

ARQUITETURA HOSPITALAR EM FOCO: POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE BRASILEIRA, ANATOMIA DO HOSPITAL E A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO.

HOSPITAL ARCHITECTURE IN FOCUS: PUBLIC POLICY OF BRAZILIAN HEALTH, ANATOMY OF THE HOSPITAL AND THE IMPORTANCE OF HUMANIZATION.

¹TEIXEIRA, R.R.; ²MIRA, M.A.A.

^{1e2}Departamento de Arquitetura e Urbanismo –Faculdades Integradas de Ourinhos-FIO/FEMM

RESUMO

Partindo do princípio de que a História se faz essencial para a compreensão do presente, a proposta deste projeto de pesquisa é demonstrar a evolução do sistema político da saúde no Brasil, conhecer a evolução dos hospitais, bem como a necessidade de sua humanização. Cada período da história e que cada indivíduo/usuário, e cada ambiente possui uma lista de configurações e necessidades próprias e assim na arquitetura hospitalar se faz compreender a influência e contribuição que a Arquitetura pode oferecer a esta seção. O bem-estar emocional do paciente/usuário é de suma importância para um processo de tratamento e cura mais eficiente e eficaz e um ambiente humanizado trabalhe em prol da saúde.

Palavras-chave: História. Arquitetura Hospitalar. Saúde. Humanização

ABSTRACT

Assuming that history becomes essential for the understanding of the present, the proposal of this research project is to demonstrate the evolution of the political health system in Brazil, to know the evolution of hospitals, as well as the need for its humanization. Each period of history and each individual/user, and each environment has a list of their own configurations and needs and so in the hospital architecture is made understand the influence and contribution that Architecture can offer to this section. The emotional well-being of the patient / user is of paramount importance for a more efficient and effective treatment and cure process and a humane working environment for health.

Keywords: History. Hospital Architecture. Health. Humanization

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS – a saúde é um direito humano fundamental, sendo consequência do mais alto nível de vida possível. A saúde é um estado de que o indivíduo possui suas funções orgânicas, físicas e mentais em situação equilibrada. Como demonstra a citação: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades” (OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde – Conferencia de Alma Ata. 1978).

Assim, nota-se que a qualidade de vida está associada ao estilo de vida que se leva, incluindo os hábitos alimentares, ambiente físico, econômico e social. As condições que dizem respeito a qualidade de vida e situações precárias de sobrevivência podem ocasionar o desequilíbrio na saúde do indivíduo, em contrapartida, ambientes e práticas de ações saudáveis podem influenciar positivamente o quadro.

Recentes episódios divulgados nas mídias, indicam que aqueles que necessitam de assistência médica, nem sempre a encontram, e quando ocorre, muitas vezes em ambientes inadequados e carentes para um bom atendimento.

De origem latina, a palavra hospital (*Hospitalis*) possui um significado relativamente recente, provem de *hospes* – com tradução para hóspedes, pois antigamente nos locais de assistência eram acolhidos os peregrinos, os pobres e os enfermos. Atualmente a palavra Hospital possui por definição o mesmo significado de nosocomium, de origem grega, significa; tratar os doentes, enquanto *nosodochium* significa, receber os doentes. Desde de seu princípio, o hospital sempre foi um lugar de recolhimento e acolhimento de doentes. Tanto que a igreja, no período da Idade Média, estabeleceu hospitais nos mosteiros onde a população doente poderia receber os cuidados e a assistência necessária.

A importância do estudo desse tema está pautada no fato de que, quando o paciente adentra no hospital, ele está fragilizado, perde sua intimidade e se vê à mercê da equipe médica (LOPES; MEDEIROS, 2004). Quando a assistência à saúde não é humanizada, a estada médica do paciente pode tornar-se traumática.

Partindo dessas premissas, o presente trabalho concentra-se em levantar, através de fontes bibliográficas, a evolução dos sistemas de suporte à saúde, como também demonstrar que um ambiente humanizado, pensado e projetado à estas práticas podem fazer a diferença, ou seja, a arquitetura trabalhando em prol da saúde. Procura-se aqui mostrar o processo histórico dos edifícios hospitalares e a formação da arquitetura hospitalar humanizada, tendo como base revisão bibliográfica e o levantamento do desenvolvimento de técnicas medicinais, dos costumes e comportamentos das populações de cada época, que vieram a influenciar significativamente a anatomia desses edifícios. Tal levantamento histórico mostra como o edifício hospitalar transformou-se nessa estrutura complexa e mutável, o porquê da importância de se humanizar esses ambientes e como o arquiteto pode contribuir para esse processo de humanização.

