, dispositivos, de programas, de projetos e ações que são materializadas pelo Estado para promover o interesse de uma coletividade. A partir das concepções culturais, políticas e institucionais vigentes, podem ter características distributivas, redistributivas e regulatórias e constitutivas, as quais irão impactar de forma diferente a construção de uma sociedade.

"Cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com suas instituições, com a relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade" (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 9).

Ainda pra Fleury e Ouverney (2008) a assistência social, seguro social e seguridade social são os tipos de proteção social mais frequentes, identificados nos países industrializados e se farão presentes, em maior ou menor grau, de acordo com a concepção política, contexto histórico, relações entre as forças sociais e o mais importante, são condições de cidadania que cada uma dessas tipologias irá gerar como resultado, influenciando na edificação e consolidação de um país.

Lucchese (2004, p.3) compreende as políticas públicas como,

> conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

Ao dirigir o olhar para as questões sociais, especificamente para as políticas públicas que cumprem este papel, tal como se apresentam na atualidade, há necessidade de retroceder no tempo e observar a trajetória da estruturação produtiva, principalmente a partir da revolução industrial entre os séculos XVI e XVIII; início das grandes transformações socioeconômicas, que nos apresentaram a sociedade capitalista, cujos princípios são baseados na promoção de riqueza para alguns e carregada de desigualdades para muitos. Tais transformações se colocam presentes e necessárias para seu atual modo de produção e reprodução capitalista.

O processo de industrialização, intimamente associado à aceleração da desigualdade, fez emergir a pobreza como um problema social, que se confirmou por meio de novos vínculos entre as classes antes estabelecidos pelo modo de produção feudal. Tais modos passam então, a ser regidos pela luta de classes: de um lado a burguesia e ricos donos de terra e de processos de produção e de outro, a classe proletária, de trabalhadores em condições precárias de sobrevivência e de exclusão.

Nesse cenário de contradições, no século XIX, surgem os movimentos sociais, fundamentais para abrir o caminho ao desenvolvimento de sistemas de proteção social e conquistas nas diversas esferas, assim como entra em cena o Estado, com suas instituições, sistemas políticos, eleitorais e de justiça, que ao longo de décadas, foi se adequando às duras conquistas dos direitos sociais, políticos e civis.

Fleury e Ouverney (2008) apontam o surgimento do chamado Welfare States, ou estado de bem-estar social, como aparatos de proteção social, institucionalizados com o propósito de neutralizar os efeitos da modernização, por meio de políticas distributivas que visavam o bem-estar de uma população excluída pela industrialização.

Nesse contexto, é o Estado o regulador de políticas sociais públicas. Os sistemas de proteção social se apresentam de formas diferentes, de acordo com as relações de forças sociais, políticas, valores e ideologias. Secchi (2014) argumenta que “a ciência política tradicional sempre encarou as policies como um resultado das dinâmicas de enfrentamento, disputa de poder e resolução de interesses”.

Entretanto, é condição básica que o Estado consiga assegurar aos seus cidadãos os direitos duramente conquistados, que favoreça o desenvolvimento econômico, que absorva mão de obra e que permita financiar a proteção social, seja por meio de políticas públicas, seja por seguro social ou mesmo pelo mercado.

Secchi (2014) conceitua política pública como “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público que possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público”, assim como observa que existem aquelas centradas no estado, cujos atores são exclusivamente estatais e as denominadas multicêntricas, que “consideram as organizações privadas, não

governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas, juntamente com os atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas" (SECCHI, 2014, p.02).

Dentre as diversas tipologias de políticas analisadas por Secchi (2014) há aquelas com critérios que irão causar impacto na sociedade e dentre essas, estão as políticas regulatórias, que irão estabelecer padrões seja de comportamento, de serviço ou de produtos para atores públicos ou privados [...] Políticas distributivas; geradoras de benefícios grupos de atores e custos para toda coletividade [...] Políticas redistributivas; cujos benefícios se concentram em algumas categorias de atores e implicam custos concentrados sobre outras categorias de atores e Políticas constitutivas; que definem as competências, jurisdições, regras da disputa política e de elaboração de políticas públicas, essa última e se situa acima das três anteriores e irá definir a dinâmica e regular todas as políticas e irá estabelecer as responsabilidades de cada espera de poder.

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, adotou o modelo de seguridade social como caminho de ampliação da cidadania e é constantemente chamada de constituição cidadã. Em seu capítulo II, que trata da seguridade social (BRASIL [2021]) é possível compreender porque foi um marco legal na institucionalização de direitos, e redefiniu o sistema de proteção social à sociedade brasileira, considerado um avanço na proposição de respostas que competem ao Estado brasileiro, principalmente ao assegurar em lei a Seguridade Social e os direitos relacionados à previdência, saúde e assistência social.

Em seu Art. 194 a Constituição Federal de 1988 afirma que: A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL [2021]). Por meio desses direitos garantidos pelo Estado brasileiro, observa-se a incorporação de três políticas sociais, a previdência social, de caráter contributivo e a saúde e a assistência social de caráter distributivo.

Portanto, o Brasil país adota a proteção social no tripé da seguridade social e envolve a assistência, a previdência social e a saúde, se configurando enquanto uma política social pública integrativa e de garantia de direitos (BRASIL, 2002).

Foi a partir desse eixo da seguridade social e interface entre estado/sociedade e mercado, que foi constituída uma política social pública constitutiva de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), de caráter universal, integral, distributivo e não contributivo.

Conforme Secchi (2014) todo processo de elaboração de uma política pública enseja um ciclo de sete fases de processo: identificação do problema, formação de agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção.

A fase de implementação, momento crucial para uma política pública, permite visualizar os obstáculos e as falhas comuns nessa fase assim como “visualizar erros anteriores à tomada de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados, otimismos exagerados no momento da implementação” (SECCHI, 2014, p. 43)

É ainda, a fase que o gestor público “[...] reveste-se de sua função precípua, a de transformar intenções políticas em ações concretas”. (SECCHI, 2014, p. 44). Secchi (2014) reforça ainda que outros atores políticos não vinculados ao estado entram em cena, tais como fornecedores, prestadores de serviço, parceiros e outros grupos interessados da ação pública.

Outra etapa não menos importante que merece destaque é a etapa da avaliação, que é o momento em que a política pública é examinada, analisada o seu momento e verificado se causou algum impacto ou houve redução do problema que a gerou. Conforme Secchi (2014) é o momento chave para a produção de Feedback sob as fases antecedentes.

Secchi (2014, p.50) elenca os principais critérios utilizados para a efetivação das avaliações pontuadas a seguir. 1) Economicidade: nível de utilização de recursos. 2) Eficiência econômica: relação entre recursos utilizados x produtividade. 3) Eficiência administrativa: relação à execução da política aos métodos pré-estabelecidos. 4) Eficácia: nível de alcance das metas ou objetivos previstos. 5) Equidade: diz respeito à homogeneidade de distribuição de benefícios (ou punições) entre os destinatários de uma política pública.

Assim as políticas públicas se constituem em ações permanentes ou temporárias, e são importantes componentes para o desenvolvimento ou

transformação de determinadas situações que necessitam de proteção coletiva social, de promoção de igualdades, de afirmação de valores e direitos humanos ou mesmo de ações de intervenção, contribuição e de distribuição de recursos e oportunidades aos cidadãos.

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde- SUS tem sua história marcada pelas lutas por direitos sociais e sua existência é vinculada ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que por sua vez foi influenciada por um acontecimento mundial da saúde que foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS) em 1978, que culminou com a Declaração de Alma-Ata. Esse documento afirmou ser a saúde a mais importante meta social mundial e para seu alcance, seria necessária a integração entre setores sociais e econômicos, assim como, entendia ser fundamental a participação dos Estados, por meio da promoção de políticas de saúde bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos cidadãos (SOUZA; COSTA, 2010).

Paralelamente, o Brasil da década de 80 caminhava para a redemocratização, na saúde havia o clamor de atores sociais por mudanças no falido modelo médico assistencial vigente no país, capitaneadas por intelectuais, profissionais de saúde, lideranças políticas e movimentos sociais e sindicais. Ao mesmo tempo, o contexto internacional, conforme Megegucci (2009) exigia a rediscussão do papel do Estado e o avanço das discussões neoliberais.

Nesse contexto histórico, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que se tornou um marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira, cujo relatório final inseriu a saúde como um bem social ao Estado brasileiro, a ser assegurado em lei, por meio de uma política pública universal e gratuita, com garantia de condições de acesso e qualidade do atendimento Assim, esse relatório concluiu que as mudanças no sistema brasileiro de saúde deveriam ser realizadas para além de uma reforma administrativa e financeira e que era premente a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de uma revisão na legislação.

Tais afirmações são corroboradas por Rosário et al. (2020) ao ressaltar que “uma concepção ampliada de saúde e afirmá-la como um direito social garantido pelo Estado, tais propostas apontavam para uma profunda reformulação do Estado e de suas políticas, transcendendo, assim, o próprio setor saúde”. (Rosário et al, 2020, p. 27).

O texto da Constituição Federal - CF de 1988, em seu artigo 196 consagrou a saúde como: “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação". (BRASIL, 1988).

Nessa trajetória, segue-se a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja base jurídica, constitucional e infraconstitucional, além da CF são as Leis: 8.080, de 19 de setembro de 1990, que foi atualizada pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b). A Lei Orgânica da Saúde dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1990a) .

O SUS é regido por princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde (BRASIL, 1990a), bem como diretrizes para sua operacionalização (descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação/ controle social).

A descentralização diz respeito ao repasse de recursos, atribuições e funções entre as três esferas de governo: Federal, Estadual e municipal e tem no município o seu principal executor, pelo entendimento que é no nível local que melhor os serviços de saúde podem ser coordenados e atender as necessidades dos usuários do sistema, processo que ficou conhecido como municipalização dos serviços de saúde.

> Uma das diretrizes do SUS, a descentralização tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas de governo e a execução de serviços por conta dos municípios. Esse processo de descentralização no Brasil envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal. (GCA Souza, ICC Costa, Saúde e sociedade 19, 2010 p.512)

Souza (2010) reforça que muitos municípios não possuem condições para desenvolver e promover todas as ações e serviços a sua população, e uma saída foi a regionalização, que prevê soluções compartilhadas por um grupo de municípios e possibilita que o sistema atenda os usuários em outro município que não o seu de moradia. Todas essas situações, além de outras que não cabe no momento descrever, tiveram suas definições estabelecidas nas chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB) 91, 93 e 96 e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), com competências, responsabilidades e regulamentações para que estados e municípios pudessem assumir a gestão no SUS e são também considerados marcos legais construídos na primeira década da sua existência.

O cenário nacional e internacional no período do surgimento do SUS e sua implantação foram desfavoráveis ao modelo de política social adotado, afinal as rediscussões do papel do Estado, principalmente com os questionamentos aos gastos públicos, marcaram esse período e influenciaram o Estado brasileiro na ampliação das atribuições conservadoras e limitou a atuação distributiva frente às políticas públicas.

Conforme explicita Toledo (2008), um cenário pessimista se fortalecia pela adoção de políticas neoliberais que trouxeram impactos, além das políticas de saúde, com aumento de pobreza, desigualdade social, desemprego, agressão ao meio ambiente e acirraram a crise na saúde, com prejuízos nas condições de saúde da população.

Segmentos organizados da sociedade civil tiveram dificuldade de se identificar com o SUS, com a falsa compreensão de que a cobertura populacional do sistema foi concebida para os mais pobres e não inseridos no mercado de trabalho e deu sua contribuição ao enfraquecimento da proposta de caráter universal, igualitário e de equidade.

Além do descrédito da sociedade civil organizada, soma-se uma população massacrada por décadas de ditadura militar, um sistema de saúde de tamanha

complexidade e um país recheado de disfunções, desigualdades e crises em todas as esferas: social, política, econômica e cultural e teremos então um caldeirão de dificuldades e enfrentamentos no caminho da sua consolidação e implementação.

Nessa conjuntura, o financiamento do SUS nasceu comprometido, teve alguns ganhos históricos com a Emenda Constitucional (EC) 29 (2000), que fixou os percentuais mínimos de investimento anual em saúde pela União, por estados e municípios e definiu uma regra transitória para a União, e por falta de regulamentação, sobrecarrega até hoje os Estados e municípios. Funcia (2019) reforça esse caráter crônico do sub financiamento do SUS, e sob sua perspectiva não houve apoio ao SUS diante ao neoliberalismo e à dinâmica dependência do Brasil à economia dos países estrangeiros.

Recentemente, jornais noticiaram outro revés no financiamento da saúde se deu com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 55/2016, cujo teor principal é o congelamento por 20 anos dos gastos públicos com as políticas sociais, e mais precisamente retira os recursos orçamentários e financeiros do SUS até 2036, mesmo que haja crescimento de receita. Implicará na redução de despesas per capita, decorrente do crescimento populacional no período, segundo Funcia (2019, p.4407).

O sub financiamento do SUS reflete seriamente nas redes de serviços, no atendimento aos usuários, sejam nos espaços físicos, equipamentos, na tecnologia, nos salários dos trabalhadores do setor e principalmente, traz duras consequências para a redução das desigualdades vistas por todos que acompanham a saúde pública brasileira.

Na trajetória de mais de 31 anos, entre avanços e retrocessos, pode-se observar o legado e o impacto do SUS na população, por meio das diversas políticas e programas implementados, basta um olhar mais cuidadoso sobre as práticas de saúde. Os difíceis avanços na saúde coletiva, na prevenção de doenças crônicas, nos fornecimentos de medicamentos, na Estratégia de Saúde da Família dentre tantos outros, tanto na prevenção, promoção e assistência à saúde que surgiram como resposta às necessidades dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários.

Uma das políticas públicas de saúde formulada para suprir e preencher lacunas no SUS, a Política Nacional de Humanização - PNH ou Humaniza-SUS, trouxe a humanização para o debate, sobre as práticas de saúde.

Elaborada por ações não normativas, ou seja, sem caráter de lei, pois não se utilizou de portarias para suas proposições ou mesmo contou com repasses de recursos, veio fomentar ações práticas aos princípios do SUS, na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas de serviços em saúde.

Suas diretrizes, estratégias, dispositivos e práticas ousadas propuseram mudanças nos modelos de atenção e gestão no SUS, principalmente na ambiência, nas relações de trabalho entre gestores e trabalhadores de saúde e necessidades dos usuários, conforme reforça Toledo (2004).

1.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O termo humanização tem sua origem na corrente filosófica humanista de valorização da essência humana e das suas potencialidades, traz a noção de igualdade e dignidade, que são princípios enraizados na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Historicamente, em períodos onde há necessidade de resgate de valores humanos, de ética e atitudes coletivas, a humanização retoma sua importância.

