



COPE- CENTRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

A influência da arquitetura no processo de cura

Gabriela Ferreira Viana¹

Centro Universitário Academia - UniAcademia, Juiz de Fora, MG

Catarina Barbosa²

Centro Universitário Academia - UniAcademia, Juiz de Fora, MG

Linha de Pesquisa: Arquitetura e Urbanismo na Contemporaneidade

RESUMO

Devido a crescente preocupação da condição dos espaços hospitalares, os projetos vêm sofrendo modificações, procurando humanizar seus espaços como elemento auxiliar e complementar na recuperação dos pacientes. Sendo assim, uma mudança de foco: não criar uma arquitetura hospitalar e sim uma arquitetura para saúde. Portanto uma arquitetura hospitalar humanizada deve levar em consideração além dos elementos físicos, mas elementos psicológicos, sociais, emocionais e éticos que fornecem o bem-estar para todos os envolvidos no processo. Assim, o objetivo do presente estudo é reforçar as características necessárias para humanização dos espaços, a fim de proporcionar um tratamento e um diagnóstico oncológico a partir da criação de um projeto para um Centro Oncológico Pediátrico habilitado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) em Juiz de Fora- Minas Gerais.

Palavras-chave: Humanização, Oncologia, Tratamento.

¹ Discente do Curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário Academia - UniAcademia. Endereço: Rua Doutor Luiz Antônio Vieira Penna n. 63, Bairro São Mateus, cidade de Juiz de Fora – MG, CEP. 36.026-300. Celular: (32). 98892-8958; E-mail: gabrielaviana.arq@gmail.com

² Docente do Curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro Universitário Academia - UniAcademia. Orientador(a).

1 INTRODUÇÃO

O tema da Humanização na Saúde será abordado ao longo da pesquisa de TFG. Levando em consideração a importância da abordagem de tal tema, deve-se considerar a singularidade de cada paciente e sua contribuição na arquitetura, buscando proporcionar condições menos estressantes tanto para profissionais da saúde como também para os pacientes. É possível perceber, no atual cenário, um novo desenho para os espaços de saúde, mostrando-se mais relevante a participação e relação com o usuário durante toda a concepção arquitetônica do edifício, buscando valorizar a dignidade do trabalhador e do usuário.

Neste aspecto, a arquitetura dos espaços de saúde ultrapassa a composição técnica, simples e formal dos ambientes, uma vez que a Humanização passa a considerar as situações não construídas, delimitadas por um espaço e tempo e vivenciadas por uma grupalidade, com seus valores culturais e relações sociais (ABDALLA, 2010; BRASIL, 2009; SOUSA W. 2008; TOLEDO, 2002).

1.1 JUSTIFICATIVA

Ao mesmo tempo em que os pacientes buscam recuperar sua saúde, eles enfrentam interferências do meio, sejam físicas, psicológicas, químicas ou ergonômicas, estando muitas vezes, submetidos a ansiedade, insegurança, tristeza e medo, tornando-se frágil e vulnerável. É importante ressaltar que além do paciente, seu acompanhante também é exposto e afetado pela hospitalização. O ambiente ainda é capaz de influenciar no desempenho das práticas assistenciais, já que os profissionais estão sujeitos à constante pressão e enfrentam alto grau de estresse (SAMPAIO et.al, 2010).

Para CORBELLA (2003), uma pessoa está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele. No caso dos edifícios hospitalares, a arquitetura pode ser um instrumento terapêutico se contribuir para o bem-estar físico do paciente com a criação de espaços que, além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas para os usuários.

1.2 OBJETIVOS

O trabalho busca explorar como a arquitetura juntamente com a humanização pode contribuir para espaços de saúde, em particular para um centro de oncologia pediátrica, promovendo a qualidade de vivência de seus usuários enquanto arquitetura como elemento colaborador. Para isso, foi necessário abranger os seguintes objetivos:

- Entender as necessidades dos usuários;
- Investigar a relação entre o ambiente e a recuperação do paciente;
- Investigar a relação entre funcionalidade do ambiente com a vivência do usuário através do aspecto da humanização.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo são apresentados os elementos utilizados na construção da argumentação teórica, que é dividida em: (1) “Arquitetura hospitalar e um panorama histórico”; (2) “Humanização da arquitetura hospitalar”; e, por fim, (3) “A criança e o adolescente frente a hospitalização”. Esta síntese de conceitos orienta a pesquisa, permitindo que seja estabelecida uma relação teórica.

