

ARQUITETURA E PRIVACIDADE EM EDIFÍCIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONSIDERAÇÕES SOBRE PESQUISA E PROJETO

ARQUITECTURA Y PRIVACIDAD EN EDIFICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD: CONSIDERACIONES SOBRE INVESTIGACIÓN Y PROYECTO

ARCHITECTURE AND PRIVACY IN HEALTH CARE FACILITIES: RESEARCH AND DESIGN CONSIDERATIONS TITLE IN ENGLISH

MEDEIROS, LUCIANA DE

Arquiteta, Professora Doutora do Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
E-mail: medeiros.luciana@outlook.com

RESUMO

As discussões sobre a valorização do usuário no contexto de atenção à saúde, aliadas aos avanços científicos e tecnológicos do setor, têm influenciado a gestão e os projetos arquitetônicos de edificações hospitalares. Estudos em diferentes áreas do conhecimento revelam que as mudanças no ambiente físico e social de atendimento em saúde podem influenciar positivamente os resultados médicos. Nesse campo, os atributos ambientais passam a fazer parte do conjunto de medidas voltado para o restabelecimento do paciente, dentre os quais os mais citados são: distrações positivas, contato interior-exterior do edifício, suporte social, controle das condições de conforto e da interação social. Nesse sentido, textos que abordam ética e infecção hospitalar têm indicado a importância de considerar a privacidade, especialmente nas pesquisas em psicologia ou enfermagem. Constatando-se a escassez desse tipo de debate dentro da arquitetura, o objetivo deste artigo é refletir sobre questões de privacidade em ambientes de atenção à saúde. A discussão se baseia em revisão bibliográfica interdisciplinar, apoiada principalmente nos estudos do campo pessoa-ambiente, pois a privacidade é um conceito multidimensional intrinsecamente vinculado às relações entre as pessoas e o ambiente físico. Conclui-se pela indicação da possibilidade de trabalhar com diretrizes de projeto que auxiliem o controle da privacidade e possibilitem a estruturação de novas pesquisas na área.

Palavras-chave: arquitetura; privacidade; estabelecimentos de saúde; projeto; pesquisa.

RESUMEN

Las discusiones sobre la valorización del usuario en el contexto de atención a la salud, aliadas a los avances científicos y tecnológicos del sector, han influido en la gestión y los proyectos arquitectónicos de edificaciones hospitalarias. Estudios en diferentes áreas del conocimiento revelan que los cambios en el ambiente físico y social de atención en salud pueden influenciar positivamente los resultados médicos. En este campo, los atributos ambientales pasan a formar parte del conjunto de medidas orientadas hacia el restablecimiento del paciente, entre los cuales los más citados son: distracciones positivas, contacto interior-exterior del edificio, soporte social, control de las condiciones de confort y de la interacción social. En ese sentido, textos que abordan ética e infección hospitalaria han indicado la importancia de considerar la privacidad, especialmente en las investigaciones en psicología o enfermería. Constatando la escasez de ese tipo de debate dentro de la arquitectura, el objetivo de este artículo es reflejar sobre cuestiones de privacidad en ambientes de atención a la salud. La discusión se basa en una revisión bibliográfica interdisciplinaria, apoyada principalmente en los estudios del campo persona-ambiente, pues la privacidad es un concepto multidimensional intrínsecamente vinculado a las relaciones entre las personas y el ambiente físico. Se concluye por la indicación de la posibilidad de trabajar con directrices de proyecto que ayuden al control de la privacidad y posibiliten la estructuración de nuevas investigaciones en el área.

Palabras clave: arquitectura; privacidad; establecimientos de salud; proyecto; la investigación.