Em saúde é um conceito utilizado desde a década de 1960, principalmente por movimentos sociais e programas de governo e na saúde. Nos anos 90, o conceito foi introduzido pela Organização Mundial de Saúde – OMS em declarações a direitos de pacientes.

Não se apoia no sentido do senso comum cristão do humanismo, cujas ações são pautadas como humanistas quando dotadas de caridade e piedade, que por sua vez se apoiam no assistencialismo, cujas políticas e ações se baseiam em concessões. Inclusive, tal conceito se distingue da concepção do SUS, que se baseia na conquista e exercício de direitos à saúde.

> Humanizar é então, ofertar atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais Portanto, para a

> construção de uma Política de Qualificação do sistema Único de Saúde (SUS), s Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “ programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, como como uma política que opere transversalmente em toda a rede (BRASIL, 2004, p. 06).

O pensamento de que um indivíduo não é um ser isolado, é um ser social, e ter saúde ou recuperá-la depende também, dos aspectos emocionais, culturais, da sua família, de suas condições de vida e do local onde vive gerou uma grande mudança. Com essa definição, o espaço destinado ao cuidado da saúde, deixa de ser somente o local para ser tratado, para o local onde será cuidado de forma mais integral, “[...] um espaço em que o paciente consiga apreender uma apropriação espacial saudável e ser protagonista do seu próprio tratamento”. (PIZZOLATO, 2014, p.188).

Para Pizzolato (2014) os dois grandes gatilhos que impulsionaram as definições e estudos sobre ambientes e hospitais terapêuticos foram o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) para saúde de 1948 e a Carta de Otawa de 1986. O conceito da OMS mudou paradigmas quando redefiniu o conceito de saúde como: “estado de pleno bem-estar físico, mental e social e não a ausência de doença e enfermidade” (OMS, 1948).

Já a Carta de Otawa complementa com a importância da comunidade na qualidade de vida do indivíduo, assim como o estímulo à participação e controle social. Esse movimento iniciou transformações para a tipologia arquitetônica dos hospitais, pois: “[...] enfatiza o paciente, incorporando necessidades técnicas, formais, funcionais e econômicas capazes de tirar proveito de um espaço que explorará ao máximo o potencial de autonomia e bem-estar dos integrantes envolvidos” (PIZZOLATO, 2014, p.188).

Toledo (2004) e Vasconcelos (2014) abordam a evolução dos edifícios hospitalares através dos séculos e o primeiro afirma que a ausência de humanização esteve presente em boa parte dos complexos hospitalares do século XX e confirma que a humanização no Brasil, pelo menos sobre o edifício hospitalar, foi alçada à política pública, diferentemente de outros países mais desenvolvidos.

Já Vasconcelos (2014) ressalta que há mais de cem anos, Florence Nightingale, precursora na percepção de que o ambiente físico interferia na

recuperação dos pacientes, na vanguarda da qualidade dos ambientes hospitalares, uniu em seus livros ambiente físico, saúde e psicologia ambiental. E também indaga ser paradoxal e redundante falar em humanizar hospitais, dada a vocação humana desse edifício e no entanto, os hospitais ao longo das décadas se esqueceram da finalidade pela qual foram criados (Vasconcelos, 2014)

No Brasil, o conceito da humanização na saúde foi inicialmente utilizado no Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, criado pela portaria nº 881/2001 e no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado pela portaria nº 569/2000. Em 2003, foi ampliado para toda rede do SUS e foi apresentado como política pública de governo, ao ser contemplado na Política Nacional de Humanização – PNH.

Conforme Souza e Moreira (2020, p.332) a PNH caracterizou-se por princípios e diretrizes que se revelaram em ações diversas nas práticas de saúde, não apenas vinculadas à assistência hospitalar. Como uma política transversal, que perpassa por várias perspectivas, a humanização propõe e supõe que diferentes saberes e poderes estão presentes na produção de saúde.

A PNH também se utiliza das expressões “desumanização” ou “práticas desumanizadoras” para traçar um método de inclusão em práticas de gestão e cuidado na saúde, que possibilite mudanças nos precários processos de organização do trabalho.

> A problemática adjetivada como desumanização, conceito síntese que revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente a problemas como as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho, etc., derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho, na perspectiva da PNH. (CADERNOS TEMÁTICOS PNH: FORMAÇÃO E HUMANIZAÇÃO, 2010, p.7)

Propõe a criação de um modelo eficiente para o SUS, reforça os princípios de acesso, universalidade, da integralidade e da equidade e é uma das estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde.

Humanização então, deve compreendida como “política que é transversal a todo sistema de saúde, de rotinas dos serviços às instâncias de gestão” (Souza e Mendes, 2009, p.681) e que teve o hercúleo trabalho de “confrontar tendências

tecnocráticas e iatrogênicas arraigadas em políticas e serviços de saúde" (Souza e Mendes, 2009, p.681), por meio aprimoramentos, melhorias gerenciais e mais ainda, por apropriação de processos de trabalhos nos vários campos da prática em saúde.

Possui princípios, diretrizes e sua operacionalização acontece por meio de métodos e dispositivos que, ao serem aplicados por gestores, trabalhadores e usuários, garantem que as estruturas físicas, as relações de poder, de processos de trabalho e de afeto não produzam ou reproduzam a desumanização na saúde. Na PNH a humanização é:

> [...] a valorização dos diferentes sujeitos, implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles para produção de saúde, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão, assim como o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho do e de atendimento. (Brasil, Ministério da Saúde 2008, p.121)

A PNH (BRASIL, 2010b) se baseia em alguns princípios fundamentais: a transversalidade que é o reconhecimento de que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência e vivência daquele que é assistido; a indissociabilidade entre atenção e gestão, onde tanto trabalhadores quanto usuários possuem uma parcela de participação e tomada de decisão nas ações de saúde; assim como, o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos envolvidos na produção de saúde. Também propõe a construção de relações mais horizontalizadas entre profissionais e usuários, e reforça que estes últimos necessitam ter seus direitos garantidos (BRASIL, 2010b).

Além disso, considera que os serviços de saúde possuem três objetivos básicos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos profissionais de saúde e a reprodução do serviço de saúde enquanto política democrática e solidária, com efetiva participação dos envolvidos – trabalhadores da saúde, usuários e gestores – em um pacto de corresponsabilidade. (Brasil, 2004b). Assim, ao considerar que é necessário formar um pacto, os atores envolvidos incorporam como reais os conflitos e visualizam possíveis alianças. (SOUZA e MOREIRA, 2020, p. 333)

Para além dos seus princípios, é uma política de saúde com orientações gerais, que são suas diretrizes, dentre as quais podemos citar a ambiência, o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, dentre outras.

E para que tais diretrizes sejam o motor de funcionamento da PNH (BRASIL,2017) foram desenvolvidos dispositivos disparadores de novas formas de promover mudanças nas práticas em saúde, que possuem potencial de transformar as ações de cuidado, ao reconhecer as diferentes dimensões das necessidades de saúde, cujo resultado deve ser proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana.

A PNH integrou o conceito de ambiência na saúde enquanto espaço acolhedor e saudável no qual usuários do serviço e trabalhadores têm seus vínculos sociais facilitados, onde as relações de cuidado são humanizadas e resolutivas, assim é o

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

A Ambiência na PNH se comunica de forma transversal com as demais diretrizes da política, sendo considerada uma “diretriz espacial”, pois propõe um olhar ampliado sobre a produção do espaço físico na saúde, (BRASIL,2017, p.10)

É possível sugerir que ambiência una duas palavras: ambiente e vivência. Entretento, conforme Bestetti (2014): ambiência tem origem do francês “ambiance” e pode ser também traduzido como meio ambiente “ [...] podemos afirmar que não é composto somente pelo meio material onde se vive, mas pelo efeito moral que esse meio físico induz no comportamento dos indivíduos”. (BESTETTI, p.602,2014)

O ambiente é entendido como o espaço físico onde acontecem os cuidados de saúde e os vínculos sociais entre profissionais de saúde e usuários, e vivência cuja etimologia vem do latim *viventia*: estar em vida, viver, e cujo significado em

dicionários é o conhecimento adquirido pela experiência em uma ou várias situações de vida.

Para cada espaço -lugar – ambiente, há um estudo da ambiência que se deseja, onde são considerados os estímulos ao comportamento dos sujeitos inseridos no contexto da ambiencia desejada, com condições físicas e emocionais que promovam bem estar, conforme afirma Bestetti (2014).

Segundo Toledo (2014, p. 184), esse conceito incorporado pela PNH não é estranho aos arquitetos e os interessa particularmente. Foi extremamente estudado a partir de 1960 por pesquisadores da área de cognição e comportamento ambiental e confirma que a PNH aprofunda o conceito de ambiência na arquitetura. Cita alguns autores e suas contribuições, tais como: Robert Sommer com o conceito de espaço pessoal; David Carter e a psicologia do lugar, Amos Rapoport com a percepção, cultura e arquitetura. Todos de suma importância para a formulação e compreensão do conceito de ambiência.

Também afirma que ela é composta do agrupamento de elementos construtivos e sem os quais um espaço físico não poderia proporcionar uma “atenção acolhedora, resolutiva e humana”.

1.3 A AMBIÊNCIA E SUA INFLUÊNCIA NA PNH

O conceito de ambiência na PNH é “o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010, p. 05).

Para Oliveira et al. (2022, p. 02), dentre as estratégias da PNH, o acolhimento e a ambiência ocupam espaço fundamental para o desenvolvimento de práticas profissionais horizontalizadas e geradoras de cuidado. O primeiro está na dimensão das relações de confiança e de melhoria de condições de trabalho, entre usuários, profissionais e equipe. Já a ambiência, além do ambiente físico, agrega emoção, vínculos e empatia.

A ambiência na PNH comporta três eixos indissociáveis: a confortabilidade, o espaço enquanto encontro de sujeitos que produzem ações e reflexões e o espaço

enquanto ferramenta facilitadora do processo de trabalho (recursos otimizados, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo).

Aborda a adoção de novas práticas, onde o espaço físico, as equipes de saúde e pacientes podem interagir de forma participativa, e por meio dessas práticas é possível alcançar resultados pautados nas necessidades dos cidadãos e na produção de saúde, ao intervir em ambientes tradicionalmente considerados frios e impessoais.

Tais práticas buscam a constatação de que: “O ambiente onde estamos inseridos, seja ele construído ou não, emite estímulos que podem nos agradar ou desagradar, gerando sensação de desconforto se houver grande disparidade com os limites do nosso corpo” (BESTETTI, 2014 p. 602).

No processo de humanização dos espaços de saúde do SUS, a arquitetura se configura como uma peça importante, a partir do desenvolvimento de projetos que proporcionem condições de conforto que favoreçam o desempenho nas atividades da equipe de saúde e estimulem o bem-estar dos usuários do serviço.

A ambiência em um Estabelecimento Assistencial de Saúde – EAS, por si mesma não é capaz de humanizar um serviço de saúde, entretanto um projeto bem elaborado pode ser qualificado como uma ferramenta recheada de práticas humanizantes, e tratar com a merecida importância, o conforto físico e psicossocial dos pacientes no ato de cuidar. Para que um ambiente seja confortável, propõe-se que alguns componentes atuem como qualificadores e modificadores do espaço; que podem ser estéticos ou sensíveis à apreensão do olhar, audição ou olfato.

A ambiência em um ambiente hospitalar vai além do espaço físico, ela oportuniza tanto o bom uso do espaço, de forma acolhedora, quanto a relação desse com as pessoas que nele transitam, mesmo sabendo que “[...] haverá momentos em que o local mais agradável do mundo não conseguirá expulsar nossa tristeza ou misantropia” ((BRASIL, 2010, p. 604).

O projeto arquitetônico, deve considerar e ajustar todos os componentes do complexo sistema hospitalar de forma interelacionada, sejam programáticos ou normativos. “ Além dos aspectos compositivos e programáticos, faz-se necessária uma análise das condições ambientais percebidas pelo usuário, já que é capaz de interagir com o ambiente imediato por meio dos sentidos. ” (BESTETTI, p.602, 2014)

1.4 O LUGAR DA ARQUITETURA PNH

Toledo (2004) traz o olhar da arquitetura para a humanização e analisou que alguns arquitetos estiveram na vanguarda dessa linha conceitual ainda que não tenham sido suficientemente observados dentro da Política . Para alguns mestres da arquitetura moderna brasileira do século XX, como Irineu Breitman, a humanização já era pensada de outra forma, “falar de arquitetura humanizada é cometer no mínimo um pleonasmo, já que uma arquitetura de qualidade tem como objetivo fundamental atender às necessidades do homem, sejam elas do plano material como do psicológico”, conforme esse arquiteto relata para o próprio Toledo (2004).

Com a visão do conceito mais ampliado, a humanização não deveria se ater aos limites físicos da edificação hospitalar, mas tratar da relação com o entorno, com a cidade e o próprio meio ambiente, conforme perspectiva de Toledo (2004).

A PNH orienta no sentido de desenvolver uma arquitetura que contribua para estimular o bem-estar físico e emocional do seu usuário, o convívio mais humanizado, diminuição do predomínio dos aspectos hostis e impessoais de um ambiente hospitalar. Essa arquitetura precisa estar aliada ao estabelecimento de vínculos, relações de troca entre profissionais de saúde e usuários nas intervenções terapêuticas.

Cabe ao arquiteto buscar formas, volumes, dimensões que traduzam esse possível bem-estar. E em consonância com o conceito de humanização, a missão da arquitetura é criar espaços sensíveis e estimulantes que favoreçam o desenvolvimento da existência humana. “[...] a humanização é um caminho para que a arquitetura recupere o seu papel no sentido de exercer o mesmo estatuto de um gesto médico” (BESTETTI, 2014, p. 604).

O foco dessa Política é a transformação dos espaços para que os processos de trabalho ocorram no espírito de equipe, com gestão compartilhada, e também a ambiência com e seus instrumentos de confortabilidade da estrutura física, atuando em conjunto com outros aspectos, que ao final, irão gerar vivências e descobertas individuais e coletivas dos envolvidos e possibilitar uma saúde em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS.

A proposta da PNH é de superação e de desafios extremamente difíceis de transpor, tem a ambição de transcender os interesses de todos os atores envolvidos, é também muito abrangente, pois cria a possibilidade de aplicação dos seus dispositivos em todos os espaços de saúde, independentemente de seu nível de complexidade, e busca construir pontes entre ciências não vinculadas à área da saúde, como a arquitetura.

Para alcançar as premissas arquitetônicas que enfatizem o usuário, os cuidados médicos mais próximos ao paciente e suas relações e vivências, mais do que à doença que o acomete, assim como modifiquem ambientes de trabalho, é preciso que arquitetos cada vez mais se apropriem de que o cuidado ao paciente e a sua cura podem ser afetadas pelo espaço físico e pelas relações que acontecem nesses espaços hospitalares.