2.1 A ARQUITETURA HOSPITALAR E UM PANORAMA HISTÓRICO

A arquitetura para estabelecimentos assistenciais de saúde, não é uma tipologia recente das edificações. Construções arquitetônicas com esta finalidade historicamente ocorrem desde a antiguidade até nossos dias (MIQUELIN, 1992). Com o avanço e difusão da tecnologia e dos meios de comunicação observamos que tais mudanças refletem também na abordagem dos serviços de saúde.

Busca-se contextualizar os usuários do ambiente de saúde, situando-os no tempo e no espaço social do qual fazem parte, integrando-os, a fim de contribuir para o bom desempenho do profissional e estimular a auto-estima no paciente (ABDALLA et. al., 2010). Com isso, a busca por tornar o espaço hospitalar através de elementos que estimulem uma melhor qualidade de vida, promovendo a singularidade de cada

paciente, e não somente o tratamento da doença é de extrema importância perante o atual cenário.

Nem sempre o hospital foi caracterizado como função básica em proporcionar assistência médica à população, antes do século XVIII os edifícios hospitalares tinham a finalidade de assistência aos pobres, tendo como sua principal função a separação e exclusão de tal de pobres e efêmeros da sociedade, que como doentes, eram portadores da doença e que transmitiriam o contágio para outras pessoas. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (FOUCAULT, 1989). Dessa forma, o hospital era uma espécie de ambiente de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual e de isolamento dos indivíduos “perigosos” para a saúde pública. A novidade no século XVIII foi a constituição de uma medicina hospitalar, terapêutica.

A partir da introdução de mecanismos disciplinares no espaço do hospital que foi possível o exercício da medicalização e ao enquadramento disciplinar, seja pelas razões econômicas, a valorização ao indivíduo, além de evitar a propagação de epidemias. Contudo, o poder disciplinar se deve ser confiado ao médico, conseqüentemente seria necessária uma transformação no saber médico, que antes não era levado em consideração. Portanto, é no ajuste desses dois processos que se dão o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização, que está na origem do hospital médico.

Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica (FOUCAULT, 2012, p. 63).

É durante esse período portanto, que a doença é reconhecida como fator patológico, surgindo então o “Hospital Terapêutico”.

A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura do mesmo estatuto que um regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. Esta é a primeira

característica da transformação do hospital no final do século XVIII (FOUCAULT, 2012, p.63)

Com a percepção que o componente de cura se deve a este equipamento, foi necessário sucessivamente uma especialização dos seus espaços, organizando segundo especializações de áreas internas, com apoio e cuidado aos pacientes e usuários. Questões relativas à distribuição espacial de seu programa e de seus fluxos tornam-se, paulatinamente, as de resolução mais prementes a prática projetual da arquitetura hospitalar (LUKIANCHUKI et. al., 2010).

2.2 HUMANIZAÇÃO DA ARQUITETURA HOSPITALAR

Com o passar dos anos, a questão da doença e saúde sofreu divergências quanto o seu reconhecimento, consideradas baseando em questões sociais, econômicas, políticas e culturais da sociedade em seu determinado tempo. Entretanto, a partir de meados do século 20, o crescente interesse da sociologia e da antropologia pela saúde e pela doença, e as críticas que essas disciplinas desenvolvem à abordagem estritamente biológica desses conceitos, permitiram que o foco da discussão sobre os espaços hospitalares fosse renovado. Sob sua influência, organizaram-se movimentos que buscaram reformas sanitárias em diversos países, cujo objetivo era garantir o direito universal à saúde e o desenvolvimento da medicina preventiva (LUKIANCHUKI et. al., 2010).

Constrói-se então um consenso de que é preciso renovar os espaços hospitalares e, nesse contexto, sua humanização aparece como solução para o impasse.

No Brasil, em 2001, o Ministério da Saúde (MS) produziu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), onde seu objetivo se baseia em aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, valorizando todos os envolventes no ato de assistência à saúde. Em 2003, o PNHAH alterou o nome para Política Nacional de Humanização (PNH), também chamado de HumanizaSUS (Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS), tornando-se referência para toda a cadeia de saúde. Desde então, o MS vem implantando a Humanização como política pública do SUS.

O HumanizaSUS, especificamente, apresenta um método que tem em vista a construção de estratégias de inclusão, com um novo modo de cuidar e de organizar o trabalho, indicando uma construção coletiva e heterogênea, potencializando a produção da saúde e dignificando os profissionais da área (PASCHE, 2009).

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como cogestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Dentre os conceitos incorporados à Política Nacional de Humanização, um relacionasse particularmente com o desenvolvimento da arquitetura hospitalar: a “ambiência”. Tal princípio “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2009).