ABSTRACT

The discussions about user valorization in the context of health care, combined with scientific and technological advances in the sector, have influenced the management and architectural projects of hospital buildings. Studies in different areas of knowledge reveal that changes in the physical and social environment of health care can positively influence medical outcomes. In this field, the environmental attributes become part of the set of measures aimed at the reestablishment of the patient, among which the most cited are: positive distractions, interior-exterior contact of the building, social support, control of comfort conditions and social interaction. In this sense, texts that address hospital ethics and infection have indicated the importance of considering privacy, especially in psychology or nursing research. Noting the scarcity of this type of debate within architecture, the purpose of this article is to reflect on privacy issues in health care settings. The discussion is based on an interdisciplinary bibliographic review, supported mainly by the studies of the human-environment field, since privacy is a multidimensional concept intrinsically linked to the relationships between people and the physical environment. It concludes by indicating the possibility of working with project guidelines that help control privacy and enable the structuring of new research in the area.

Key words: architecture; privacy; health facilities; project; research.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no espaço físico dos estabelecimentos assistenciais de saúde correspondem a uma significativa diversidade de teorias, avanços e descobertas provenientes de diferentes áreas do conhecimento e incrementadas nos últimos 40 anos. Nesse campo, discussões acerca do processo saúde-doença e do estudo das reações emocionais e fisiológicas das pessoas influenciadas pelo ambiente hospitalar favoreceram o surgimento de novas políticas de saúde e reflexões sobre a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2004; VERDERBER; FINE, 2000).

Como consequência, no contexto da arquitetura, os estabelecimentos hospitalares passaram a ter seu planejamento, construção e administração fundamentados em novos ideais, como, entre outros: (i) participação do usuário no processo de avaliação e concepção projetual; (ii) racionamento e aproveitamento de fontes de energia natural como direcionadores de projeto; (iii) revalorização da tradição histórica na Arquitetura. Assim, cresce o número de projetos e pesquisas que levam em conta essa relação do edifício com o entorno, a relação do usuário com o edifício, a relação do edifício com novos paradigmas de saúde e doença e os elementos derivados dessas relações.

É possível identificar, tanto no cenário internacional como no nacional, um debate já consolidado acerca do emprego de elementos arquitetônicos capazes de promover suporte psicossocial ao paciente e demais usuários da edificação. Tais componentes estão associados a: controle da interação e dos meios para obtê-la, apoio social, conforto físico, acesso à natureza e ao entretenimento. Nesses termos, a privacidade tem sido frequentemente incluída no rol de características ambientais positivas, mas pouco observada nas pesquisas no campo de arquitetura. Embora seja um tema citado pelos autores que discorrem sobre a história dos hospitais (THOMPSON; GOLDIN, 1975), o caráter subjetivo da privacidade dificulta a realização de pesquisas e a definição de princípios projetuais que possam ser aplicados a diferentes setores desses edifícios.

Assim, como forma de refletir sobre essas questões e encontrar subsídios de projeto que auxiliem o trabalho de arquitetos e pesquisadores, este artigo baseia-se numa revisão bibliográfica interdisciplinar sobre a temática, sobretudo nos estudos pessoa-ambiente, e estrutura-se em três partes principais: novos critérios de projeto para estabelecimentos de atenção à saúde, breves notas sobre privacidade e privacidade no cenário hospitalar.

2 SUPORTE PSICOSSOCIAL DOS ESPAÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: NOVOS CRITÉRIOS PROJETUAIS

Os espaços de atenção à saúde, especialmente os de porte hospitalar, possuem características físicas – quantidade e diversidade de ambientes, pessoas e equipamentos – e operacionais que geralmente produzem tensão em pacientes e seus familiares. Conforme reflexões de Rodriguez-Marin (1995), quando alguém entra num hospital, o primeiro impacto é o do ambiente físico, seguido, se for o caso, da total falta de intimidade e da transformação da sua vida privada em pública, permanentemente acessível aos profissionais. O paciente é obrigado a obedecer a instruções da equipe médica e cumprir regras gerais do local. Se for internado, assume o papel de enfermo hospitalizado e dependente do sistema da instituição. O pessoal do hospital assume todo o controle dos meios, recursos e mobilidade dos pacientes, incluindo recursos físicos e de informação. A hospitalização passa a ser um estressor cultural, social, psicológico e físico.