Um projeto na área de saúde, além das necessidades funcionais e da legislação, que segue normas rígidas preconizadas por normas reguladoras e legislação própria, deve considerar a percepção do que determinado ambiente causa no usuário, em conformidade com o conceito de ambiência; que considera os valores subjetivos obtidos a partir de experiências vividas, dando significados ao espaço físico de forma positiva ou não. Assim, formas, cor, luz, iluminação, arte, cinestesia, acessibilidade e privacidade são elementos que permeiam os projetos arquitetônicos em consonância com a ambiência, pois qualificam e modificam os espaços físicos e estimulam a percepção do ambiente por quem o utiliza.

Conforme Bestetti (2014), os elementos acima citados, usados em equilíbrio, são componentes importantes para criar acolhimento e contribuem nos processos de produção de saúde. Nesse sentido, recomenda-se que a ambiência se concretize nos edifícios hospitalares com: conforto lumínico, conforto sonoro, conforto higrotérmico, condições de se orientar no espaço (orientabilidade e legibilidade), estímulos sensoriais relacionados ao equilíbrio e aos cinco sentidos, integração interior-exterior (composições de paisagismo e visualização de natureza), favorecimento da arte e decoração dos espaços, mobiliário confortável e apropriado.

De acordo com Pizzolato (2014), existem evidências e comprovações científicas que validam os bons resultados no tratamento de pacientes que estejam em espaços físicos que buscam atender suas necessidades.

Ainda relembra Pizzolato (2014) que estudiosos, inclusive de outras áreas como a psicologia ambiental, como BAIER (1995), MILLER (2007), ULRICH et al. (2007) e (2008), desenvolveram teorias que contribuíram com a corrente da arquitetura adepta dos ambientes restauradores, dos ambientes terapêuticos e sugerem que a arquitetura nos espaços de saúde pode efetivamente, contribuir para a recuperação do paciente

Vasconcelos (2004) reforça que as teorias atuais sobre projetos de humanização de espaços de saúde, o Evidence Based-Design - EBD ou o Design Baseado em Evidências têm sua base nas pesquisas de Roger S. ULRICH[1]. Esse pesquisador descreve que as instalações de projetos arquitetônicos tradicionais de ambientes hospitalares, sob a ênfase da função e da eficiência, são “psicologicamente duras”.

Tendo em vista a importância desse tema e necessidade de maior apropriação acerca da ambiência pela área da arquitetura, mesmo após 19 anos do surgimento da PNH como política pública sistematizada e das evidências dos efeitos terapêuticos e restauradores vinculados aos ambientes hospitalares construídos, assim como as relações que acontecem nesses ambientes, a questão norteadora que se coloca nesse momento é: Como os parâmetros e estratégias da ambiência, enquanto dispositivo para a humanização dos espaços e relações estabelecidas pela Política Nacional de Humanização, estão contemplados nos ambientes hospitalares?

2 JUSTIFICATIVA

Esse estudo fecha todo um ciclo da minha trajetória acadêmica, que se inicia com a graduação em Serviço Social em 1988, passa pela experiência de 32 anos de trabalho no SUS, pelas Artes Plásticas, pelo Design de interiores, e conclui com a formação em Arquitetura e Urbanismo. Essa trajetória incomum faz parte de uma

[1] Em 1984, Roger Ulrich descobriu que pacientes pós-cirúrgicos instalados em quartos de internação com vista para o exterior hospital se recuperaram mais rapidamente. Sua descoberta permitiu novas investigações científicas no campo da saúde: a interação entre ambiente e cura.

teia de escolhas de vida e produz efeitos subjetivos e objetivos, dentre os quais inquietações acerca de possíveis diálogos entre teorias construídas pelos diversos saberes adquiridos que pudessem unir as relações humanas com a arte de apreender o espaço e percebê-lo, como afirmava o arquiteto italiano Bruno Zevi (1918-2000)

É função do arquiteto o desenvolvimento de projetos que atendam aos anseios de uma sociedade, por meio de soluções que aliem avanços tecnológicos, conforto, segurança e bem-estar. E nessa busca do projeto ideal, há a consideração de que os

espaços expressam sentimentos, que vão além da função básica de abrigo ou do cuidado, como no caso da saúde.

Nessa perspectiva, esse estudo traz a oportunidade de um aprofundamento acerca das contribuições que a Política Nacional de Humanização do SUS – PNH trouxe ao desenvolvimento de espaços de saúde, desde seu surgimento em 2003.

A ambiência enquanto uma temática que faz parte dos dispositivos e estratégias da PNH, conforme o Caderno de Textos da Política Nacional de Humanização do SUS traz o entendimento de que os espaços onde se desenvolvem ações de cuidados à saúde vão além da tecnologia e da execução de procedimentos; são locais onde se constroem relações sociais, onde se valorizam elementos da confortabilidade presentes no ambiente e as trocas de experiências e vivências que acontecem nesses espaços físicos, sejam entre pacientes/usuários, trabalhadores da saúde e gestores.

Por fim, o interesse em aprofundar o conhecimento acerca dos efeitos que uma política pública de saúde tem promovido nas últimas décadas nos espaços de saúde, em particular nos hospitais, aponta a importância dessa pesquisa realizada no programa de pós-graduação de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, principalmente para compreensão da relação entre os espaços físicos construídos e as vivências e experiências subjetivas que se acumulam no momento atual de crise sanitária e humanitária.

3 OBJETIVO

Analisar os parâmetros e estratégias da ambiência, enquanto dispositivo para a humanização dos espaços e relações, estabelecida pela Política Nacional de Humanização contemplados nos ambientes hospitalares.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa cuja proposição foi a realização de um mapeamento bibliográfico e teve como objetivo identificar e resumir os principais conceitos da área de conhecimento, uma compreensão mais abrangente sobre tema assim como“[...], possibilitar a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, além de permitir a obtenção de informações que possibilitem aos leitores avaliarem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, conforme Botelho et. al.(2011, p.133)

Para a construção da pergunta norteadora de forma clara, foi utilizado o acrômio PCCo (População, Conceito, Contexto), normalmente recomendado em revisão de escopo, segundo Coelho et al (2021), sendo **P**opulação – a arquitetura hospitalar/ Ambiência, **C**onceito – a Humanização e o **C**ontexto – o ambiente hospitalar. Dessa estruturação a pergunta de pesquisa foi: Como os parâmetros e estratégias da ambiência enquanto dispositivo para a humanização dos espaços e relações estabelecidas pela Política Nacional de Humanização, estão contemplados nos ambientes hospitalares?

As áreas de conhecimento pesquisadas foram as ciências sociais aplicadas, onde se localizam a arquitetura e urbanismo, o serviço social, assim como a área de conhecimento da saúde, na subcategoria saúde coletiva

A partir da estruturação com o acrômio PCCo foram definidos os descritores: arquitetura hospitalar, humanização e ambientes hospitalares, que seguiram a temática da pesquisa e foram elencados por meio do vocabulário DeCS/MeSH. Ressalta-se que a palavra Ambiência, inicialmente definida como descritor para

busca em bases de dados, foi substituída por arquitetura hospitalar, em razão de não ter sido encontrada nos registros do referido tesauro.

A tabela 1 a seguir apresenta o passo a passo referente ao acrômio PCCo, apresentando a extração, conversão, construção e finalizando o Uso dos descritores para busca.

Tabela 1 – Estruturação de busca nas bases de dados. Vitória, ES, Brasil, 2022.

	P	**I**	**Co**
Extração	Arquitetura Hospitalar	Humanização	Ambiente hospitalar
Conversão	Hospital Design and Construction	Humanization of Assistance	Health Facility Environment
Construção	Hospital Design and Construction OR Hospital Reform	Humanization of Assistance OR Humanization OR Humanization of Hospital Care OR National Program for the Humanization of Hospital Care	Health Facility Environment OR Health Centers OR Hospital
Uso	(Hospital Design and Construction OR Hospital Reform) AND (Humanization of Assistance OR Humanization OR Humanization of Hospital Care OR National Program for the Humanization of Hospital Care) AND (Health Facility Environment OR Health Centers OR Hospital)		

O processo de extração de dados, conforme Coelho et al (2021), possibilita uma orientação lógica e descritiva dos resultados, alinhada aos objetivos e a pergunta norteadora. Reitera que que alguns dados devem ser coletados, como “ [...] nome do autor, ano da publicação, objetivos, descrição dos participantes, principais conceitos do tema em questão e o contexto no qual ele é inserido” (Coelho et al., 2021).

A estruturação de busca, nas bases de dados foram construídas e utilizadas com o os boleadores OR e AND a partir da construção dos descritores em inglês

(Hospital Design and Construction OR Hospital Reform) ***AND*** *(Humanization of Assistance OR Humanization OR Humanization of Hospital Care OR National Program for the Humanization of Hospital Care)* ***AND*** *(Health Facility Environment OR Health Centers OR Hospital).*

A procura por estudos relevantes foi realizada inicialmente junto as bases de dados eletrônicos: MEDLINE via Pubmed, MEDLINE via Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, LILACS, SciELO - Scientific Electronic Library Online e por último, para complementar com literatura cinza, o Google Scholar; o levantamento bibliográfico aconteceu nos meses de abril a agosto de 2022, conforme apresentado na tabela 2 abaixo.

Tabela 2 - Estratégias de busca por base de dados com operadores booleanos. Vitória –ES, Brasil,2022.

Base	**Estratégia**
MEDLINE via PubMed	Hospital Design and Construction AND Humanization of Assistance AND Health Facility Environment
MEDLINE via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)	(Hospital Design and OR Hospital Reform) AND (Humanization of Assistance OR Humanization OR Humanization of Hospital Care OR National Program for the Humanization of Hospital Care) AND (Health Facility Environment OR Health Facility Environment OR Hospital)
LILACS	(Hospital Design OR Hospital Reform) AND (Humanization of Assistance OR Humanization OR Humanization of Hospital Care OR National Program for the Humanization of Hospital Care)
SCIELO	(Hospital Design and OR Hospital Reform) AND (Humanization of Assistance OR Humanization OR Humanization of Hospital Care OR National Program for the Humanization of Hospital Care)
Literatura cinza	**Estratégia**

Google Scholar	(Hospital Design OR Hospital Reform) AND (Humanization of Assistance OR Humanization OR Humanization of Hospital Care OR National Program for the Humanization of Hospital Care) AND (Health Facility Environment OR Health Centers OR Hospital) *Método: SERÃO CONSIDERADAS AS DEZ PRIMEIRAS PÁGINAS*

Para garantir a ampla representatividade das amostras foram considerados como critérios de inclusão todos os artigos científicos publicados em português e inglês, gratuitos e disponíveis na íntegra, com os descritores relacionados acima, publicados no período compreendido entre 2005 a 2020. A definição do recorte histórico se fez necessária, em razão da data de lançamento da PNH (Política Nacional de Humanização do SUS), em março de 2003 e ser factível encontrar análises e avaliações após dois anos de sua existência. Os critérios de exclusão foram os artigos cujos títulos não indicavam a temática, os encontrados em duplicidade, fora do período definido e que não abordaram a temática proposta após leitura completa.

Busca em base de dados

Especificamente, na base de dados MEDLINE via BVS, não foram utilizados todos os construtores e sim a conversão *Hospital Design and Construction AND Humanization of Assistance AND Health Facility Environment,* dado que a busca com todos os construtores encontrou 8.000 artigos e ao utilizar apenas os conversores, esse número reduziu para 1579 artigos, tornando mais factível a leitura, tendo em vista outras bases de dados a serem visitadas. E na base Google Scholar, literatura cinza, foram selecionados os 100 primeiros artigos para a pesquisa (Figura 1).

Assim, para melhor apresentação, abaixo seguem tabelas de todo passo a passo da busca realizada:

Tabela 3 - Bases de dados e detalhamento das buscas. Vitória, ES, Brasil, 2022.

Base	BUSCA
MEDLINE via PubMed	**Total: 1579** Artigos excluídos após a leitura de título (n =1560) 19 Artigos excluídos após a leitura de resumo (n = 07) 12 Artigos excluídos por serem repetidos (n = 01) 11 Artigos excluídos após análise temática (n = 05) 06 **Artigos incluídos (n = 06)** OBS: Com todos os construtores foram encontrados 8 mil artigos (28/07). Ao utilizar apenas os conversores, o nº reduziu para 1.579 artigos, Retirou-se livros e documentos e permaneceram os artigos das diferentes tipologias (ensaio clínico, metanálise, teste controlado e aleatório, análise e revisão sistemática), tornando mais factível a pesquisa, tendo em vista outras bases de dados a serem pesquisadas.
MEDLINE via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)	**Total 02** Artigos excluídos após a leitura de título (n = 00) 02 Artigos excluídos após a leitura de resumo (n = 01) 01 Artigos excluídos por serem repetidos (n = 00) Artigos excluídos após análise temática (n = 00) **Artigos incluídos (n = 01)**
LILACS	**Total: 02** Artigos excluídos após a leitura de título (n = 01) 01 Artigos excluídos após a leitura de resumo (n = 00) 01 Artigos excluídos por serem repetidos (n = 00)01 Artigos excluídos após análise temática (n = 00)01 **Artigos incluídos (n = 01)**
SCIELO	**Total: 334** Artigos excluídos após a leitura de título (n =307) 27 Artigos excluídos após a leitura de resumo (n =12) 15 Artigos excluídos por serem repetidos (n = 02) Artigos excluídos após análise temática (n = 02) **Artigos incluídos: (n= 11)**

Literatura cinza	BUSCA
Google Scholar	Artigos de revisão – 2005 a 2020
Método: ***serão consideradas as dez primeiras páginas,***	Com toda a construção: 10.900 Escolhidas as 10 primeiras páginas com 10 artigos em cada página. **Total: 100 artigos.**
	Artigos excluídos após a leitura de título (n =57) 43
	Artigos excluídos após a leitura de resumo (n = 35) 08
	Artigos excluídos por serem repetidos (n = 01) 07
	Artigos excluídos após análise temática (n = 03) 04
	Artigos incluídos (n = 04)

Após desfecho do caminho para iniciar a coleta de dados, as buscas foram realizadas e considerando os passos acima descritos, os estudos foram selecionados, segundo o fluxograma abaixo:

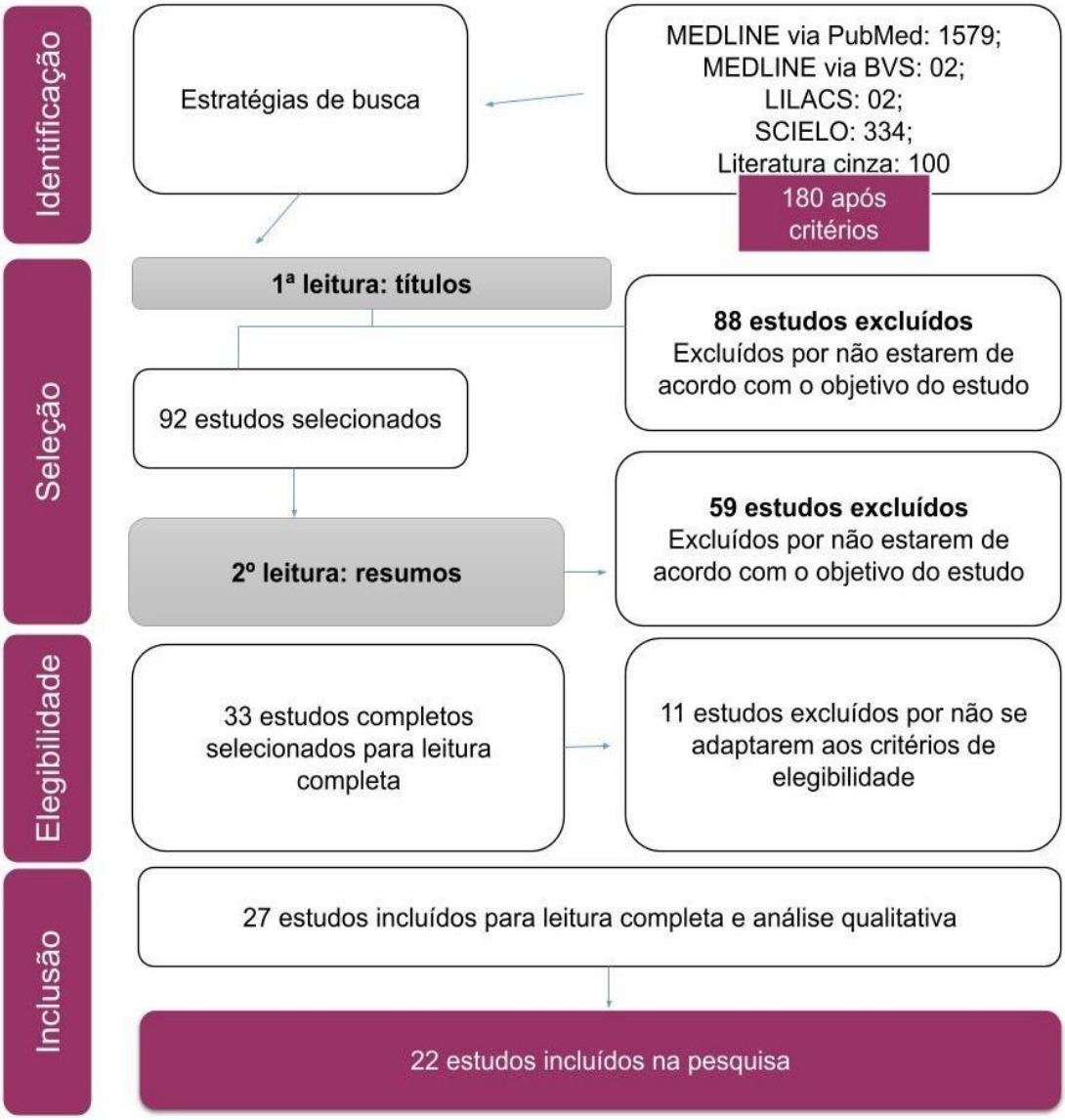

Figura 01 – Fluxograma da seleção das publicações para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA. Vitória (ES), Brasil, 2022.

Para viabilizar a coleta de dados, por meio da leitura dos artigos selecionados, elaborou-se inicialmente um quadro, intitulado matriz de conhecimento (FERENHOF; FERNANDES, 2014, p.560), contendo as seguintes informações: título; autores; ano da publicação, idioma e país de publicação; objetivo método e principais achados e resultados, a fim de obter informações relevantes para a amostra final. E após nova leitura e devidas orientações, a ferramenta denominada por matriz de conhecimento, que se propõe a extrair e organizar os dados após

análise de artigos, foi renomeada para tabela de resultados, com informações mais compactadas conforme tabelas 4, 5, 6 e 7, uma vez que se separou por categorias.

5 RESULTADOS

Após leitura dos artigos foram selecionados os estudos que passaram pelo processo de leitura de títulos, resumos, aplicação dos critérios de elegibilidade e leitura completa. Inicialmente foram identificados 2017 estudos, onde 1925 foram excluídos por leitura de título, 55 por leitura de resumo, 04 excluídos por repetição, 07 após leitura completa, sendo que após leitura de outra pesquisadora, outros 04 artigos foram excluídos que resultaram em 22 artigos para este estudo.

Os artigos foram subdivididos didaticamente em 04 tabelas que abordam 04 aspectos, em conformidade com os objetivos e principais resultados dos artigos analisados: Tabela 04 - Interferência do espaço físico no estado de saúde do paciente hospitalizado, Tabela 05 - aspectos da ambiência associados à humanização na assistência hospitalar, Tabela 06 - Perspectivas de profissionais frente a ambiência hospitalar, humanização e o âmbito de trabalho e Tabela 07 - Arquitetura e saúde.

Tabela 4 - Interferência do espaço físico no estado de saúde do paciente hospitalizado. Brasil, 2022.

AUTOR	OBJETIVO	NOVIDADES
MOURA; MOREIRA, 2005	Descrever os fatores ambientais considerados como determinantes de bem/mal-estar da unidade de quimioterapia na perspectiva dos clientes e analisar os fatores ambientais considerados pelos clientes como determinantes de bem/mal-estar, como indicativos para o enfermeiro na gestão do	O estudo, sob a perspectiva dos pacientes, realizado na Unidade de Quimioterapia do Hosp. Geral de Bonsucesso no RJ sugere que as melhorias no ambiente físico interferem no atendimento, demandam disponibilidade de estrutura física e recursos financeiros. Traz o equívoco de responsabilizar os enfermeiros na busca de encontrar meios de enfrentar as limitações por falhas do ambiente

	ambiente.	físico, para atender o máximo à clientela, mesmo com dificuldades e eventuais falhas do seu ambiente físico encontrando meios de enfrentar as limitações Evidência que a atitude amorosa da equipe de saúde, particularmente da equipe de enfermagem, como cuidado dispensado ao cliente é fundamental para a garantia de bem-estar para todos.
BOCCANERA; BOCCANERA; BARBOSA, 2006	Analisar percepções de profissionais e pacientes quanto às cores utilizadas no ambiente de terapia intensiva, identificando aquelas consideradas agradáveis e desagradáveis.	Sugere que a aplicação de cores e suas diferentes tonalidades no setor da UTI, considerando, inclusive, que as cores com seus campos de onda, podem contribuir para o bem-estar das pessoas que estão em contato com este ambiente.
FREITAS et al., 2013	Identificar os elementos constitutivos do conceito de ambiente nos documentos oficiais da Polític'a Nacional de Humanização e analisar as relações entre eles e a promoção de ambiente de cuidado preconizada pela enfermagem.	Os resultados desta pesquisa ratificaram que o ambiente é um conceito central trabalhado nos documentos da PNH. Traz a ambiência como ferramenta para promoção do cuidado e do acolhimento, além de considerar o conforto fundamental para a promoção e recuperação da saúde das pessoas. Os elementos essenciais ao cuidado envolvem o ambiente, abrangendo as cores, a iluminação, os sons, o ar puro (ventilação/aeração), além do cuidado com o fluxo de pessoas e de roupas/utensílios sujos e limpos
ANDERSON, 2018	Aprofundar a discussão em torno da ética da arquitetura hospitalar aplicada aos atuais códigos e diretrizes de construção.	Discorre como os arquitetos devem utilizar a ética para desenvolver os projetos de arquitetura, evidenciando o bem-estar do paciente. Embora o design não possa necessariamente tratar a doença, ele pode ser uma ferramenta importante nas estratégias de cuidado preventivo e terapêutico.

DRAHOTA et al., 2012	Resumir as melhores evidências disponíveis sobre ambientes hospitalares, a fim de ajudar as pessoas envolvidas no projeto de ambientes hospitalares a tomar decisões que beneficiem a saúde dos pacientes.	No geral, parece que a música pode melhorar os resultados relatados pelo paciente, como ansiedade; no entanto, o benefício para os resultados fisiológicos e o consumo de medicamentos tem menos suporte. Existem poucos estudos para apoiar ou refutar a implementação de mudanças físicas e, com exceção da qualidade do ar, os estudos incluídos demonstraram que as mudanças físicas no ambiente hospitalar pelo menos não causaram danos.
FRICKE et al., 2018	Apresentar o estado do conhecimento científico sobre a influência de fatores arquitetônicos e ambientais na convalescença em hospitais e enfoca principalmente seus efeitos na recuperação de doenças psiquiátricas.	Pacientes psiquiátricos se beneficiam de estruturas de espaço que fortalecem as inter-relações sociais adequadas, mas não há dados disponíveis sobre necessidades arquitetônicas especiais de apoio à terapia em psiquiatria infantil e adolescente em geral e questões terapêuticas específicas em particular.
HEIDEMANN et al., 2011	Identificar os principais fatores geradores de estresse em pacientes internados em unidade coronariana e a influência do nível de ruídos na percepção de estresse dos mesmos.	Pacientes internados em UCO apresentam maior percepção de estresse que diminui ao longo dos três primeiros dias de internação No presente estudo, o nível de ruídos não explicou totalmente o escore da Escala de Estressores em UTI e os pacientes não citaram como principais fatores geradores de estresse os relacionados ao elevado nível de ruídos.
NILSSON et al., 2020	Resumir, categorizar e descrever pesquisas publicadas sobre como o design da sala de parto influencia os resultados físicos e emocionais maternos e neonatais.	Os resultados desta revisão demonstram evidências limitadas sobre o design da sala de parto que promova a saúde das parturientes e seus bebês, em enfermarias de parto hospitalar. No entanto, quatro temas físicos foram identificados para influenciar positivamente os

		resultados físicos e emocionais maternos e neonatais: meios de distração, conforto e relaxamento; elevação da temperatura da sala de parto; características de familiaridade e diminuir um ambiente tecnocrático.
WALKER, 2016	Analisar as vantagens e desvantagens da política hospitalar do NHS (Sistema Nacional de Saúde) do Reino Unido, de quarto único com atenção ao seu efeito na experiência dos pacientes e da equipe, bem como na prestação de cuidados.	Defende o quarto individual para pacientes como uma inovação, adaptabilidade e flexibilidade, uma vez que alguns elementos de confortabilidade contribuem para a experiência do paciente, ao promover melhor privacidade e confidencialidade.
GARCIA; RODRIGUES ; LIMA, 2013	Compartilhar a experiência ocorrida em um hospital de referência em oncologia do Estado do Maranhão e apresentar iniciativas que auxiliaram no desenvolvimento do Serviço de Cuidados Paliativos.	A humanização é imprescindível e indispensável para promover bem-estar aos pacientes em cuidado paliativo. A arquitetura do ambiente hospitalar mostra-se contribuindo para a qualidade de vida do paciente, por meio de ambientes acolhedores e aconchegantes para o paciente de CP.
VIANNA; BRUZSTYN; SANTOS, 2008	Discutir a relação entre saúde, doença e o espaço hospitalar, expondo pontos.	Descreve que o ambiente físico como um instrumento capaz de fortalecer os processos de saúde e acarretar consequências positivas para os usuários. Destaca aspectos do comportamento dos indivíduos e das políticas institucionais que correspondem a determinados ambientes e/ou elementos arquitetônicos: controle da mobilidade e da interação social/privacidade; suporte social; acesso à natureza e distrações e condições físicas satisfatórias de temperatura, iluminação, ruído, odores.

Tabela 5 - Aspectos da ambiência associados a humanização na assistência hospitalar. Brasil, 2022.

AUTOR	OBJETIVO	NOVIDADES
BRITO; CARVALHO, 2010	Identificar o conceito de humanização e levantar os aspectos que contribuem e dificultam a humanização da assistência hospitalar, segundo a opinião de pacientes oncológicos.	Os principais fatores que facilitaram a humanização da assistência envolveram: carinho, simpatia, compreensão do momento, respeito e qualidade no atendimento. Os fatores negativos mais citados foram o mau humor dos profissionais, o barulho, a interrupção do sono e o excesso de idas ao quarto do paciente.
PROCHET; SILVA, 2012	Identificar os fatores ambientais que interferem na comunicação do profissional da saúde com o idoso.	Os fatores ambientais mais citados que interferem na comunicação com idoso foram: ruídos e barulhos, ocupação e organização do espaço, luminosidade, cores, temperatura e ventilação e condições higiênicas. Utilizar os fatores ambientais como uma possibilidade efetiva de assistência é importante e real, pois ela interfere no bem-estar do idoso, na sua recuperação e no relacionamento entre o binômio profissional-idoso.
RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014	Identificar e analisar a produção de conhecimento sob a perspectiva da ambiência, ou seja, as estratégias que as instituições de saúde têm implementado para humanizar a assistência à criança hospitalizada na unidade pediátrica.	As estratégias encontradas por este estudo, ao contribuírem para melhorar a assistência à criança hospitalizada, evidenciam a ambiência. O autor discorre acerca do desinteresse dos pesquisadores em investigar a humanização do ambiente hospitalar. Considera o declínio ocorrido nos últimos anos e a pouca expressão quantitativa das publicações acerca da temática de humanização do ambiente de pediatria, ressalta-se a necessidade de investimento em pesquisas e publicações para que

		não ocorra a invisibilidade da PNH
BERGAN et al., 2009	Investigar os aspectos da arquitetura e ambiente construído no processo de humanização do hospital pediátrico e sua influência na recuperação da criança hospitalizada.	Nesse estudo as questões referentes à humanização encontram-se apenas na periferia, sugerindo a incipiência do processo de implantação das políticas ministeriais. A contribuição da arquitetura à saúde infantil mostrou-se essencial neste trabalho, e permitiu uma análise dos com a confirmação da sua importância para a concepção de projetos arquitetônicos de ambientes de saúde para a criança.
BATES, 2018	Compreender a implementação da Humanização nos ambientes hospitalares por meio do significado de humanização e aprofundar a linguagem da "humanização" e sua história.	Discorre sobre a necessidade de aprofundar o conceito e humanização e discute a tecnologia propulsora da humanização na saúde foi a tecnologia, como forma de evitar a desumanização.

Tabela 6 - Perspectivas de profissionais frente a ambiência hospitalar, humanização e o âmbito de trabalho. Brasil, 2022.