Desse modo, estes novos conceitos preconizam, além da cura dos males físicos, um suporte emocional para o tempo de internação hospitalar, promovendo a auto-estima em seus usuários, onde a relação da concepção dos espaços tenha um impacto positivo durante a internação e na qualidade de vida durante o tempo de permanência em tal, valorizando assim, não só a relação do paciente, mas levando em consideração o dia-a-dia do acompanhante que também está submetido a essa relação e seus funcionários, integrando-os.

Nesse cenário, para que uma condição mais humanizada seja o ponto inicial, é necessário entender as problemáticas que os usuários são envolvidos durante sua permanência em um Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS).

No caso dos estabelecimentos assistenciais de saúde, o paciente luta para recuperar sua saúde e, ao mesmo tempo, é submetido a agressões do meio ambiente relacionadas a agentes físicos (ruídos, radiação ionizante e não ionizante, vibração, pressão anormal, temperaturas extremas e outros), químicos (substâncias químicas em forma sólida, líquida e gasosa), biológicos (vírus, bactérias, fungos e ácaros), ergonômicos e psicológicos (MARTINS, 2004).

Além disso, deve-se considerar as condições específicas dos acompanhantes que possuem sua rotina alterada e são afetados por momentos de ansiedade e insegurança, onde o estresse faz variar suas necessidades.

A humanização desses ambientes vai além das soluções físicas de conforto ambiental e sustentabilidade como aproveitamento de ventilação e iluminação natural, ela parte também da logística de funcionamento dos hospitais com ações sociais como a visita de um mimico na ala infantil dos hospitais ou a visita de animais de estimação (COSTEIRA, 2014).

Com isso, o processo de produção da saúde deve-se levar em consideração a arquitetura, com a relação entre usuários e o ambiente construído, onde a solidificação do processo de humanização seja efetiva e conseqüentemente uma necessária participação dos usuários em tal. Considera-se que a arquitetura voltada para ambientes de saúde tem sua função também voltada para a valorização dos usuários, gerando segurança, melhoria na autoestima, além de uma correlação entre pacientes, funcionários e acompanhantes, ultrapassando a composição técnica e formal dos ambientes, mas sim, considerando as situações não delimitadas por um espaço estimulando relações múltiplas e benéficas entre todos.

É possível identificar algumas aplicações que efetivem tal melhoria no ambiente de saúde como a exposição adequada à luz, ambientes com vista para a natureza, redução à exposição de ruídos, utilização de cores que através de sua sensação térmica, pode ser utilizada para melhorar as condições higrotérmicas de um ambiente entre outros, que visam como ferramenta potencial para o projeto de arquitetura levando em consideração acerca da humanização na saúde.

Pode-se dizer, portanto, que a humanização consiste na contextualização do usuário, a partir de ambientes flexíveis visando ampliação futuras e resgatando a individualidade. Além do espaço de saúde assumir um papel de procedimento protocolar técnico, o projeto arquitetônico destinado a saúde deve ter como premissa atender a vivência de seu usuário, levando em consideração a realidade humana e suas necessidades.

2.3 A CRIANÇA E O ADOLESCENTE FRENTE A HOSPITALIZAÇÃO

Quando a criança e o adolescente passam por uma internação, o curso de seu desenvolvimento é modificado, bem como a sua maneira de vivenciar o mundo, visto que são afastados de seu cotidiano e do ambiente familiar (OLIVEIRA, 1993).

Portanto, configura-se o ato da internação/hospitalização como uma experiência com potencial traumático.

Com a internação, o paciente tem sua rotina rompida, seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à nova realidade, passando, assim, a se ver obrigado a separar-se de seu ambiente familiar e de seus interesses momentâneos. Sua condição de dependência é reforçada, e pode ser sentida pelo paciente como agressão, pois sua rotina é substituída pela rotina hospitalar (Santos & Sebastiani, 2003).

Com relação ao adolescente, conforme Honicky (2009), o impacto que a hospitalização gera no adolescente depende de sua própria personalidade e da capacidade de tolerar frustrações. Quando o adolescente é internado em um hospital, sente-se privado do convívio com os amigos, afasta-se do ambiente escolar, passa a vivenciar sentimentos de dor, angústia e tristeza, além de separar-se da família, o que pode gerar sentimentos como raiva, ciúmes e ansiedade, segundo pesquisa de Armond (1996).