DESENVOLVIMENTO

A princípio no Brasil colônia, a questão Saúde era marginalizada, onde os únicos protótipos de assistência vinham dos conhecimentos indígenas, onde eram empregados o uso de ervas e os cantos. No século XVI, com a chegada da família real ao Brasil, esta situação mudou, passa-se a efetivar a elaboração de políticas públicas de saúde no país. Era perceptível a enorme carência que circundava esse meio, pois debatiam com dois grandes empecilhos; a falta de profissionais habilitados e a resistência da população que receava o tratamento oferecido. Perante isso, Dom Joao VI fundou no ano de 1808 - ano de sua chegada - o Colégio Médico Cirúrgico no Real Hospital Militar da cidade de Salvador (BERTOLLI FILHO, 1996), e ainda neste mesmo ano, foi fundada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

Porém, por muito tempo a assistência à saúde era limitada a ações de saneamento e a combate de endemias.

“No início desse século, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste”. (POLIGNANO,2006, pag.4)

Ações mais sólidas que podem ser acatadas como ações de políticas públicas da saúde foram manifestadas na ocasião que abrange o fim da monarquia e o início da República Velha, por meio da concepção de normas e organizações sanitárias, alterando as práticas dominantes até então. Compete ressaltar que tal conjunto de práticas sanitárias só foi levado a efeito em função do quadro sanitário caótico em que se encontravam as principais cidades brasileiras na época.

Tal situação gerou consequências desastrosas não apenas para o setor da saúde, mas também no setor de comércio exterior, uma vez que o medo afligia os estrangeiros e estes não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2006).

Importante destacar em todo esse processo, o desempenho de Oswaldo Cruz que foi essencial. Como diretor geral de saúde pública, aos poucos ele implantou instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Ainda, seguiu o exemplo das campanhas sanitárias, destinadas a combater os surtos urbanas e, também, as rurais.

Para Bertolli Filho (1996) as campanhas pela saúde seguiam um estilo repressivo, seguido pela vigilância policial. Elas foram recebidas com receio e temor

pela população. Isso porque, a população da época aturava as ações violentas da polícia que reproduzia as práticas cruéis do regime oligárquico.

O desagrado se agravou com a publicação da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituía a vacinação antivaríola indispensável para todo o país. As manifestações populares contra o exemplo de saúde vigente se intensificaram e o movimento ficou assim, conhecido como a famosa “Revolta da Vacina”.

Com todo o ocorrido, pouca coisa mudou no âmbito de assistência médica, as pessoas mais abastadas continuaram sendo atendidas por profissionais reconhecidos na medicina, enquanto o restante da população recorria a medicina caseiras e ao atendimento filantrópico (POLIGNANO, 2006).

Somente em 1923 com a criação da Previdência Social no Brasil (Lei Elói Chaves) e depois as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPS – que a política da saúde no Brasil, obteve seus principais avanços. As CAPS eram organizadas pelas empresas com a finalidade de fornecer aos funcionários, a assistência medica, remédios, aposentadorias e pensões quando necessários. No fomento de mudanças, em 1930, foi cunhado o Ministério da Educação e Saúde. É importante ressaltar que a princípio, apenas trabalhadores conhecidos como “carteira assinada” podiam fazer gozo desses benefícios, não se estendendo aos demais indivíduos da população.

Com a formulação do Plano SALTE – Plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia – em 1953, é fomentada discussões a respeito da saúde brasileira, logo foi criado o Ministério da Saúde, com atividades de caráter coletivo. De acordo com Junior e Junior (2006), após o período da Segunda Grande Guerra, o governo passou a intervir, ainda que de modo tímido, no setor da saúde, financiando-a para que se criasse condições sanitárias mínimas às populações urbanas. É notável segundo os autores, que esta medida de pouco adiantou, pois até meados da década de 60, não se conseguiu eliminar o quadro das doenças infecciosas e parasitárias.