AUTOR	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
NETO et al., 2011	Mensurar os níveis de ruídos de uma unidade de terapia intensiva da cidade de Recife e avaliar sua percepção pelos profissionais da unidade.	A PNH não é citada, mas considera a humanização da assistência hospitalar e o elemento da confortabilidade para os profissionais de saúde. Ruídos. Os profissionais percebem o ambiente como ruidoso, mas apenas 50,7% destes acreditam que essa exposição seja prejudicial à saúde. Por fim, evidencia-se que os altos níveis de ruído na UTI interferem na saúde de profissionais e pacientes.
SILVA et al., 2011	Mensurar os níveis de ruído em diferentes turnos	O elemento da confortabilidade: ruído foi estudado em setores de serviços,

	da lavanderia do Hospital São Paulo (HSP) e prestar esclarecimentos sobre a saúde e a conservação auditivas aos funcionários e supervisores do setor.	onde a humanização dos espaços é pouco observada. Os níveis de ruído encontrados variaram entre 70 e 101 dB NPS, estando estes muito acima do permitido
NASCIMENTO et al., 2015	Conhecer como os profissionais de enfermagem percebem a ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso.	A análise da percepção dos profissionais de enfermagem acerca da ambiência de uma emergência hospitalar, para o cuidado ao idoso, evidenciou que os mesmos reconhecem diversas fragilidades no atendimento. Maiores relatos sobre: Sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, bem como inadequações da estrutura física para o cuidado à população idosa, o que por sua vez dificulta as ações de enfermagem e limitada independência do idoso dentro de seus potenciais
DODOU et al., 2017	Conhecer a percepção de profissionais da saúde sobre o ambiente de trabalho da sala de parto e sua interface com a humanização da assistência.	As condições favoráveis no ambiente de trabalho estudado que propiciavam bem-estar e satisfação dos profissionais foram: a integração da equipe na sala de parto, a competência dos profissionais e a política de humanização adotada pela instituição para nortear o atendimento. E as dificuldades associadas à infraestrutura física deficiente, falta de materiais e manutenção de equipamentos e, em alguns casos, dificuldade para se trabalhar em equipe, além da resistência de alguns profissionais em agir de acordo com a política de humanização da instituição.
NETO et al., 2013	Descrever as percepções dos enfermeiros de um pronto-socorro para pacientes adultos acerca da humanização e	Os profissionais entendem os conceitos ampliados de humanização e acolhimento. No que se refere ao processo de acolhimento, é perceptível que o grupo de

	acolhimento com classificação de risco.	profissionais estudado afirma que ele não está limitado apenas a receber bem, mas sim ofertar a garantia de uma assistência completa, resolutiva e com continuidade.

Tabela 7 - Arquitetura e saúde. Brasil, 2022.

AUTOR	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
ANÁKER et al., 2017	Resumir como um conceito (qualidade de design) é entendido e usado em uma área específica (ambiente físico de saúde, por exemplo, arquitetura e ambiente construído).	O conceito de qualidade do design em arquitetura na saúde deve ser claro e explicito de forma a atender não somente a complexidade construtiva como pacientes e profissionais de saúde A revisão explorou o conceito de qualidade de design em relação a ambientes de saúde e resultou em uma taxonomia que contém temas e uma ampla gama de termos utilizados na literatura que consideram a qualidade do design em ambientes de saúde.

6 DISCUSSÃO

Os 22 estudos relacionados apresentaram evidências da importância da humanização nos ambientes hospitalares e parte desses artigos abordaram a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde - SUS, sob a ótica da ambiência, e os impactos da sua implantação nos ambientes hospitalares brasileiros.

Algumas observações se fazem importantes sobre os artigos que integram esse estudo: dos 22 artigos, 15 (68%) foram desenvolvidos no Brasil e desses, 09 (60%) citam ou discorrem sobre a PNH ou algum aspecto relacionado à ambiência e 06 (40%) abordam os elementos construtivos e soluções arquitetônicas e 14 (93,3%) sobre algum elemento construtivo presente na confortabilidade.

De um total 07 artigos de outros países, todos discorrem acerca da importância dos espaços de saúde, bem-estar dos pacientes e sobre elementos construtivos de projetos que estão presentes no eixo da ambiência conhecido como confortabilidade. Ressalta-se que apenas 02 do total de artigos, abordam a humanização.

Mesmo tendo em vista que alguns artigos selecionados nas bases de dados retratam realidades de outros países, faz-se necessário informar que de todos os 22 artigos, apenas 08 artigos referem-se à PNH sob a ótica da confortabilidade, inter-relacionando a contribuição da arquitetura e os elementos de projeto como fatores importantes na implantação ou implementação das diretrizes da ambiência dos espaços de saúde estudados. Tal situação reforça o quanto a ambiência tem estado invisível, para boa parte dos gestores e profissionais de saúde.

Esses artigos indicam que o olhar da PNH enquanto política transversal é ampliado e que a ambiência se relaciona não somente com a arquitetura, mas também com a saúde do usuário, com o atendimento e o cuidado humanizado e o olhar do profissional de saúde.

Costa, Pessatti e Oliveira (2015) defendem que a constituição de ambientes saudáveis afeta diretamente na produção de saúde, bem como na relação entre os indivíduos que compõem este espaço. Tem-se a ambiência em saúde como uma produção indissociável à produção de saúde em busca de avanços qualitativos no âmbito do SUS.

O termo ambiência, não está contemplado no Decsmesh, o que impediu a inserção do termo como um descritor, e consequentemente de fazer parte na extração para a busca de dados. Ressalta-se que no Novo Dicionário Aurélio, a Ambiência “é o espaço arquitetonicamente organizado e animado, que constitui um meio físico e, ao mesmo tempo, meio estético ou psicológico, especialmente preparado para o exercício de atividades humanas” (FERREIRA, 1999, p.117) e faz-se necessário a futura inclusão do termo para o aprofundamento de novas pesquisas.

Ainda que o termo não tenha sido incluído na busca de dados, é parte fundamental para a PNH. Desta forma, a ambiência é vista como a diretriz espacial para as demais que compõem a PNH, uma vez que envolve o espaço físico, social,

profissional e as relações com a saúde estruturada em três eixos cruciais: espaço de encontros entre os sujeitos, produção de saúde e de subjetividades; ferramenta facilitadora do processo de trabalho; o espaço que visa a confortabilidade (COSTA; PESSATTI; OLIVEIRA, 2015).

O primeiro eixo que traz a visão de otimizar um espaço e torná-lo mais acolhedor, corrobora o papel preponderante da arquitetura para o acolhimento e humanização do cuidado. Tais discussões podem ser observadas principalmente, nos artigos selecionados na tabela 5, que exploram o aspecto da ambiência e sua inter-relação com a humanização na assistência hospitalar.

O segundo eixo considera os elementos de confortabilidade, compreendidos na arquitetura como elementos projetuais, que são as ferramentas disponibilizadas aos profissionais de arquitetura e design para que as utilizem nos espaços de saúde com o intuito de contribuir no estado de saúde do paciente hospitalizado, conforme discorrem os artigos da tabela 4, que tratam da interferência do espaço físico no estado de saúde do paciente hospitalizado.

Alguns artigos incluídos nesse estudo, consideram os elementos da confortabilidade da ambiência, mesmo sem a implementação da PNH em seus serviços de saúde, alguns deles, fora do Brasil. Os elementos projetuais evidenciados para instalações físicas de ambientes de saúde não são exclusividade da PNH, se alinham ao conhecimento da corrente dos ambientes terapêuticos, ambientes restauradores, do design baseado em evidência (EBD) avaliado e revisado por Ulrich (2008), conforme descreve Pizolatto (2014).

Já o terceiro eixo proposto pela ambiência, que são os espaços de encontro entre sujeitos (profissionais de saúde, usuários, gestores, comunidade) são fortalecidos com a contribuição da arquitetura, analisados sob as perspectivas dos usuários e principalmente dos profissionais de saúde e suas contribuições, conforme tabela 6.

A tabela 7 apresenta um artigo que não cita a PNH, entretanto possui alinhamento conceitual em suas estratégias quando discute a necessidade de clareza do conceito do design hospitalar que deve atender não somente a complexidade construtiva do ambiente hospitalar, como também a pacientes e profissionais de saúde.

Será apresentada abaixo a caracterização dos artigos consultados e as estratégias descritas pelos pesquisadores acerca da ambiência, enquanto dispositivo de humanização dos espaços e relações, e como essas estratégias estão contempladas nos ambientes hospitalares

6.1 INTERFERÊNCIA DO ESPAÇO FÍSICO NO ESTADO DE SAÚDE DO PACIENTE HOSPITALIZADO

O papel do ambiente para o processo de restabelecimento dos pacientes esteve presente em estudos multidisciplinares anteriores e concomitantes ao surgimento da PNH em 2003.

Conforme Toledo (2004), estudos acerca da humanização dos espaços de saúde surgiram com o intuito de restaurar a conexão entre saúde e arquitetura, que no sec. XX ficou em segundo plano, com o avanço dos procedimentos tecnológicos da medicina e a convicção de que os ambientes serviam apenas como espaço de auxílio para as práticas curativas.

Os debates ocorridos previamente à PNH, conforme Benevides e Passos (2005) tinham como premissa humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS e se fortaleceram mediante os variados estudos sobre humanização que contribuíram para a concepção da PNH.

Segundo Costeira (2004) *apud* Soethe e Leite (2015) os hospitais do futuro serão baseados nos direitos e aspirações do usuário do sistema de saúde, de acordo com os resultados apontados pela arquiteta norte americana Jain Malkin, em seus estudos do Design Baseado em Evidências – EBD.

Soethe e Leite (2015) apresentam seis recomendações para projetos arquitetônicos em ambientes de saúde propostos por Costeira (2004), resumidamente, dentre eles: acolhimento ao paciente (conforto, sinalização conveniente, áreas especiais para crianças e acompanhantes, etc.), informatizar os estabelecimentos de saúde, promoção da saúde da população, flexibilização das estrutura física para futuras ampliações, humanização dos ambientes de forma a serem capazes de reduzir fatores estressantes, tendo como foco as necessidades

do paciente, respeito à individualidade e integração com a natureza. Tais recomendações estão em sintonia com as premissas da ambiência.

Tais premissas também foram abordadas nas pesquisas de Roger Ulrich, que abordou a evidência de três fatores para redução de stress e promotores de bem-estar para o usuário: controle do ambiente, suporte social possibilitado pelo ambiente e distrações positivas do ambiente, conforme nos relata Vasconcelos (2004)

Vale ressaltar que esses estudos possuem bases teóricas diferentes. Nesse contexto, a humanização, que ganhou força ao longo dos anos, se confirma como uma necessidade para renovação dos espaços hospitalares, tanto do ponto de vista das relações sociais quanto no processo de elaboração de projetos arquitetônicos e Lukiantchuki e Souza (2012) afirmam que isso é consensual. Entretanto, observou que não há um conceito unificado de humanização de espaços hospitalares adotados por arquitetos que desenvolvem projetos no Brasil.

O foco desse estudo não é aprofundar o conhecimento de cada uma das correntes adotadas pelos arquitetos ao desenvolverem seus projetos, no entanto é interessante notar os três mais recorrentes aspectos metafóricos dos discursos sobre os conceitos de humanização compreendidos pelos arquitetos, de uma maneira geral e elencados por Lukiantchuki e Souza (2012). Afirmam que são as seguintes metáforas: o hospital hotel, que se alinha ao perfil da arquitetura norte americana, a da natureza/obras de arte, que compara o hospital ao lar e por último da figura do espaço urbano e do convívio social.

Observa-se que Lukiantchuki e Souza (2012) em seu artigo não citam a PNH, num aparente desconhecimento ou não valorização do conceito de humanização proposto pela política, entretanto ambos os hospitais que exemplificam no artigo sobre a qualidade da ambiência e humanização em seus atendimentos e serviços, que são o Centro Infantil Boldrini em Campinas – SP e o Centro de Reabilitação Infantil Sarah Kubitschek, atendem o SUS e são exemplos de boas práticas da humanização.

Tendo em vista que os estudos da tabela 4 tratam dos efeitos que o ambiente traz para o paciente/usuário, salta aos olhos o fato que desse grupamento de artigos, Freitas et al. (2013) e Vianna et al. (2008) abordam a PNH, sob a ótica da

ambiência e conferem aos elementos da confortabilidade a possibilidade de contribuir e fortalecer os processos de saúde e trazer consequências positivas para os pacientes/usuários.

Freitas et al. (2013) trazem a ambiência como ferramenta para promoção do cuidado e do acolhimento, além de considerar o conforto uma peça fundamental para a promoção e recuperação da saúde das pessoas, e considera a PNH e seus documentos oficiais se vinculam com o que se preconiza na narrativa da Enfermagem acerca da promoção de ambientes de cuidado e se aproximam da teoria Ambientalista de Florence Nightingale, cujo pensamento é fortemente ligado à história e prática da profissão.

Vianna et al. (2008) destacam que o ambiente físico como um instrumento fortalecedor dos processos de saúde com consequências positivas para os usuários, além de elencar elementos que contribuem para isso como interação social/privacidade, acesso a natureza, conforto ambiental, entre outros.

Heidemann et al. (2011) e Garcia et al. (2013) não abordam seus trabalhos na perspectiva da PNH, contudo retratam a humanização da assistência nos estudos realizados no Brasil, com foco no conforto ambiental enquanto promoção do bem-estar do paciente.

Enquanto Heidemann et al. (2011) identificaram os principais fatores geradores de stress em pacientes internados em Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas da UNICAMP e o estudo identificou que o elevado nível de ruído e o afastamento da família foram os maiores responsáveis pela percepção do stress dos pacientes internados. Garcia et al. (2013) apresentam um relato de experiência com a criação de um quarto ideal por estudantes de arquitetura, para pacientes em cuidados paliativos de um hospital no Maranhão, cujo principal objetivo foi proporcionar a qualidade de vida para um paciente (e sua família) sem possibilidade de cura, por meio de ambientes acolhedores e aconchegantes. A intervenção do espaço físico na saúde do paciente se utiliza de elementos de projeto que agregam conforto ambiental e outras ferramentas que se apresentam como contribuintes no cuidado preventivo e terapêutico.

Moura e Moreira (2005) e Boccanera et al. (2006) desenvolveram suas pesquisas também no Brasil, e apesar de não abordarem a PNH, seus estudos

tiveram como público-alvo os usuários de hospitais públicos e sugerem a importância das percepções dos pacientes e profissionais de saúde acerca do ambiente que os cercam.

Moura e Moreira (2005) sugerem que as melhorias no ambiente físico interferem no atendimento e avaliou fatores determinantes de bem-estar e mal-estar aos pacientes na instituição pública Hospital Geral de Bonsucesso no Rio de Janeiro. Os fatores citados no estudo são parte dos instrumentos para recuperação dos pacientes que se submetem a quimioterapia.