Portanto, entende-se nesta dissertação que, para ambos, a criança e o adolescente, a hospitalização significa romper com hábitos e rotinas, representando estranheza e privação, gerando conseqüentemente o medo do desconhecido.

A presença da mãe, pai ou responsável pela criança no ambiente de internação hospitalar tem sido fato comum no cotidiano da assistência à saúde, tornando essencial o reconhecimento dos benefícios da família para a recuperação da criança e minimização de fatores estressantes associados à hospitalização, além de favorecer à enfermagem quando a família passa a ser colaboradora, somando esforços para um cuidado humanizado. (Dias, S. M. Z., & Motta, M. da G. C. 2008). Além disso, o acompanhante acaba sofrendo o impacto, assim como o paciente, necessitando de apoio e assistência.

A forma como a família lida com os estresses envolvidos no tratamento do filho reflete o apoio dado à criança durante a hospitalização (CARMO, 2008; HONICKY et. al., 2009). Com isso, o cuidado passou a não ser apenas à criança ou o adolescente, mas a considerar criança/adolescente e família como um só cliente,

onde a arquitetura deverá contribuir para o bem-estar de todos, promovendo um lugar em que haja conforto e dignidade durante o processo de hospitalização.

2.4 O CÂNCER

De acordo com o Instituto de Câncer José Alencar Gomes da Silva- INCA, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida. O câncer infantojuvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Diferentemente do câncer do adulto, o câncer infantojuvenil geralmente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Por serem predominantemente de natureza embrionária, tumores na criança e no adolescente são constituídos de células indiferenciadas, o que, geralmente, proporciona melhor resposta aos tratamentos atuais.

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. Já as causas internas, são na sua maioria, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais (INCA).

O câncer infantil corresponde a 2% a 3% de todos os tumores no Brasil e, na América Latina. No ano de 2020 as estimativas de incidência do câncer no Brasil, segundo o INCA, apontavam cerca de 8.460 casos, sendo 4.310 para o sexo masculino e 4.150 para o sexo feminino.

Tão importante quanto o tratamento do câncer em si, é a atenção dada aos aspectos sociais da doença, uma vez que a criança e o adolescente doentes devem receber atenção integral, no seu contexto familiar. A cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente. Nesse sentido, deve ser dado suporte psicossocial, propondo para esse paciente ambientes que propiciem a sensação de estar em casa e conseqüentemente que seja um local acolhedor.

3 METODOLOGIA

Para realização deste estudo foram realizadas pesquisas sobre humanização hospitalar e consulta à uma série de normas e legislações que regulam a arquitetura.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da pesquisa, foi possível pontuar alguns objetivos que foram levados em consideração para o projeto:

- Promover o tratamento e diagnóstico adequado
- Contemplar os direitos da criança e do adolescente hospitalizados
- Promover através da arquitetura interações sociais entre crianças e adolescentes
- Projetar um espaço acolhedor e lúdico, juntamente com a implantação de um design biofílico ressaltando a importância do papel da natureza na vida da criança
- Consolidar o papel da arquitetura como contribuinte no processo de cura.

O local para implantação do projeto se encontra na zona oeste da cidade de Juiz de Fora, mais especificamente no bairro São Pedro, entre as ruas Álvaro José Rodrigues e entre a Via São Pedro, que atualmente é a BR440, mas pensando na sua futura alteração, adotou-se como Via São Pedro, onde já foi possível premeditar os acessos a edificação.

O programa foi dividido em 5 setores, sendo eles o setor administrativo/ serviço que abriga a parte de administração do Centro oncológico, bem como serviços gerais, como cozinha, área de recepção de produtos, depósitos entre outros. O setor social que abriga a parte de recepção e consultórios destinados a atendimento para

consultas e avaliação dos pacientes. O setor de tratamento, que abriga a parte de quimioterapia e radioterapia, bem como seus ambientes de apoio. O setor de diagnóstico, que abriga salas de exames de imagem. E o último setor que seria destinado a parte de internação, que abriga os quartos bem como seus ambientes de apoio como enfermaria, sala de emergência entre outros.

A ideia é que todos os ambientes possam ser voltados para um grande pátio interno, e quando não possível, ser voltados para jardins, para que a ideia do design biofílico e o contato com a natureza estejam sempre presentes em todos os ambientes, integrando e conseqüentemente criando visadas que promovam o bem-estar dos usuários.