Para os que trabalham com projeto arquitetônico com ênfase na relação pessoa-ambiente, vários são os fatores a serem considerados na diminuição do estresse na vivência ambiental. Há uma série de teorias sobre minimização da fadiga mental através dos espaços naturais e jardins – *restorative environments* – e sobre a redução dos níveis de estresse na experiência de adoecimento, com foco no ambiente construído. Nesse sentido, o que alguns autores denominam *humanistic project* ou *healing environment*, outros chamam de *supportive design*. De uma maneira geral, é um ambiente voltado integralmente para a recuperação e restabelecimento do paciente, envolvendo pessoas, comportamentos e componentes físicos (CARPMAN; GRANT, 1986; MALKIN, 1992; ULRICH, 1995).

Carpman e Grant (1986) sugerem que um “projeto arquitetônico humanístico” deve contemplar o ponto de vista de pacientes e visitantes por intermédio de processos participativos, observações, entrevistas e avaliações pós-ocupação. De acordo com os autores, o resultado obtido nessas investigações deve atender a quatro grandes quesitos que se relacionam ao cuidado com: a sinalização; o conforto físico; a possibilidade de regular o contato social; e os significados transmitidos pelo ambiente.

Em direção semelhante, Malkin (1992) apresenta exemplos de hospitais que seguem uma filosofia chamada de *Planetree*, fundamentada na premissa de que o paciente deve ter poder de escolha e controle sobre vários aspectos ligados ao seu tratamento. Trata-se do que hoje se denomina de “cuidado centrado no paciente”, conjunto de medidas que envolvem a relação médico-paciente, o apoio da família e principalmente o acesso à informação. Quanto ao projeto arquitetônico, para a criação de *healing environments*, torna-se necessário atentar para o controle de ruídos, qualidade do ar, conforto térmico, privacidade, iluminação, visão da natureza, cores, texturas e acomodações para os familiares dos pacientes.

Por sua vez, Ulrich (1995) elaborou a teoria do *supportive design*, defendendo que o ambiente é capaz de favorecer elementos para o enfrentamento da doença e dos diferentes aspectos associados a ela. O termo logo passou a ser associado às características do ambiente que dão suporte ou facilitam a reação e o restabelecimento do paciente, parte dos quais se vincula à redução do estresse durante o processo de hospitalização. Para tanto o autor ressalta ser essencial que o paciente possua: controle da mobilidade, da interação social/privacidade e dos meios para consegui-las; suporte social; acesso à natureza e distrações positivas. Também vale citar as pesquisas do autor a respeito do impacto do ambiente hospitalar sobre o estresse (ULRICH, 2001; ULRICH, et. al., 2006); presença de jardins como medida terapêutica (ULRICH, 2000); e impacto do ruído sobre pacientes e funcionários (JOSEPH; ULRICH, 2007).

No que concerne ao projeto arquitetônico, é possível constatar que as questões associadas ao suporte psicossocial do edifício estão vinculadas à organização espacial do edifício, à presença de determinados ambientes, ao layout e à integração da edificação com o entorno. Assim, é preciso oferecer ao paciente:

- Possibilidade de controle dos meios - sinalização e comunicação visual (controle dos meios pode incluir, por exemplo, informações prestadas ao paciente e sua participação no tratamento. Porém, no tocante ao espaço físico, a sinalização dos ambientes é essencial para que os usuários entendam os percursos a serem realizados).
- Possibilidade de controle da interação social - layout e distâncias interpessoais; presença de elementos que permitam ou não a visualização da pessoa, como vidros nas esquadrias ou elementos vazados; posição do mobiliário em relação às portas ou circulações.
- Suporte social - locais para permanecer com a família ou acompanhantes e para conversar com staff; áreas de convívio, telefones, etc.
- Possibilidade de acesso à natureza e distrações positivas - visualização do exterior do edifício, posição do mobiliário em relação às aberturas/janelas/portas, elementos como jardins, fontes de água e equipamentos de comunicação/informação (livros, revistas, rádios, televisões, computadores e acesso à internet).
- Condições físicas para permanência - temperatura, iluminação, ruído, odores (janelas ou outros tipos de aberturas que possibilitem entrada de ventilação e/ou iluminação naturais; proximidade com outros ambientes que sejam fonte de odores e ruídos; presença, quando for o caso, de condições artificiais de ventilação/iluminação).

Vale salientar que esses elementos não são compreendidos da mesma maneira nos diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, nem aparecem juntos em todos os setores da edificação. Dependendo do país de origem, da unidade funcional ou do espaço em questão, esses componentes apresentarão variações relacionadas às recomendações das normativas locais, ao clima, aos detalhes de funcionamento e aos aspectos culturais. Porém, para que haja de fato o impacto do ambiente físico na redução do estresse e no processo terapêutico, é necessário haver atuação, em conjunto, das práticas e ações de saúde direcionadas ao cuidado com o paciente.

Sabendo que parte significativa de trabalhos dentro desta vertente tem sido publicada em países centrais, torna-se relevante enfatizar que, nos últimos anos, pesquisadores brasileiros da área de Arquitetura Hospitalar também têm desenvolvido estudos equivalentes (CAVALCANTI, 2011; MACHADO, 2012; TOLEDO, 2008). Quanto aos quesitos que envolvem privacidade, ou seja, controle da interação social, o número de pesquisas é reduzido e geralmente restrito ao setor de internação (SILVEIRA; FELIPPE, 2019).

3 BREVES NOTAS SOBRE PRIVACIDADE

O estudo da privacidade tem trazido importantes contribuições para diversas áreas do saber, cada uma delas com suas definições, propostas e linguagem própria. De acordo com Newell (1992), não há concordância sobre o fato de a privacidade ser uma condição individual, uma qualidade do lugar, um processo, uma meta ou um comportamento observável. Para os filósofos, a privacidade é uma parte necessária da existência humana. Para os advogados, um direito básico, um direito de viver sem a interferência do estado ou de outros quando julgar necessário. Para os sociólogos, importante para a sustentação das relações humanas em geral e da intimidade.

Moore (1984) discute a privacidade a partir de estudos exploratórios da área de antropologia, com ênfase nos contextos social e cultural do comportamento humano. Aborda a privacidade e direito privado em função da noção de intrusão/interferência dos outros. Apesar da presença de comentários a respeito da sociedade da época, seu conteúdo principal é formado por estudos de antigas civilizações, como forma de compreender parte do comportamento atual. Em resumo, o elemento básico da violação da privacidade é a intrusão: a necessidade de privacidade é a necessidade de proteger-se contra intrusos. E é também uma necessidade socialmente criada, pois se não estivéssemos dentro de uma sociedade, não precisaríamos de privacidade. Porém, o desejo e a quantidade/qualidade de privacidade possuem variações conforme grupos.

A violação da privacidade – ainda segundo o autor, intrusão do espaço pessoal – pode ocorrer em diversos níveis e de diversas formas. Porém, o direito à intrusão geralmente se concentra entre membros de grupos com muita intimidade e afeto, com a justificativa de proteção ou amor ao outro. Ainda assim, muitos de nós escolhemos nos resguardar em algumas situações. Nas sociedades modernas, cujos meios de comunicação democratizam a informação, o cuidado com a confidencialidade tem sido fator recorrente. No tocante às necessidades fisiológicas e ao sexo, a maior parte das civilizações requerem privacidade. O que varia é o tipo de isolamento ou limite empregado para estabelecer o afastamento dos intrusos de acordo com as regras próprias de cada cultura relacionadas ao status social e ao gênero.