Dentre os principais de bem-estar: atitude carinhosa da equipe, conforto na sala de aplicação de quimioterapia e de mal-estar foi o desconforto na sala de espera. E como Freitas et al. (2013), buscaram

Boccanera et al. (2006) analisaram as percepções quanto às cores utilizadas no ambiente de três UTI em Goiânia- GO. Consideram a cor como um evento que pode ou não ser interpretado pelo indivíduo e pode ser um fator estressor ao agir como um estímulo constante. Discorrem sobre a possível influência das cores nos ambientes terapêuticos, apresenta os dados coletados com as cores mais agradáveis: o azul claro, o branco e o verde claro e as mais desagradáveis ao ambiente o vermelho e o preto, assim como o branco.

Os elementos da confortabilidade são ferramentas do design/arquitetura hospitalar e podem não necessariamente tratar a doença, mas atuam de forma importante nas estratégias de cuidado preventivo e terapêutico. Esses elementos foram observados nos artigos e o quadro abaixo apresenta os cinco mais estudados nos artigos selecionados.

Quadro 01- Os 5 elementos da confortabilidade mais observados nos artigos lidos na íntegra. Brasil, 2022.

CLASSIF.	ELEMENTOS DA CONFORTABILIDADE	CONCEITUAÇÃO: SIGNIFICADOS SOB A ÓTICA DA AMBIENCIA.
1º	PRIVACIDADE E INDIVIDUALIDADE	Diz respeito à proteção da intimidade do paciente, seja por meio de divisórias, cortinas e outros itens que permitam privacidade e ao mesmo tempo integração ao processo de trabalho. E a individualidade cuidados no projeto ao criar ambientes que preservem sua identidade.
2º	SOM	Conforto sonoro. Ruídos que podem ser

		controlados, música ambiente em alguns espaços, proteção acústica. Uso da música .
3º	LUZ	Conforto lumínico: Iluminação seja natural ou artificial e se caracteriza pela incidência, qualidade e quantidade
4º	ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA	Confortabilidade CONFORTO SOB OUTRO ASPECTOS, quartos com janelas, sanitários limpos e bem cuidados, boa circulação, corrimãos e outros, que podem ser citados tais como, instalações sanitárias adequadas, bebedouros, limpeza
5º	COR	As cores estimulam os sentidos e podem encorajar ao trabalho, ao relaxamento, ao movimento ou a divertimento.

Soethe e Leite (2015) afirmam a importância dessas ferramentas ao compreender a qualificação do espaço construído na promoção do conforto físico e psicológico do usuário para efetuar suas atividades através de ambientes que provoquem sensação de bem-estar e, além disso, como o usuário do espaço percebe os elementos do ambiente e como irá influenciá-lo.

Ressalta-se novamente as ideias de Roger Ulrich e nos fatores que consolidou como importantes para agir a favor ou contra enfermidades físicas e psíquicas, de acordo com Vasconcelos (2004), quais são: controle do ambiente, suporte social possibilitado pelo ambiente e distrações positivas do ambiente e foi meio desses três fatores que Ulrich aventou uma estrutura organizada para redução de stress.

O controle do ambiente trata-se da possibilidade em controlar o ambiente imediato, a sensação de controle influenciará no nível de stress dos pacientes, já fragilizados nos aspectos físicos e psicossociais. Então, controlar o som, a iluminação, quando possível, contribui para a sensação de autonomia.(Vasconcelos,2004)

O suporte social pode ser resumidadmente descrito como uma interação social e também privacidade quando necessário. Considera-se aqui a importância do contato frequente com familiares, amigos, com seus valores culturais que irá refletir em benefícios para seu estado físico e emocional.

Já as distrações positivas são formadas por elementos do ambiente que provocam sentimentos positivos, estímulos que irão favorecer ao paciente o

esquecimento temporário da doença. Vasconcelos (2004) alerta que a dosagem exata de estímulos não é tarefa fácil de realizar, dada a necessidade de se conhecer bem as características do público alvo a ser atingido, como exemplo, idade, sexo, nível cultural e social e as atividades possíveis de se desenvolver no local.

Essas evidências podem ser observadas nos estudos de Anderson (2018), Drahota et al. (2012), Walker 2016, Fricke et al. (2018) e Anderson (2018) onde a arquitetura em si mesma não é uma cura, mas o projeto hospitalar pode ser uma das ferramentas de cura e que arquitetos precisam criar projetos que evidenciem o bem-estar.

Esses últimos desenvolveram seus estudos fora do Brasil, portanto sem a presença da PNH, tal informação somente reforça que as evidências sobre a ambiência vão além da PNH e envolvem outras áreas que desenvolvem suas pesquisas para as necessárias confirmações científicas.

Drahota et al. (2012) discorreram sobre: defesas e críticas quanto às evidências de mudanças no ambiente físico que podem influenciar positivamente os resultados dos pacientes. Afirma que mesmo com disparidades dos modelos explicativos e alguns estudos controversos em suas áreas, são complementares nos princípios gerais de que ao remover estressores ambientais e utilizar o ambiente para acalmar, distrair e provocar emoções positivas repercute positivamente para a saúde. Cita a música como meio de reduzir ansiedade, mas não encontrou suporte para confirmar alteração nos resultados fisiológicos e/ou redução do consumo de medicamentos, nesse caso.

Estudos mais recentes como de Walker (2016) mostra que alguns elementos de confortabilidade contribuem para a experiência do paciente no quarto individual, tais como: o ruído, que afeta os resultados dos pacientes no hospital; assim como a melhor privacidade e confidencialidade. A interação social e o apoio de potenciais colegas de quarto não supera o aumento do estresse de um paciente perturbador ou barulhento. Observa que por questões profissionais, os enfermeiros demonstram forte preferência pelo layout tradicional das enfermarias.

Já Fricke et al. (2018) apresentaram que o design de ambientes de saúde influencia na recuperação de pacientes, principalmente nas de doenças psiquiátricas. Afirma que o acesso à luz do dia e à natureza, o nível reduzido de

ruído e uma atmosfera de privacidade são elementos presentes nos estudos. Pacientes psiquiátricos se beneficiam de estruturas de espaço que fortalecem as inter-relações sociais adequadas.

Ainda relata evidências limitadas sobre o design de uma sala de parto, no entanto identificou 4 aspectos que estimulam positivamente os resultados físicos e emocionais, tanto maternos quanto neonatais: (1) meios de distração, conforto e relaxamento;(2) elevação da temperatura da sala de parto;(3) características de familiaridade e (4) diminuir um ambiente tecnocrático.

Hospitais com estruturas projetadas com características que remetem ao lar/casa do usuário, ou seja, espaços com uma ambiência agregadora e motivadora, ultrapassam o contexto de hospital-doença para casa-hospital, possibilitando um ambiente de troca de saberes e experiências que promova saúde, conforto e alívio aos envolvidos (OLIVEIRA et al., 2022)

Observa-se que a ambiência na PNH absorveu os elementos construtivos e soluções estudadas na psicologia ambiental e em outras teorias que tratam dos aspectos da humanização nos ambientes de saúde, principalmente na assistência hospitalar e os trouxe para a para o debate, sob o eixo da confortabilidade, sem perder de vista o aspecto da produção de saúde coletiva.

6.2 ASPECTOS DA AMBIÊNCIA ASSOCIADOS A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A ambiência como uma das diretrizes constituintes da PNH, insere-se em uma política pública que orientou uma visão mais ampliada de saúde, voltada para uma construção coletiva, cujo propósito, conforme Ribeiro (2015) é oferecer ao usuário um tratamento digno, solidário e acolhedor, não somente como direito, mas reconhecidamente uma conquista de cidadania e aos profissionais de saúde ofertar a oportunidade de resgatar o sentido das suas práticas e o valor em trabalhar num Estabelecimento de Saúde.

Nos estudos de Bergan et al. (2009), Brito e Carvalho (2010) Prochet e Silva (2012) e Ribeiro et al. (2014) verificou-se um aprofundamento acerca da humanização da assistência, com ênfase na ambiência e como a implementação

dessa estratégia se mostrou importante na construção do processo de saúde dos locais onde foram utilizadas.

Chama atenção que Ribeiro et al. (2014) que observaram que o período em que mais se produziu obras sobre a PNH foi em 2009, exatamente o ano de realização do 2º Seminário Nacional de Humanização, cujo objetivo foi dar visibilidade às iniciativas bem-sucedidas na área. Entretanto, nos anos seguintes houve um declínio que culminou em total ausência de publicações em 2012 e as autoras responsabilizam tal situação à ausência de eventos de âmbito nacional que fomentassem a publicação de novos artigos. Esse fato reforça a necessidade de constantes estudos e produção de conhecimento, para que com o apoio da academia, a humanização seja incluída nas pautas e seja um dispositivo de mudança.

Bergan et al. (2009) basearam seu estudo na teoria da Representações sociais, de Serge Moscovici, em 1961 na Psicologia Social, para compreender as relações entre o indivíduo e o ambiente de saúde que ele ocupa e então apontar aos projetos arquitetônicos hospitalares as soluções que possibilitem a qualidade de vida e principalmente que busquem espaços de contribuição para a cura no processo de humanização de hospitais pediátricos.

Brito e Carvalho (2010), buscaram aprofundar o conceito de humanização sob o olhar dos pacientes oncológicos de longa permanência no Hospital Israelita Albert Einsten – São Paulo e verificaram a necessidade da humanização pela perspectiva dos pacientes, cujo conceito de humanização se dá pelo resgate da vida humana além do cuidado e do atendimento de qualidade. Identificaram fatores que facilitam e dificultam a humanização da assistência, dentre as principais dificuldades estavam o relacionamento com a equipe (mau humor), não ser atendido e barulho. Já os fatores que facilitaram foi o carinho e compreensão.

Prochet e Silva (2012) afirmam que os fatores ambientais são uma possibilidade efetiva de assistência importante e real, pois interferem no bem-estar do idoso, na sua recuperação e no relacionamento entre o binômio profissional-idoso.

Ribeiro et al (2014) analisaram, à luz da ambiência o que tem sido implementado pelos estabelecimentos de saúde para consolidação da humanização

a assistência da criança hospitalizada e aferiram que nos artigos analisados há uma melhora na assistência à medida que a ambiência é aplicada, e como sua implantação colaborou para a reestruturação do processo de produção de saúde. A utilização da música, da leitura de contos infantis, o cuidado compartilhado com a família, a arquitetura enquanto provocadora da interação social e privacidade das crianças, e essencial na criação de espaços projetados para o público-alvo, como auxílio no processo de cura.

Para corroborar as mudanças propostas às práticas de saúde, na compreensão do processo de saúde-doença e no processo de trabalho dos estabelecimentos de saúde, as estruturações dos espaços físicos revelam-se influenciadores nos modos de estar, ocupar e trabalhar no processo saúde-doença, na administração, planejamento e nos modelos de atenção e gestão em saúde. Assim, a ambiência nasce da necessidade de maior atenção à necessidade e complexidade na integralidade da assistência (COSTA; PESSATTI; OLIVEIRA, 2015).

A ambiência é visualizada como uma inovação adotada em novas tecnologias, novidades ou aperfeiçoamento do âmbito de trabalho, sendo este produtivo ou social, onde possa gerar novos produtos, processos e serviços, indo de encontro com sua ideologia de prover uma atenção acolhedora, resolutiva e humanizada aos usuários (BENDER; PETRY, 2019).

Vale ressaltar que o significado da humanização foi objeto de estudo de BATES (2018), onde discorre sobre a necessidade de aprofundar o conceito de humanização e lembra que os propulsores da humanização na saúde foram os avanços tecnológicos da medicina, como forma de evitar a desumanização na saúde. Afirma que o termo diminuiu um pouco sua pungência social e política, mas continua a ser uma característica regular do Design centrado no humano e na literatura científica estudada por ela no Reino Unido.

A humanização na PNH busca mudanças nas práticas de saúde, na compreensão do processo saúde-doença, no processo de trabalho e constitui-se em uma política pública que se associa diretamente aos princípios do SUS: a transversalidade; indissociabilidade entre a atenção e gestão e o protagonismo (COSTA; PESSATTI; OLIVEIRA, 2015)

Dessa forma, sendo a ambiência entrelaçada aos processos de produção em saúde, não é possível analisá-la apenas sob o aspecto dos elementos construtivos do ambiente físico, do acolhimento resolutivo para uma atenção integral, como afirma a PNH. É necessário que se considere a participação e protagonismo de uma peça fundamental para o funcionamento de toda a engrenagem, que são os profissionais de saúde, por meio de sua participação efetiva na estruturação de processos de trabalho e nas mudanças das condições e ambientes de trabalho.

6.3 PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS FRENTE À AMBIÊNCIA HOSPITALAR, HUMANIZAÇÃO E O ÂMBITO DE TRABALHO.

O terceiro eixo da ambiência na PNH orienta que o espaço deve ser uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, deve favorecer a otimização de recursos disponíveis ao profissional de saúde, possibilitar o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010).

A partir desse entendimento, pode-se afirmar que a valorização da ambiência passa pela estruturação dos ambientes de trabalho, numa perspectiva, conforme Costa, Pessatti e Oliveira (2015), de construção coletiva e participativa que visa a mudança de ações dos processos e relações de trabalho.

O recorte dessa pesquisa priorizou o eixo da confortabilidade e os aspectos da arquitetura nos ambientes hospitalares, entretanto o próprio conceito ressalta a indissociabilidade dos três eixos na composição da ambiência e afirma que essa subdivisão é didática, pois a ambiência discutida isoladamente não modifica processos de trabalho, conforme nos esclarece os textos da experiência da ambiência na PNH (BRASIL,2017).

Os projetos de infraestrutura baseados na ambiência consideram alterações no espaço físico, análises e problematizações sobre suas ocupações e sobre os processos de trabalho. É um projeto que incorpora especialistas em edificações, trabalhadores dos serviços, usuários, gestores, entre outros sujeitos que podem dar detalhes sobre os modos de ocupar e atuar no âmbito em questão, uma vez que agrega todos os envolvidos (COSTA; PESSATTI; OLIVEIRA, 2015).

Dos artigos compilados na tabela 3, Nascimento et al. (2015), Dodou et al. (2017) e Alcides Neto et al (2013) se propuseram identificar a percepção que os profissionais de saúde possuem acerca da humanização e ambiência em seus ambientes de trabalho. Observa-se que todos os serviços são localizados no Brasil, em serviços públicos de saúde municipais ou estaduais.