Após o Golpe Militar de 64 no Brasil, o governo novamente passa a retrair os financiamentos destinados a saúde, ainda que já reconhecidos a ligação direta entre este setor e a produtividade. Nesse período o governo volta a valorizar e a incentivar ações de saúde individualizadas e não mais como um elemento coletivo (BERTOLLI FILHO, 1996).

Algum tempo depois, ocorre a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Servidores, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a partir de então, os trabalhadores, urbanos e rurais que estivessem em regime de

trabalho formal, passaram a ser cobertos pela Previdência Social. Segundo Cunha e Cunha (1998) a criação do INPS deu bases para a implementação de uma política de saúde que privilegiava o acordo de serviços terceirizados, fortalecendo a privatização do setor de saúde.

Com tais mudanças, o setor de saúde privada sofreu um grande aumento, pois com a finalidade de ofertar saúde ou cura a sua clientela, houve a construção e melhora de diversos hospitais e clínicas, tudo financiado com recursos da Previdência Social. Ainda em regime militar, em 1974, o governo cria o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS - desmembrando-o do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Passado algum tempo, o INPS afrontou uma séria dificuldade financeira, tendo como resultado a criação do SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - em 1978. Embora o SINPAS tivesse como objetivo a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde, sua finalidade não foi cumprida, pois na verdade não havia um sistema, e sim, ações de saúde desenvolvidas de forma fragmentada (CUNHA; CUNHA, 1998).

Ainda na década de 1970, nascia o movimento chamado de Reforma Sanitária. Este movimento contou com o apoio de outros setores da sociedade. Em 1979, instituiu-se a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados visando a promoção do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (COHN; ELIAS, 2003). Na década seguinte, no governo de José Sarney, foi concretizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), porém dessa vez, a sociedade pode participar.

Embora a 8ª CNS tenha impulsionado a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), funcionando como um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, sua maior contribuição está no fato de ter contribuído nos moldes para o setor "Da Saúde" na Constituição Brasileira de 1988.

Incontestavelmente, a Constituição de 1988 foi de grande importância na história brasileira, inclusivamente, no ramo da saúde pública brasileira, pois passou a definir a saúde como sendo "direito de todos e dever do Estado". Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi inserido de forma gradativa.

Para se entender o processo histórico dos edifícios hospitalares, é preciso entender a relação direta entre forma e função que ditou essa arquitetura. Por muito tempo os edifícios eram pensados e feitos de acordo com os costumes de cura da época, assim, quando o costume mudava, a construção também mudava (MIQUELIN,

1992, p. 28). As características dessas estruturas seguem os períodos: Antiguidade, Idade Média, Renascença, Era Industrial e Pré-Contemporânea.

Na antiguidade, destaca-se a Grécia Antiga, onde existiam três tipos de edifícios destinados à cura, o privado, o público e o religioso. O público era de gestão do governo, onde tratavam os enfermos e os idosos. O privado eram as casas dos médicos, que ali recebiam e tratavam os que necessitavam de seus cuidados. E o religioso, onde o enfermo ia com a finalidade de se purificar por meio da água sagrada, onde passavam a noite e logo cedo partiam (MIQUELIN, 1992, p. 29). Vale ressaltar que já na época, o conforto ambiental já era considerado, pois os templos ficavam localizados em bosques que favoreciam as belas paisagens e sempre que possível, eram próximos de fontes de água.

Já os romanos, desenvolveram dois tipos de arquitetura com este propósito, as Valetudinárias e os Termas. A primeira edificação, é relativa as enfermarias militares, possuindo formas quadradas ou retangulares com um átrio central, sendo que os ambientes eram distribuídos nessa configuração, considerando a entrada de luz e ventilação natural às enfermarias (MIQUELIN, 1992, p. 30). As termas eram ambientes considerados para relaxamento, sendo que se atribuía a esses edifícios a função de cura e terapia. Tratava-se de construções simétricas compostas por salas de banho com águas termais. Algumas vezes estas duas configurações de construções sanitárias eram conjugadas (MIQUELIN, 1992, p. 31).