Altman (1975) é uma das referências mais citadas nos trabalhos sobre privacidade que consideram a relação pessoa-ambiente. Segundo o autor, existem oito aspectos principais da privacidade:

- É um processo de controle do contato social;
- Envolve a relação entre privacidade desejada e alcançada, sendo o nível satisfatório de privacidade o equilíbrio entre os dois tipos;
- Processo dialético porque envolve restrição e procura da interação com os outros em determinadas circunstâncias;
- Processo de otimização porque envolve quanto 'acesso ao seu eu' será permitido;
- Regula duplamente a relação entre o eu e os outros;
- Envolve diferentes unidades sociais: indivíduo, família e outros grupos;
- Pode ser obtida através de mecanismos verbais, não-verbais ou ambientais;
- Tem duas funções principais: controle da interação e estruturação da identidade individual.

Todas as culturas têm mecanismos comportamentais para controlar a acessibilidade social em relação aos outros. Para exemplificar essa afirmação, Altman (1975) cita alguns estudos realizados em diferentes países a respeito de grupos sociais distintos. O conceito de privacidade aparece nas pesquisas de diferentes áreas do saber: psicologia, sociologia, antropologia, ciências políticas, direito e arquitetura. Entretanto, seus significados variam, pois enquanto alguns autores enfatizam definições que envolvem afastamento ou restrição da interação, outros trabalham com a ideia de controle - às vezes restrição, às vezes procura.

A definição de privacidade proposta por Altman (ALTMAN, 1975, p.18) é: “controle seletivo de acesso ao eu ou aos outros”. Sua análise conceitual está ancorada em quatro aspectos principais: unidades sociais, caráter dialético, caráter otimizador e processo de regulação de limites – assim definidos:

- Unidades da privacidade: considera-se privacidade como um evento interpessoal que envolve relações entre pessoas ou grupos: pessoa-pessoa, pessoa-grupo, grupo-pessoa e grupo-grupo.
- Natureza dialética: situações nas quais as pessoas querem ficar sozinhas e longe do contato com os outros e situações nas quais os outros são buscados. Separações permanentes não são desejáveis e podem ser prejudiciais. A natureza dialética está no constante equilíbrio entre forças opostas: estar acessível ou inacessível.

- Caráter otimizador: característica da privacidade que considera o equilíbrio entre quantidade e qualidade de interação ou restrição do contato. Obter privacidade em níveis baixos ou em excesso causa insatisfação.
- Processo de regulação de limites: envolve conceitos relacionados com espaço pessoal (zona invisível ao redor do corpo, com base na qual se estabelece relações de contato e diálogo com o 'outro' – SOMMER, 1960/1973 e 2018) e territorialidade (manutenção de um espaço de domínio individual ou grupal – PACHECO et al, 2016), para os quais concorrem os processos de privacidade desejada e alcançada.

Altman (1975) explica que os mecanismos utilizados para atingir níveis desejados de privacidade incluem os verbais, não-verbais, ambientais e culturalmente definidos por determinadas normas e práticas, abarcando entre eles as noções supracitadas. Note-se, ainda, ser comum que, em várias situações um mecanismo possa substituir outro ou que aconteçam usos combinados, mudando de acordo com circunstâncias e com nosso sistema de feedback. No que diz respeito ao espaço físico como mecanismo de obter privacidade, o autor cita: roupas e características do ambiente (territórios), áreas e objetos. Nesse sentido, idade, ocupação e estilo de roupa adotado garantem um status no grupo e dizem para as pessoas quem você é, ajudam a definir situações e papéis sociais.