Os resultados apresentam grandes diferenças de compreensão e conhecimento acerca da PNH, por conseguinte da ambiência. Em Nascimento et al., 2015 ao discutir a percepção de enfermagem de uma emergência hospitalar para o cuidado a idosos, trouxe a perspectiva da ambiência como o espaço físico, tecnológico e de relações interpessoais que visa um cuidado com conforto focado na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos.

O estudo evidenciou que os profissionais de saúde desse serviço reconhecem diversas fragilidades no atendimento. Maiores relatos foram acerca da sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, bem como inadequações da estrutura física para o cuidado à população idosa, o que por sua vez dificulta as ações de enfermagem e limita a independência do idoso dentro de seus potenciais.

Dodou et al. (2017) possibilitaram a compreensão acerca das percepções das condições de trabalho vivenciadas por servidores sobre os processos de humanização e de acolhimento no contexto do trabalho em urgência e emergência de um hospital referência que adota a Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN. Ressalta-se que os profissionais apontaram a PHPN como positiva por para um bom ambiente de trabalho e para a qualidade das relações entre profissionais e usuários. Por outro lado, foram sinalizadas dificuldades quanto à deficiência da infraestrutura física, à falta de materiais e manutenção de equipamentos para exercer a humanização com adequadas condições de trabalho.

Os mesmos autores indicam a dificuldade de se trabalhar em equipe e na mudança de postura profissional condizente com a política de humanização adotada pelo serviço, o que reafirma a complexidade da implantação da PNH, que não se viabiliza sem a atenção necessária também aos profissionais envolvidos e a atendimento de suas necessidades para o efetivo exercício das duas atividades.

Essa consideração se reforça em Alcides Neto et al. (2013), onde o estudo comprovou que nenhum profissional de saúde demostrou segurança em falar da

PNH, bem como conhecimento completo a respeito da política ao serem questionados em entrevistas, mesmo conhecendo e utilizando a classificação de risco, que é um dos instrumentos da humanização e acolhimento aplicados no Pronto Socorro do hospital público e estadual localizado em Natal –RN.

Já nos estudos de Rui Neto et al. (2011) e SILVA et al. (2011) não se observou discussões voltadas para a PNH, ambos tiveram como objetivos identificar níveis de ruído nos ambientes hospitalares de um a Unidade de Terapia Intensiva num hospital em Recife-PE e de uma lavanderia do Hospital São Paulo (HSP)- SP e avaliar a percepção que os profissionais desses locais tinham acerca desses fatores de desconforto ambiental.

Nota-se que as questões sobre a saúde dos trabalhadores foram identificadas, mas no contexto de comprovação do excesso de ruído como um fator de saúde e para a necessidade de intervenções para a melhoria do ambiente de trabalho, no entanto não houve a percepção acerca inserção da valorização dos profissionais de saúde do SUS, como preconiza a PNH em um dos seus objetivos.

NETO et al. (2011) buscaram avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre os efeitos da exposição prolongada ao barulho e teve como resultado que o os níveis de ruído estavam acima do permitido por norma e o alerta do impacto negativo desse excesso de barulho a longo prazo e que esse conhecimento pode incentivar os gestores do hospital a buscarem soluções.

Em SILVA et al. (2011) pode-se afirmar que o elemento ruído foi estudado num setor de serviço, lavanderia de um hospital, onde a humanização dos espaços é pouco observada ou estudada. Chama a atenção que a ambiência, enquanto estratégia transversal da PNH, envolve inclusive a saúde do trabalhador, mudanças nos ambientes e processos de trabalho e não foi citada nesse estudo.

Oliveira e colaboradores (2022) apontam que a ambiência envolve aspectos térmicos, acústicos, visuais, químicos, além de emoção, vínculo e empatia entre os usuários, profissionais e equipes. O valor da ambiência, em conformidade com a PNH é promover para profissionais de saúde para usuários e gestores, uma escuta mais qualificada, estabelecer melhores relações de vínculo, ambientes agregadores e geradores de saúde, estimuladores de esperança e de solidariedade, além de transformar a dinâmica do trabalho para o menos desagradável possível.

6.4 ARQUITETURA E SAÚDE

Soethe e Leite (2015) recordam que a arquitetura foi a primeira arte a ocupar-se do hospital. A ideia de que o doente necessita de cuidados e abrigo é anterior à possibilidade de lhe dispensar tratamento médico

Não cabe aqui discorrer sobre a história dos hospitais e da arquitetura hospitalar, mas o processo de humanização surge exatamente quando o edifício hospitalar tipo monobloco vertical e o avanço dos procedimentos tecnológicos na medicina secundarizaram os aspectos emocionais focados nas relações, conforme discorre Toledo (2004).

Com o conceito de humanização há o resgate de atributos enfatizados por Florence Nightingale no Século XIX de ventilação, saneamento, controle de ruído e da luz, conforme lembra Vasconcelos, 2004, e abordados por exemplo, nos estudos analisados de Moura e Moreira (2005), Brito e Carvalho (2010), Prochet e Silva (2012) e como parte do título do estudo em FREITAS et al. (2013).

Paralelamente aos debates sobre humanização e ambiência exaustivamente descritos, que culminaram com a PNH a partir de 2003, o Design Baseado em Evidências ou *Evidence-based design* − EBD, presente nos estudos de Anáker et al. (2017), toma força nos EUA e países da Europa a partir dos anos 2000. O EBD é um conceito estabelecido para abordagens na melhoria do processo da arquitetura em saúde conforme Hamilton e Watkins (2009), apud Anaker et al. (2017) e enfatizam a centralidade no ser humano e no bem-estar do paciente e na colaboração.

O estudo de Anáker et al. (2017) se debruçou para explorar conceitos importantes para a arquitetura em saúde. Destarte o estudo ter sido realizado na Suécia, realidade diferente da brasileira, e por sua vez distante da PNH e do conceito de ambiência, se faz importante apresentar seus resultados para contribuir nas discussões necessárias aos arquitetos que se deparam com projetos de ambientes hospitalares e compreender as diversas abordagens da arquitetura em saúde.

Anáker et al. (2017) revelam a importância do projeto de arquitetura em saúde se basear nas melhores informações disponíveis de pesquisa e avaliações

confiáveis de projetos para que atendam às complexas necessidades da área da saúde. Afirma ainda que, conceitos claros precisam ser desenvolvidos para permitir melhor operacionalização desse bom design e assim contribuir para os resultados esperados na área da saúde de espaços acolhedores, acessíveis, que apoiam a privacidade e a segurança.

Em seus estudos subdividiu em três temas principais, conceitos que estão presentes na literatura atual e enriquecem o conceito de qualidade no design na ótica da saúde.

Antes de explicitar brevemente cada um dos temas discutidos por Anáker et al.(2017), é crucial descrever a importância da Rede Sarah de hospitais, com projetos iniciados na década de 90 pelo arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé (1932-2014), dada sua contribuição no desenvolvimento de projetos humanizados, para uma rede de hospitais que atendem predominantemente o SUS.

Tal importância dessa contribuição se amplia ao observar que todos os conceitos elencados em três temas principais por Anaker et al. (2017) fazem parte das características arquitetônicas claramente visíveis nos projetos dessa rede de hospitais, mesmo com o excessivo viés tecnológico e descaso pelos ambientes hospitalares muito presentes na época em que os primeiros hospitais da rede foram construídos, conforme analisa Toledo (2004)

Seguem abaixo os três temas propostos por Anaker et al. (2017), seguidos por apontamentos de algumas características alinhadas aos hospitais da Rede Sarah, que possuem uma identidade visual e conceitual inconfundíveis:

1) a sustentabilidade ambiental e valores ecológicos: relacionados principalmente à incorporação de conceitos de design sustentável, princípios verdes, de criar ambientes de saúde curativos, com materiais de construção renováveis e com uso de energia verde, tais como painéis solares.

Os hospitais da rede Sarah, a exemplo da unidade Fortaleza (figura 01) com a valorização da iluminação ventilação naturais, assim como a criação de espaços verdes, proporcionam aos pacientes acesso a todas as áreas para as atividades de complementação terapêutica.

Figura 02 – Rede Sarah Fortaleza
Fonte: https://www.sarah.br/

2) as interações e valores sociais e culturais: diz respeito à capacidade de atender às necessidades humanas, seja do paciente (figura 03), do profissional de saúde e gestores e a arquitetura deve incorporar uma consciência de valores sociais, como o respeito, a dignidade e a humanização.

Essas características podem ser analisadas em todos os hospitais da rede Sarah, que pautam a integralidade, o cuidado, o acolhimento e seguem os preceitos de seu criador Aloysio Campos da Paz Júnior, que acreditava tratar os doentes e não as doenças, conforme relata Toledo (2004).

Figura 03 – Rede Sarah Rio de Janeiro
Fonte: https://www.sarah.br/

3) a resiliência da engenharia e construção civil: esse tema tem como conceitos a segurança, a eficiência, escala e a usabilidade do espaço. Além da introdução do conceito de flexibilidade do ambiente, que trata da possibilidade de não exigir novas construções em futuras mudanças e alterações no projeto original para as melhorias adicionais.

As unidades da Rede Sarah, como a unidade do Distrito Federal (figura 04) buscam atender tanto as mudanças tecnológicas quanto às ampliações futuras, seus espaços e instalações são flexíveis, de fácil manutenção.

Figura 04 – Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek Lago Norte, Brasília/DF.
Fonte: Image © Nelson Kon - https://www.archdaily.com.br/

Os aspectos abordados no temas de Anáker et al. (2017) se assemelham aos aspectos da ambiência, sob a ótica da confortabilidade, mesmo sendo o EBD uma metodologia que segue uma lógica diferente da proposta da PNH.

A proposta da PNH é ofertar ao trabalhador da saúde/profissional da saúde/colaborador o resgate da prática humanizada e ao usuário um tratamento digno, solidário e acolhedor não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania (RIBEIRO, 2015).

Pesquisas atuais revelam que a hospitalidade em âmbito hospitalar afeta de maneira significativa o tratamento e a recuperação do paciente, amenizando o sofrimento do enfermo e de seus familiares, uma vez que é imprescindível a importância que os sofrimentos destes sejam respeitados e tratados de forma humanizada, transmitindo segurança e cuidado na assistência profissional. Neste contexto, nota-se a crescente atuação nas instituições hospitalares em busca de oferecer melhores condições de conforto, praticidade, qualidade e segurança aos pacientes. Por isso, enfatiza-se o valor de investir na ambiência ao passo que esta

estabelece considerável bem-estar ao usuário (BRANDÃO; DAMAZIO; MOREIRA, 2021).

A PNH tem o compromisso de transformação da ambiência, descritas em suas estratégias, dispositivos e eixos. Aposta nas propostas de melhorias nas condições de trabalho e de atendimento, legitimam o humano das pessoas envolvidas, seja ela usuária, familiar ou o próprio profissional (RIBEIRO, 2015)

É indubitável que a ambiência, mesmo não integralmente implantada nos ambientes hospitalares, interfere de forma significativa na assistência humanizada ao paciente hospitalizado, bem como no seu processo de recuperação.

Um exemplo é proposta de intervenção abaixo (figura 05), em fase de anteprojeto arquitetônico, elaborado por essa pesquisadora, que buscou atender o aspecto da ambiência, ao desenvolver uma área de vivência para pacientes e profissionais de saúde, no centenário Hospital Santa Casa de Vitoria- ES.

Figura 05 – área de vivência Hospital Santa Casa Vitória
Fonte: própria autora.

Tal projeto se baseou em uma pesquisa realizada pelo hospital, respondida tanto por pacientes, usuários, quanto por profissionais de saúde, parte de um projeto denominado Santa Casa Linda. Além de se basear numa pesquisa de satisfação de

usuários e de colaboradores, a proposta de intervenção usou elementos da confortabilidade na busca da humanização do espaço tais como: acessibilidade, cores, conforto lumínico, áreas de privacidade como um espaço de oração e meditação e outro de leitura, assim como áreas de descanso com vegetação natural.(figura 06)

Figura 06 – área de vivência jardim sensorial - Hospital Santa Casa Vitória
Fonte: própria autora.

No entanto, pode-se perceber que os avanços da infraestrutura hospitalar atrelada à PNH, são poucos, nos ambientes hospitalares, frente aos anos de sua implementação, evidenciando falhas e carências no processo de evolução da arquitetura ao processo saúde-doença, principalmente na elaboração de projetos para o setor público.

Os estudos apontaram que as práticas da ambiência implantadas nos hospitais, predominantemente públicos, tornaram os ambientes mais acolhedores, mas críticas foram sendo construídas acerca das ações implantadas por não modificarem substancialmente os processos e a organização do trabalho ou o modo de gestão, conforme refere Ribeiro (2015).

Assim, estratégias da ambiência atuaram como dispositivos para a humanização dos espaços e relações estabelecidas pela Política Nacional de Humanização, não de maneira sistemática, no total de estudos analisados, assim como não foi possível mensurar se houveram modificações substanciais no ambiente de trabalho, no modo de gestão ou na vida das pessoas. Entretanto, mesmo de forma parcial ou pontual, todo o esforço de implantação das ações trouxe resultados positivos em relação à ambiência nos ambientes hospitalares.

Ribeiro (2015) ressalta que vale o esforço da humanização na assistência enquanto expressão de hospitalidade, de vontade de convivência com o outro e de estabelecer relações sociais com o diferente, entretanto tece duras críticas à utilização do termo como um modismo que padroniza e repete conceitos e que podem causar perdas nas mudanças das práticas de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após 32 anos de criação do SUS em 2002, é inegável que muitos avanços foram observados em vários níveis de atenção à saúde, entretanto seu alto grau de complexidade aliado ao sub financiamento e fragmentação da sua organização são alguns desafios desse sistema e sempre colocam em risco sua viabilidade.

Pode-se incluir nesse pacote os impactos causados pela pandemia de COVID-19, a percepção da população acerca da importância do SUS na crise sanitária, ao mesmo tempo a descrença da população causada pela desinformação criada pelas chamadas Fake News. Antigos problemas se somam aos novos, além das sequelas sociais de um país que ampliou sua desigualdade social nos últimos anos.

A PNH, lançada em 2003, portanto uma jovem de 19 anos, como uma proposta do SUS em ofertar ao usuário e ao trabalhador da saúde um tratamento acolhedor, solidário com reconhecimento desse atendimento e das práticas de cuidado como um direito e uma conquista de cidadanias e possui o mérito de ter se tornado uma política transversal entre tantas outras existentes no SUS.

A presença da humanização nos serviços de saúde pública é de extrema importância, mesmo com um cenário atual que combina dois cenários. Um de mudanças nos modos de cuidar e gerir, provocando transformações virtuosas pautadas pela PNH, ao longo desses anos, ao buscar compartilhar as experiências exitosas do SUS, a exemplo os hospitais da Rede Sarah e o papel importante da academia ao desenvolver conceitos ligados à humanização. E o segundo cenário, construído pela crise na saúde em razão da adoção de políticas neoliberais que trouxeram para a rede física de saúde uma série de distorções e problemas.