Com o iminente crescimento do cristianismo, no século IV, novas construções são solicitadas com a finalidade de abrigar os pobres doentes, nascendo de tal modo os primeiros Hospitais de Caridade. Com a arquitetura muito parecidas com a Valetudinárias, tinham por diferença, a adição de uma fachada voltada para uma basílica. Por volta do século V, inicia-se a Idade Média e a arquitetura hospitalar desenvolveu-se, com novas tecnologias sanitárias para o abastecimento de água, construção de muitos hospitais e a divisão de pacientes segundo patologias (MICHELIN, 1992, p. 33). Infelizmente, as construções que existiam eram logo associadas à morte, um local para se ir morrer, já que os enfermos eram internados para, principalmente, não contaminar outras pessoas, e não para serem efetivamente tratados. (BADALOTTI; BARBISAN, 2015). Já que seguindo o método construtivo da época, as paredes se faziam espessas e com janelas pequenas, criando assim ambientes insalubres e de pouquíssima ventilação natural (COSTI, 2002).

Somente a partir do século XII que foi introduzida uma nova morfologia nas edificações, sendo composta por uma grande nave, onde se abrigavam os leitos, apoiadas por salas menores. Essa grande nave somente se fez possível pelas novas características construtivas da época, o estilo gótico, melhorando assim a ventilação e a iluminação dos edifícios. Foi ainda nesse período que passaram a separar os enfermos por sexo e patologias (MICHELIN, 1992, p. 37).

No período renascentista, houve uma maior complexidade nas edificações, que eram compostas por formas simétricas, com galerias, alojamentos lineares e planta cruciforme (em forma de cruz). Com o avanço nas técnicas de saneamento, foi possível a melhoria na salubridade dos locais (MICHELIN, 1992, p. 40). Ainda vale ressaltar que, com a evolução filosófica da época, o pensamento antropocêntrico alastrado nesse período, fez com que os religiosos fossem afastados das antigas funções relativas ao tratamento dos enfermos (GÓES, 2011, p. 27). Esta alteração se faz de tamanha importância, pois graças a isso, os hospitais assumem um caráter municipalista, permitindo que progresso científico influencie o desenvolvimento dessas edificações (ARAUJO; DANTAS, 2013).

No século XVII, com a era industrial a pleno vapor, o êxodo rural nas cidades europeias criou ambientes miseráveis, devida a alta densidade, poluição e falta de água e saneamento. Nessas condições, as doenças se alastravam rapidamente (PELLEGRINI; DIAS; GRINBERG, 2015), e os edifícios hospitalares já não eram mais suficientes. Somente no século XVIII que a doença passou a ser reconhecida como um fator patológico e o hospital assume o papel de uma entidade destinada a curar, surge então o conceito de hospital terapêutico (GÓES, 2011, p. 28). Nessa mesma época, a medicina passou por uma considerável evolução, pois nesse período surgiu a cirurgia, a anestesia, as práticas de assepsia... inclusive a profissão de enfermeira (BADALOTTI; BARBISAN, 2015).

Por volta do século XIX, na Inglaterra, a enfermeira Florence Nightingale, defendia que os problemas dos hospitais estavam na ventilação, na iluminação e na superlotação, propondo assim uma nova configuração. Essa configuração dispunha de um salão longo e estreito, onde os leitos ficariam perpendiculares em relação as paredes; com um pé direito generoso com janelas altas entre os leitos e de ambos os lados do salão, propiciando assim uma ventilação cruzada e iluminação natural. As instalações sanitárias ficavam numa das extremidades com ventilação em três faces do bloco. [...] um posto de enfermagem é implantado no centro do salão, onde também

ficava o sistema de calefação (quando existente) ou a lareira (MIQUELIN, 1992, p. 46). Esse modelo foi amplamente utilizado até o início do século XX, contribuindo inclusive para a humanização dos hospitais e servindo como base até hoje para estruturas hospitalares com implantação térrea.

Com o advento do ferro no final do século XIX, houve o início da verticalização das cidades e com isso, dos hospitais. No início, tratava-se de monoblocos verticais de um “empilhado” de enfermarias, (MIQUELIN, 1992, p. 52) Com a prosperidade da medicina, diminuiu-se admiravelmente o tempo de internação dos pacientes e houve um retrocesso na humanização desses ambientes.