4 ALGUNS ESTUDOS SOBRE A PRIVACIDADE EM AMBIENTES DE ATENÇÃO À SAÚDE

De uma maneira geral, as discussões acerca da privacidade no ambiente hospitalar são direcionadas aos setores de maior permanência do paciente, compostos pelas enfermarias e pelas unidades de tratamento intensivo. Tal fato não exclui a preocupação com outras áreas hospitalares, como urgência, emergência ou unidades de diagnóstico e terapia, menos citadas nos estudos sobre o assunto. De todo modo, grande parte dessas investigações refere-se mais ao comportamento da equipe de saúde no cotidiano das práticas com o paciente do que à presença de componentes espaciais capazes de auxiliar as condições de privacidade.

Buscando estabelecer conexão entre essas questões e a existência de elementos arquitetônicos mais propícios aos cuidados com a privacidade, foram selecionados estudos (apresentados resumidamente a seguir) que ressaltam variáveis presentes no cotidiano das práticas médicas e dos espaços hospitalares que, sob a ótica do paciente ou da equipe de profissionais de saúde, interferem no contato físico, visual, auditivo e olfativo entre pessoas, informações e rotinas realizadas nesses estabelecimentos.

Dentro da equipe de funcionários responsável pelos cuidados oferecidos ao paciente, os enfermeiros representam os que permanecem por mais tempo no desempenho de atividade voltada aos indivíduos hospitalizados e, por esse motivo, os responsáveis diretos por uma quantidade maior de situações que envolvem a perda da privacidade. Dessa forma, questões sobre ética e direitos humanos têm permeado constantemente as reflexões desses profissionais, tanto no cenário internacional como nacional. Assim, por exemplo, podem ser mencionados os trabalhos de Charles-Edwards e Brotchie (2005) em unidades destinadas ao atendimento infantil; o de Puplim e Sawada (2002), acerca da necessidade de ultrapassar o tecnicismo presente nas práticas de saúde e de considerar as dificuldades do paciente; e o de Deshefy-Longhi et. al. (2004), sobre a visão de pacientes e funcionários a respeito da privacidade e confidencialidade.

No estudo desenvolvido por Woogara (2005) em um hospital geral de Londres, profissionais de saúde e pacientes de diferentes tipos de enfermarias foram entrevistados a fim de expressarem seu entendimento sobre privacidade. Corroborando com a literatura da área, as categorias incluíram aspectos relacionados à pessoa e à informação. Apesar das semelhanças com outras pesquisas sobre o assunto, dois fatos chamaram a atenção: a maior parte dos pacientes adota uma postura de aceitação diante dos problemas ocasionados pelo comprometimento da sua privacidade e muitos profissionais de saúde desconsideraram a privacidade como uma prioridade no atendimento prestado. Apesar da existência de leis, decretos e regulamentos do governo a respeito dos direitos humanos e do direito à dignidade, os resultados da pesquisa mostraram que a maior parte dos profissionais não tinha conhecimento sobre o conteúdo desses documentos.

Em um dos poucos trabalhos realizados em espaços destinados ao atendimento imediato, Barlas et.al. (2001) investigaram a percepção dos pacientes em relação à privacidade do local, com o objetivo de promover mudanças construtivas e de *layout*. O estudo comparou, numa unidade de emergência de um hospital universitário, as salas que possuem paredes como divisórias e as que possuem apenas cortinas. Conforme informações obtidas através de entrevistas, um número maior de pacientes atendidos nas áreas

com cortinas considerou que o nível de privacidade não era satisfatório, já que havia a possibilidade de ver, ouvir, ser visto e ouvido mais facilmente.

A partir de uma pesquisa realizada com o objetivo de investigar o sentimento dos pacientes frente à invasão do seu espaço territorial e pessoal pelos profissionais de enfermagem, Sawada (1995) alerta para a necessidade de considerar a ansiedade gerada por estes aspectos nas práticas de saúde. O referencial teórico utilizado é constituído por autores que trabalham com a relação pessoa-ambiente e que tratam das distâncias interpessoais, do espaço pessoal e da territorialidade. O estudo é composto por questionários com escalas adaptadas à cultura brasileira, aplicados aos pacientes internados em enfermarias de hospital público. Os resultados apontaram, entre outros aspectos, a interrupção do sono e descanso do paciente pela equipe de enfermagem e a entrada no espaço físico do mesmo, toque e proximidade íntima como fatores de incômodo e ansiedade. Segundo a autora, o conhecimento dessas questões ajuda no planejamento de reformas e mudanças no espaço físico e no trabalho de orientação da equipe de enfermagem.