Os três eixos da ambiência de alguma forma estiveram presentes, nos estudos analisados, fossem teóricos ou estudos de caso. Os hospitais objeto de alguns estudos eram predominantemente públicos, que desenvolveram algum tipo de ação ou projeto/programa voltado para a humanização nos espaços ou da assistência sobre a lógica da humanização, assim é possível afirmar que os resultados apresentaram pontos de melhora na assistência, na qualidade do

atendimento e nas relações à medida que ações voltadas para a ambiência foram sendo aplicadas.

Os fatores ambientais, que antes da pauta da humanização da assistência e da ambiência raramente eram considerados relevantes no processo de produção da saúde, atuaram como ferramentas de auxílio no processo de recuperação da saúde e nos ambientes de trabalho.

Assim, a utilização da música, da leitura de contos infantis, o cuidado compartilhado com a família, a arquitetura enquanto provocadora da interação social e da privacidade, e essencial na criação de espaços projetados para o público-alvo, atividades lúdicas, entretenimento, arte, entre tantos outros elementos, possibilitaram tornar o ambiente hospitalar menos hostil.

No aspecto do conforto ambiental, estudos sobre o impacto do ruído no ambiente de trabalho foram resgatados, o que evidencia a importância do controle desse elemento tanto para o usuário internado, quanto para os diversos trabalhadores da saúde espalhados pelos setores mais nobres e tecnológicos, como uma UTI, quanto nos setores de serviços imprescindíveis para o funcionamento de um hospital, como uma lavanderia.

A ambiência afirma ser a arquitetura capaz de otimizar espaços, tornando-os mais acolhedores, em locais de encontros capazes de produzir saúde e boa parte dos relatos nos estudos analisados descrevem ou a importância do acolhimento ou a existência de ambientes acolhedores e os reflexos no atendimento e nas relações com os pacientes e no trabalho.

A ambiência na PNH também orienta que o espaço deve ser uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho, no sentido de favorecer a otimização de recursos para o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Esse aspecto, não menos importante, foi observado nos artigos e refletiram a importância da percepção dos pacientes e profissionais de saúde sobre os ambientes e organização do trabalho.

As ambições pretendidas pela PNH não são pequenas e sob alguns aspectos, inclusive nos ambientes de trabalho, ainda estão aquém do compromisso com a transformação a que se propõe, dado que é necessário: incluir a humanização e todas as suas estratégias no planejamento e rotina dos ambientes hospitalares,

democratizar suas estratégias nas áreas transdisciplinares envolvidas, como na arquitetura, abraçar a PNH sistematicamente na prática profissional, com método e avaliação para a constante qualificação profissional. Umas das alternativas possíveis elencadas por diversos pesquisadores é a educação permanente, um dos dispositivos que possibilitam as melhorias nas condições de trabalho e de atendimento.

Por fim, as políticas públicas devem ser constituídas visando cada vez mais melhorias e avanços que enfatizem o valor do acolhimento, da humanização e da ambiência hospitalar. Promovendo uma gestão participativa, clínica ampliada, protagonismo dos colaboradores e usuários e movimentos coletivos de construção. Sendo imprescindível que as instituições acolham projetos arquitetônicos de ambiência, interagindo trabalho em equipe e o respeito à individualidade de cada indivíduo, sem perder de vista o seu papel de ampliar os espaços coletivos.

Tendo a arquitetura essa importância enorme frente a ambiência, é necessário que esse conhecimento seja compartilhado de forma efetiva junto a profissionais da arquitetura, seja no meio acadêmico, seja por meio de atividades educativas junto aos órgãos de classe, ou na fase inicial de elaboração de projetos arquitetônicos de ambientes hospitalares. Arquitetos precisam ampliar o olhar em relação aos edifícios de saúde, conforme defende Toledo (2004) de forma a exercer uma arquitetura comprometida com o bem-estar, não somente do paciente, mas de profissionais, de saúde, gestores e usuários de uma forma geral.

Conforme aponta Vasconcelos (2004), há uma linha tênue entre “a beleza da humanização hospitalar” e a “eficiência da humanização hospitalar”. Dessa forma, para criar ambientes agradáveis e confortáveis como componente da recuperação e cura é necessário: além do conhecimento científico das evidências dos elementos que podem contribuir ou não para as melhorias das condições de um paciente/usuário, é fundamental que o arquiteto não só compreenda as sensações estimuladas pelo ambiente e como são percebidas, como também conhecer a respeito de todo o processo de saúde que envolve os sujeitos que circulam por um ambiente hospitalar.

Essa pesquisa assinalou que muitos arquitetos conhecem o termo humanização, mesmo com seu conceito tão variado de acordo com Lukiantchuki e

Souza (2012) e confirmado por Anáker et al. (2017), citados na discussão desse estudo, na sua proposição em clarear conceitos e definições utilizados pela arquitetura em saúde.

Entretanto, não foi possível confirmar que o conceito da ambiência proposto pela PNH seja invisível para os arquitetos, mesmo com o reduzido número de artigos encontrados sobre a PNH e o eixo da confortabilidade, ou que não compareça de forma constante no desenvolvimento de projetos na área da saúde, principalmente nos estabelecimentos assistenciais de saúde públicos brasileiros.

Com esse estudo, acredito que seja possível despertar ou reativar o interesse no meio acadêmico da arquitetura e nos campos profissionais dos que se propõem a desenvolver projetos na saúde com a efetiva inclusão da PNH, principalmente sob o aspecto da ambiência.

A discussão da humanização na área da saúde está intrinsicamente ligada ao processo de implantação e implementação do SUS e sua continuidade ou ampliação do seu raio de ação é possível mediante efetivas discussões e pactuações com todos os envolvidos no processo: usuários, profissionais de saúde e gestores. Somente com a efetiva participação de todos os atores, essa política ousada e desafiadora poderá efetivamente transformar e cuidar.

REFERÊNCIAS

ANÅKER, Anna et al. Design quality in the context of healthcare environments: a scoping review. **HERD: Health Environments Research & Design Journal**, v. 10, n. 4, p. 136-150, 2017.

ANDERSON, Diana C. Bricks and morals - Hospital buildings, do no harm. **Journal of General Internal Medicine**, v. 34, n. 2, p. 312-316, 2019.

BATES, Victoria. 'Humanizing'healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. **Design for Health**, v. 2, n. 1, p. 5-19, 2018.

BENDER, Eliana Ferreira; PETRY, Paulo Cauhy. A ambiência como ferramenta de humanização e tecnologia. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 3, n. 1, p. 7-14, 2019.

BERGAN, Carla et al. Humanização: representações sociais do hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, p. 656-661, 2009.

BESTETTI, Maria Luísa T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 17, núm. 3 julho/setembro, 2014, pp.601 610. Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838839013.pdf>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

BOCCANERA, Nélio Barbosa; BOCCANERA, Sulvia Fernandes Borges; BARBOSA, Maria Alves. Colors in the intensive therapy environment: perceptions of patients and professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, p. 343-349, 2006. BOTELHO, L. L. R.,CUNHA,C. J. C. A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista eletrônica Gestão e Sociedade**, V.5, p.121-136, 2011. UFMG, Minas Gerais, Brasil.

BRANDÃO, Luiz Henrique Pereira; DAMAZIO, Stephany Miguel; MOREIRA, Lyslian Joelma Alves. Contribuições da gestão da hospitalidade e ambiência para os serviços de saúde. **Pesquisas e ações em Saúde Pública**, ed IV, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05.10.1988. Brasília, 1988. Disponível em:https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. (acesso em setembro 2021)

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990 a. Seção 1, p. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS:** Formação e intervenção Série B 1ª.ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Série B 2ª. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização** –HUMANIZA SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH** – Brasília, 2017

BRITO, Natália Tatiani Gonçalves; CARVALHO, Rachel de. Humanization according to cancer patients with extended hospitalization periods. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 221-227, 2010.

CASARIN Sidneia T. et al*.* Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. **J. nurs. health**., 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem>. Acesso em: 28 de julho de 2021.

COELHO, Tatiane P. *et al* Comparação e análise do uso de revisão sistemática e revisão de escopo na área do cuidado ao paciente na Farmácia. **Revista Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, V.10, n.12, 2021, São Paulo, Brasil. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19915 (acesso em outubro de 2022)

COSTA, Ana Paula; PESSATTI, Mirela; OLIVEIRA, Cathana. A experiência da Ambiência como uma diretriz da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **PROJETAR**. Natal, 2015.

DODOU, H. D. et al. Delivery room: working conditions and assistance humanization. **Cad Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 332-8, 2017.

DRAHOTA, Amy et al. Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2012.

ERCOLE, Flávia F. et al. Revisão integrativa versus Revisão Sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 18.1 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>. Acesso em 27 de julho de 2021.

FERENHOF, Hélio A.; FERNANDES, Roberto F. Desmistificando a revisão de literatura como base para a redação científica. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, V.21, n.3, p. 550-563, 2016. Disponível em; https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1194/pdf . Acesso em 25 de julho de 2021.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI:** o dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. **Política de saúde**: **uma política social.** Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 23-64, 2008

FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de et al. Environment and humanization: resumption of nightingale's discourse in the national humanization policy. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 654-660, 2013.

FRICKE, Oliver P. et al. Healing architecture for sick kids. **Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**, 2018.

FUNCIA, Francisco R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para alocação adicional de recursos, **Revista ciência e saúde coletiva**. São Paulo. v. 24, nº 12, p. 4405-4414, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n77WSKwsWhzyBHGXtgLfFMj/?lang=pt>. Acesso em: 04 de agosto de 2021.

GARCIA, João Batista Santos; RODRIGUES, Rayssa Fiterman; LIMA, Sara Fiterman. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Rev Bras Anestesiol**, 64(4):286---291, 2014.

HEIDEMANN, Aline Maria et al. The influence of noise levels on the perception of stress in heart disease patients. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 23, p. 62-67, 2011.

LUCCHESE, Patrícia T.R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo, SP: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

LUKIANTCHUKI, Marieli Azoia; SOUZA, Gisela Barcellos de. Humanização da arquitetura hospitalar: entre ensaios de definições e materializações híbridas. **Vitruvius** – arquiestos. 2012. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.118/3372>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MENDES, Karina Dal S. et al. Revisão integrativa: Método para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>. Acesso em 25 de julho de 2021.

MENEGUCCI, Telma M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, ENSP-Fiocruz, v25, nº7, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700021>. Acesso em 06 junho de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOURA, Andréa de Carvalho Fernandes; MOREIRA, Marléa Chagas. A unidade de quimioterapia na perspectiva dos clientes: indicativos para gestão do ambiente na enfermagem oncológica. **Escola Anna Nery**, v. 9, p. 372-380, 2005.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 338-342, 2015.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Environment of a hospital emergency unit for the elderly care: perception of nursing professionals. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 338-342, 2015.

NETO, Alcides Viana de Lima et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 276-286, 2013.

NETO, Rui de Alencar Sampaio et al. Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, p. 369-374, 2011.

NILSSON, Christina et al. Effects of birthing room design on maternal and neonate outcomes: A systematic review. **HERD: Health Environments Research & Design Journal**, v. 13, n. 3, p. 198-214, 2020.

OLIVEIRA Caroline de., GOMES Carine.A., PEREIRA Adriana D., LOMBA Maria de L., POBLETE Maragarita, BACKES Dirce.S. Acolhimento e ambiência hospitalar: percepção de profissionais da saúde. Acta Paulista de Enfermagem, v35. 2022. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-35-eAPE03216/1982-0194-ape-35-eAPE03216.x42714.pdf . Acesso em 10 dezembro 2022.

PIZZOLATO, P.P.B. **O espaço arquitetônico como elemento terapêutico: a função da ambiência na recuperação e na qualidade de vida do paciente internado**. São Paulo.2014. Tese (*Doutorado em Arquitetura e Urbanismo*). Universidade Estadual de São Paulo, Brasil. Disponível em < https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19915 Acesso em junho de 2021.

PROCHET, Teresa Cristina; SILVA, Maria Julia Paes da. Environmental factors as supportive components in communication and care for hospitalized elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, p. 488-494, 2012.

RIBEIRO, Juliane Portella; GOMES, Giovana Calcagno; THOFEHRN, Maira Buss. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 530-539, 2014.

ROSÁRIO, Celita A.; BAPTISTA, Tatiana W de Faria; MATTA, Gustavo C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde e Debate**, v. 44, N. 124, p. 17-31, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHhzYYd7CwZfnsVnTQp/?lang=pt Acesso em fevereiro 2023.

SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 508-511, 2007.

SECCHI, Leonardo. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos, 2ª ED. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SILVA, Monique Cantelli da et al. Níveis de ruído na lavanderia de um hospital público. **Revista CEFAC**, v. 13, p. 472-478, 2011.

SOETHE, A.; LEITE, L. S. Arquitetura e a saúde do usuário. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE QUALIDADE DO PROJETO NO AMBIENTE CONSTRUÍDO, 4. **Anais Viçosa-MG**: UFV, 2015.

SOUZA, Geórgia. C.A., COSTA, Iris C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RxgpDxBNj6HKvVrwTHxC5sH/?lang=pt&format=df> . Acesso em: em 06 de junho de 2021.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 681-688, 2009.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão Integrativa:** O que é e como fazer? Einstein (São Paulo), São Paulo, v.8, n. 1, p.102-6, mar 2010. Disponível em : https://doi.org/10.590/s167945082010rw1134. Acesso em 28 de julho de 2021.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para curar: Arquitetura hospitalar & processo projetual no Brasil**. Rio de Janeiro, 2002. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: http://livros01.livrosgratis.com.br/cp082814.pdf. Acesso em 06 de junho de 2021.

ULRICH, Roger S., et al. A review of the research literature on Evidence-based **Healthcare Leadership. White Paper Series** 2008. P 1-74. Disponível em: https://smartech.gatech.edu/bitstream/handle/1853/62963/HCLeader_5_LitReviewWP.pdf Acesso em 04 dezembro 2022.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. **Humanização de ambientes hospitalares: características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior**. Florianópolis, 2004. Dissertação (Mestrado em Arquitetura) Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/87649. Acesso em 05 de dezembro de 2021.

VIANNA, Luciana de Medeiros; BRUZSTYN, Ivani; SANTOS, Mauro. Ambientes de saúde: o estado da arte da arquitetura hospitalar frente aos desafios contemporâneos. **Cadernos de saúde colet.,** p. 7-20, 2008.

WALKER, David. Challenging the culture of caring of 100 years: the evidence behind single-room provision in hospitals. **Future Hospital Journal**, v. 3, n. 1, p. 30, 2016.