A complexidade dos novos aparatos para o exame de diagnóstico fez com que os pacientes de maior condição financeira, que antes eram atendidos à domicílio, migrassem para os hospitais, surgindo então as instituições particulares. Então, as enfermarias compartilhadas são gradativamente substituídas por quartos individuais, que proporcionam mais privacidade aos pacientes (MIQUELIN, 1992, p. 54). Tendo isso em vista, surge o hospital tecnológico, que prioriza as técnicas e procedimentos médicos, deixando, cada vez mais, para trás a humanização dos ambientes hospitalares.

Assim, a característica de acolhimento que antes os hospitais possuíam, vai se perdendo, como também, o interesse pelo conforto ambiental e psicológico que um dia possuía. Os ambientes passam a ser luxuosos, tendo como objetivo, camuflar a real função da estadia hospitalar (TOLEDO, 2008).

Apenas no século XX, o significado de hospital e de saúde passam a ser revistos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde novamente, a questão do bem-estar físico, social e mental é considerada, fazendo conciliações com o meio para a evolução do paciente. Ao deixar de ser apenas um lugar destinado a inexistência da doença, a arquitetura volta a desempenhar um papel fundamental; se transforma numa “máquina de cura” garantindo o conforto dos pacientes (LUKIANCHUKI; CARAM, 2008).

Impossível falar de Arquitetura hospitalar no Brasil sem mencionar o grande arquiteto brasileiro João Figueira Lima conhecido como Lelé, pois embasado nesse novo conceito, projetou hospitais extremamente humanizados, preocupando-se com o desempenho e o conforto ambiental.

Foucault no término do século XVIII, lembra que: “*A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura. O hospital exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir*”. (FOUCAULT, 1979, p 108, 109).

Com a contribuição de suma importância da enfermeira Florence Nightingale, adquirida em sua experiência tratando soldados feridos na Guerra da Criméia, o layout e as dimensões das chamadas “enfermarias Nightingale”, formaram um dos subsídios mais importantes e típicos do desenho do hospital do fim do século XIX. Visando incorporar nesta configuração as evoluções tecnológicas na área da medicina, os arquitetos desse período acabaram por criar barreiras físicas, com novos materiais, para evitando a disseminação de infecções e para atender o desejo recorrente de privacidade.

Poucos arquitetos tiveram a oportunidade de atuar em equipes interdisciplinares que apreciavam a constante troca de conhecimento entre os profissionais envolvidos no projeto e os usuários do edifício hospitalar. Tais arquitetos destacaram-se, mas, sem sombra de dúvida, o arquiteto Lelé, conseguiu criar as mais espetaculares unidades hospitalares. Isso devido ao seu talento e ao constante diálogo que estabelecia com os profissionais de saúde, usuários e demais funcionários da Rede SARAH.

O enorme conjunto de atividades realizadas nos edifícios hospitalares se dá em uma organização extremamente complexa, oriundos do seu fluxo, da evolução das práticas médicas, o crescimento populacional, o aumento da expectativa de vida, tudo isso acaba transformando os ambientes hospitalares em locais opressores. Com a tentativa de resolver tal problema, o ato de humanização surge como resposta para esse fato (LOPES; MEDEIROS, 2004). Até o Governo Federal reconheceu tal prática e em 2004 lançou o programa “Humaniza SUS”, formado por diretrizes e estratégias de implementação da política nacional de humanização da saúde. Segundo Toledo (2005), a humanização da arquitetura hospitalar ainda está em desenvolvimento e, possui uma relação direta com os princípios que conduzem uma boa arquitetura. O referido autor descreve esses princípios como: A orientação do edifício, de forma a garantir a melhor insolação para as enfermarias; a proteção contra as intempéries; sua correta localização na estrutura urbana; seu dimensionamento; o cuidado com os fluxos hospitalares e com as instalações prediais especiais (TOLEDO, 2005, p.4)

Um dos principais meios de se humanizar uma arquitetura hospitalar, é através do conforto ambiental. Para este fim, neste artigo serão apresentados o uso de luz

natural e o uso de cores nos ambientes internos. O grande desafio de um arquiteto hospitalar é que além de conhecer toda a complexidade que envolve o planejamento e projeto de um hospital, ele ainda deve propor soluções que atendam às necessidades técnicas de humanização, ou seja, ele deve ser flexível entre atender todas as necessidades exigidas para um efetivo funcionamento e ainda ser mais humano. Considerando essa tipologia de edificação em estudo, o conforto ambiental ganha ainda mais notoriedade pelo fato reconhecido em que este aspecto oferece uma grande influência no processo de cura dos pacientes (MARTINS, 2004, p.64).