Ferreira et. al. (2002) discutem a natureza biológica e social dos indivíduos atrelada ao conceito de gênero, pois interessava investigar as representações sociais do feminino e do masculino no cuidar e no cuidado de enfermagem sob a ótica do paciente. Os participantes compreenderam vinte e seis clientes da unidade de internação de um hospital universitário e a coleta de dados incluiu entrevista e observação de campo durante cinco meses. A partir da análise das entrevistas, as autoras discutiram diferenças entre homens e mulheres no que se refere aos seus corpos, fruto de um convívio social mediado pela cultura. Apesar dessa constatação carregar uma série de aspectos que aprofundam as discussões no assunto, de uma maneira geral aponta para a valorização das marcas do gênero impressas e expressas no sujeito dentro dos cuidados de enfermagem.

Em pesquisa sobre o significado do termo dignidade para pacientes e profissionais de saúde, Baillie (2009) desenvolve sua investigação num setor de cuidados pós-cirúrgicos num hospital público da Inglaterra. Suas perguntas centrais baseiam-se na forma de tratar a dignidade do paciente, principalmente a partir de medidas de caráter comportamental por parte dos profissionais que realizam o trabalho diário no setor de internação. Os resultados apontam que a dignidade está diretamente relacionada às condições de privacidade do paciente, vinculadas também à falta de controle na maneira como alguns procedimentos são realizados e na exposição corporal. Para a surpresa da autora, os pacientes associaram sua vulnerabilidade à estrutura física do local pesquisado, citando o *layout* das enfermarias como um dos aspectos a serem revistos para melhorar a situação atual.

O texto de Josep e Ulrich (2007) examina de que forma os diferentes aspectos do som – ruído, fala, inteligibilidade e música – ocasionam impactos no paciente e como o design pode melhorar as condições de acústica no ambiente hospitalar. As informações obtidas revelam que os hospitais são extremamente barulhentos, com níveis de ruído acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, gerando impacto tanto nos pacientes como na equipe de profissionais que presta atendimento. Os problemas apresentados pelos pacientes englobam irritação, perda de sono e aumento da ansiedade, ao passo que, pelos profissionais de saúde os sintomas da exposição prolongada ao ruído são irritação, estresse, fadiga, exaustão emocional e dificuldades para desempenhar tarefas. A música funcionaria diminuindo a ansiedade de ambos.

Para os estudiosos no assunto, segundo Josep e Ulrich (2007), o excesso de ruído é provocado principalmente pelo elevado número de fontes de barulho e pela quantidade maior de materiais refletivos do que absorventes nos ambientes. Assim, as medidas para reduzir o ruído teriam duas origens: comportamental e de design. Esta última envolve o uso de materiais absorventes e planejamento de quartos individuais nas unidades de internação. Inteligibilidade da fala seria a compreensão do que é dito na comunicação entre profissionais de saúde e paciente no cotidiano das rotinas hospitalares. Para isso é necessário considerar a qualidade acústica dos ambientes. Privacidade da fala refere-se ao fato de ouvir ou ser ouvido pelos outros e em que medida e local isso acontece. Nesse caso, os componentes arquitetônicos capazes de melhorar as situações de privacidade e confidencialidade da fala incluem: quartos individuais na internação, aplicação de materiais absorventes em algumas salas e divisórias e existência de locais adequados para conversar com o paciente e/ou familiares.