Na proposta dos quartos de internação, a ideia principal era remeter a um ambiente terapêutico, remetendo sempre a uma lembrança familiar. Foi proposto um layout com uma cozinha de apoio, onde a própria família pudesse cozinhar para o paciente, além de armários e mesa de estudo, buscando apropriar o espaço através da humanização, mas remetendo a lembrança de um ambiente familiar, promovendo assim, um bem-estar para o paciente durante do tratamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o embasamento através de todas as pesquisas bibliográficas, fica claro o impacto dos ambientes no dia a dia das pessoas, concluindo assim, que a arquitetura tem um papel fundamental como promoção da cura. Áreas destinadas a lazer e interação possuem o poder de amenizar a dor, elevar a esperança de cura e melhorar a qualidade de vida, proporcionar momentos de reflexão e convivência social, assim como tornar o paciente mais ativo, aumentando sua expectativa de vida.

ABSTRACT

Due to the growing concern about the condition of the hospital spaces, the projects have undergone modifications, valuing the humanization of their spaces as an element that helps in the recovery of the patient. Thus, a change of focus: not to create a hospital architecture, but an architecture for health. Therefore, a humanized

hospital architecture must take into account in addition to the physical elements, but psychological, social, emotional and ethical elements that provide the well-being for all involved in the process. Thus, the objective of the present study is to reinforce the characteristics necessary for the humanization of spaces, in order to provide treatment and an oncological diagnosis based on the creation of a project for a Pediatric Oncology Center enabled by SUS (Unified Health System) in Juiz de Fora- Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, José Gustavo Francis; BORGES, Marcos Martins; OLIVEIRA, Juliana Simili de. **Arquitetura para equipamentos públicos e as redes em saúde**. In: I ENANPARQ (Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Arquitetura, Cidade, Paisagem e Território: percursos e prospectivas, 2010, Rio de Janeiro. Anais ... Rio de Janeiro: 2010.

ARMOND, Lindalva Carvalho. **Buscando compreender o fenômeno da hospitalização para o adolescente**. Dissertação de Mestrado (Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais). Belo Horizonte (MG): UFMG, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CARMO, Andresa do. **A brinquedoteca hospitalar: uma intervenção positiva para criança hospitalizada**. Monografia (Departamento de Educação do Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem). São Paulo: 2008

CORBELLA, Oscar; YANNAS, Simos. **Em Busca de Uma Arquitetura Sustentável Para os Trópicos** [2.ed.].

COSTEIRA, Elza Maria Alves. **Arquitetura Hospitalar: história, evolução e novas visões**, 8 f. (Artigo) – Departamento de Arquitetura e Urbanismo, UFRJ, 2014

Dias SMZ, Motta MGC. **Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada**. Ciênc Cuid Saúde. 2004;3(1):41-54.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.

HONICKY, Marilise; SILVA, Rosanna Rita. **O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração**. Psicologia hospitalar [online]. São Paulo: 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v7n1/v7n1a04.pdf>. Acessado em 23 de dezembro de 2020.

LUKIANCHUKI, Marieli Azoia; SOUZA, Gisela Barcellos de. Humanização da arquitetura hospitalar: **Entre ensaios de definições e materializações híbridas**. São Paulo:Arquitextos, 2010. Disponível em: <https://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/10.118/3372>. Acessado em: 23 de novembro de 2020.

MARTINS, Vânia Paiva. **A humanização e o ambiente físico hospitalar**. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABDEH, 1, 2004. ABDEH, 2004.

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

OLIVEIRA, Helena de. **A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/1993.v9n3/326-332/pt/>. Acessado em: 23 de novembro de 2020.

PASCHE, Dário Frederico. **Humanização e os Hospitais Brasileiros: experimentando a construção de novos paradigmas e novas relações entre usuários, trabalhadores e gestores**. Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

SAMPAIO, Ana Virgínia Carvalhaes de Faria. **Arquitetura hospitalar: projetos ambientalmente sustentáveis, conforto e qualidade; proposta de um instrumento de avaliação**. Tese de doutorado (FAUUSP – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo). São Paulo: FAUUSP, 2005.

SANTOS, C. T. dos, & Sebastiani, R. W. (2003). **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica**. In V. A. Angerami-Camon (Org.), E a psicologia entrou no hospital (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira Thomson Learning. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2250348&pid=S1677-7409200900010000400017&lng=pt . Acessado em: 23 de novembro de 2020.

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. **A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1414-32832008000200008&script=sci_abstract&lng=pt. Acessado em: 23 de novembro de 2020

TOLEDO, Luis Carlos de Menezes. Feitos para curar. **Arquitetura hospitalar e processo projetual no Brasil**. 2002. Dissertação de Mestrado (PROARQ - Programa de Pós-Graduação em Arquitetura). Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2002.