Incessantes estudos na década de 60 comprovaram a influência da luz e das cores nos sentidos dos seres humanos. Tal influência abrange tanto aspecto físico como o emocional (COSTI, 2002). Foi comprovada que a ausência de radiação solar pode provocar a falta de vitamina D no corpo humano, além de alterar o sistema nervoso e causa deficiência imunológica (LAZAREV; SOKOLOV, 1967 apud COSTI, 2002). Porém, seu abuso pode se tornar nocivo, a exposição intensa à luz, pode provocar fadiga visual e problemas quanto ao sono (COSTI, 2002). É importante ressaltar que a iluminação deve ser dimensionada de acordo com as exigências de cada atividade que será executada no ambiente. A iluminação possui suas variáveis, podendo ser direta, indireta ou ainda mista, com origem artificial ou natural (MIQUELIN, 1992).

Considerando que o Brasil se encontra entre os trópicos, a iluminação natural deve ser encarada como uma grande vantagem, utilizando-se a fonte artificial apenas como um complemento no período noturno e dias nublados. A luz natural traz vantagens significativas no âmbito da sustentabilidade, promovendo uma melhor eficiência energética do edifício. A iluminação natural em ambientes com pé-direito duplo remete uma sensação de conforto, quebrando a monotonia (COSTI, 2002).

Priorizando a humanização do edifício, é aconselhável que em ambientes com maior profundidade, é necessário a implantação do sistema zenital, com o intuito da luz natural atingir toda sua área útil. Este é um dos artifícios muito usado pelo arquiteto humanizador, Lelé. Em quase todos seus projetos hospitalares, houve o uso de sheds (COSTI, 2002).

Responsável por produzir sensações psicológicas e somáticas, as cores podem alterar o humor e a sensibilidade, além de “produzir impressões, emoções e reflexos sensoriais muito importantes” (COSTI, 2002). A cores influenciam na percepção do espaço, isso é notado quando se observa que os tons de azul e verde geram

sensações de amplitude e tons quentes, como o vermelho, amarelo e o alaranjado, invertem essa sensação. Outro artifício das cores que é usado com o propósito da humanização, é o uso de uma única cor uniformizando o ambiente (MARTINS, 2004).

Para pacientes com deficiências de respiração, é indicado a construção de quartos em tons de azul, pois assim eles transmitem a sensação de maior volume de ar. Os tetos de hospitais quando pintados de branco, criam uma sensação de afastamento do teto, de vazio, e devem quando possível, serem substituídos por tons tranquilizadores, podendo ser azul ou verde claro (MARTINS, 2004, p.66).

Portanto, ambientes coloridos e humanizados são fundamentais em estabelecimentos voltados à saúde. A concretização deste conceito, pode ser considerado tanto uma arte quanto uma técnica. A cor não deve apenas exprimir a sua tonalidade, mas ser pensada e aplicada visando como um meio estético para direcionar o conforto ao observador, como à tranquilidade aos pacientes e àqueles que trabalham em hospitais (CUNHA, 2004, p. 60).

Nos hospitais da Rede Sarah Kubitscheck, todos projetados por Lelé, predominam tons claros (branco, bege, amarelo) nas superfícies verticais e teto, com verde claro no piso. A alternância de cor é dada principalmente pela variação de luz natural dos ambientes, demonstrando a íntima ligação entre luz e cor, formando ambientes dinâmicos e humanizados sem a necessidade de tecnologias artificiais.

CONCLUSÃO

Como demonstrado na história da Arquitetura, o edifício hospitalar sofreu inúmeras mudanças no decorrer dos anos, sempre priorizando a eficiência e a necessidade dos tratamentos à saúde. A era tecnológica acabou por transformar a configuração e o conceito que o termo hospital carregava. Se antes a arquitetura priorizava alas comuns para um melhor atendimento, notoriamente, essas alas foram sendo substituídas por saletas individuais de pacientes e maquinários, visando o controle de infecções e permitindo a desejada privacidade.

Tendo como desafio ao arquiteto, o projeto deve contemplar espaços singulares que abriguem todas as atividades desenvolvidas neste edifício harmonizando com o conforto e prevendo expansões. Assim, uma boa arquitetura deve levar em conta o uso de técnicas construtivas que possibilitem o conforto ambiental, pensando no bem-estar do ser humano, considerando que indivíduo doente se encontra em momentos de fragilidade física e psicológica.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Eliete Pinho; DANTAS, Maritza Giacomazzi. Arquitetura hospitalar: a adequação do projeto na fase do estudo preliminar. **Universitas: Arquitetura e Comunicação Social**, Brasília, v. 10, n. 1, p.1-21, 2013. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/arqcom/article/view/2013>. Acesso em: 19/08/2018.
- BADALOTTI, Claudine Machado; BARBISAN, Ailson Oldair. Uma breve história do edifício hospitalar - da antiguidade ao hospital tecnológico. **Tecnológica: Revista Científica**, Chapecó, v. 3, n. 2, p. 346-358, 2015. Semestral. Disponível em: <http://studylibpt.com/doc/1450351/uma-breve-hist%C3%B3ria-do-edif%C3%ADcio-hospitalar> . Acesso em: 19/08/2018.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. BRASIL.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 06/08/2018.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Cedec, 2003.
- COSTI, Marilice. **A influência da luz e da cor: em salas de espera e corredores hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRD, 2002.
- CUNHA, J. P. P., CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde - SUS: princípios**. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. Cadernos de saúde: planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. p. 11-26.
- CUNHA, Luiz Cláudio Rezende Cunha. **A cor no ambiente hospitalar**. In: I CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH – IV SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA, 2004, Salvador. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar, 2004, p. 57-61. Disponível em: < <https://www.ipog.edu.br/download-arquivosite.sp?arquivo=a-influencia-da-iluminacao-e-das-cores-no-ambiente-hospitalar-a-saudevista-com-outros-olhos-7106187.pdf>>. Acesso em: 18/08/2018.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal LTDA, 1979.
- GÓES, Ronald de. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2011.
- JUNIOR, A.P., JUNIOR, L.C. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

LOPES, Maria Alice; MEDEIROS, Luciana de. Humanização hospitalar: origem, uso e banalização do termo. **Revista Propec**, Belo Horizonte, p.1-10, 2004. Disponível em: < <http://arquiteturahospitalarnatal.com.br/r/pdf/artigo1.pdf>>. Acesso em: 19/08/2018.

LUKJANTCHUKI, Marieli Azoia; CARAM, Rosana Maria. **Arquitetura Hospitalar e o Conforto Ambiental: Evolução Histórica e Importância na Atualidade**. In: Núcleo de Pesquisa em Tecnologia da Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (NUTAU-USP). São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.usp.br/nutau/CD/160.pdf>. Acesso em: 18/08/2018.

MARTINS, Vânia Paiva. A humanização e o ambiente físico hospitalar. In: I CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH – IV SEMINÁRIO DE ENGENHARIA CLÍNICA, 2004, Salvador. 2004. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira para o Desenvolvimento do Edifício Hospitalar, 2004, p. 63-66. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_ambiente_fisico.pdf . Acesso em: 01/09/2018.

MIQUELIN, Lauro Carlos. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: Cedas, 1992.

PELLEGRINI, Marco; DIAS, Adriana; GRINBERG, Keila. **Vontade de Saber: História**. 3. ed. São Paulo: Ftd, 2015.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2006. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 08/08/2018

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **Humaniza SUS**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TOLEDO, Luiz Carlos. **Feitos para cuidar: A arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar**. 2008. 238 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. _____. **Feitos para curar: Arquitetura hospitalar & processo projetual no Brasil**. 2002. 184 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. _____. Disponível em: < http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/humanizacao_edificio_hospitalar.pdf >. Acesso em: 19/08/2018.