O trabalho de Douglas e Douglas (2004) teve o propósito de investigar a percepção e as atitudes dos pacientes acerca do ambiente hospitalar num estabelecimento localizado no Reino Unido. A proposta também era contribuir na elaboração de futuras reformas e futuros projetos na referida área. O estudo foi de natureza exploratória e incluiu a participação de 50 pacientes de diferentes áreas do hospital, desde setores cirúrgicos e maternidade até setores voltados para geriatria. As questões desenvolvidas a partir das entrevistas tinham como base o entendimento de como o ambiente hospitalar, englobando atendimento e

espaço físico, poderia afetar positivamente e negativamente pacientes e familiares. Embora as diferenças de gênero, idade e patologia pudessem dificultar a análise dos dados coletados, as respostas apresentaram semelhanças quanto aos itens positivos, negativos e sugestões dadas. Os pacientes ressaltaram a necessidade de se sentirem seguros no ambiente e de terem condições satisfatórias de privacidade. Paralelamente, falaram a respeito da criação de ambientes menos impessoais, com vista para o exterior, locais para a realização de atividades recreativas ou de contemplação e locais para convívio entre familiares.

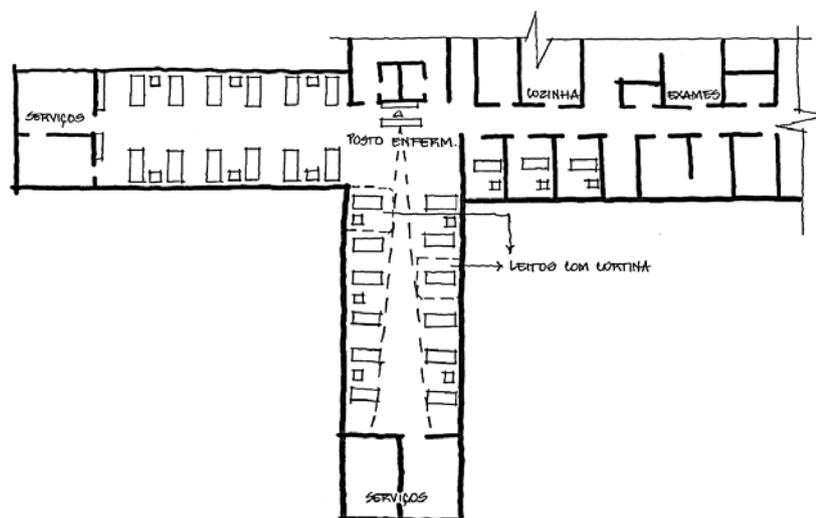
Heikkinen et. al. (2006) desenvolvem suas reflexões a partir dos múltiplos aspectos e definições da privacidade: necessidade, direito, estado de inacessibilidade e um período de afastamento da interação. Em ambientes de atenção à saúde está associada a fatores físicos, sociais, psicológicos e de informação, conforme discutem autores do campo da ética e dos estudos comportamento-ambiente. No tocante aos fatores físicos, a pesquisa realizada com o propósito de identificar a noção dos funcionários acerca da privacidade em estabelecimentos públicos e privados, revelou que o corpo, o espaço pessoal, a territorialidade e alguns elementos do espaço físico sobressaíram nas respostas. Quanto aos últimos componentes, os participantes da pesquisa citaram a presença de portas, aberturas, divisórias de vidro e local para guarda de pertences como itens de medida para investigar os níveis de privacidade.

O trabalho de Huton (2002) explora o significado do espaço privado para adolescentes na unidade de internação de um hospital. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista e os principais resultados indicaram o desejo por determinados ambientes mais reservados para ler, falar ao telefone ou descansar. Apesar da literatura da área apontar o quarto individual como melhor opção para garantir níveis satisfatórios de privacidade, este estudo mostrou que os entrevistados preferiram quartos duplos, já que podiam ter a companhia de alguém da mesma idade. Banheiros dentro do quarto também foram considerados como importante item na procura por privacidade, assim como a presença de portas e cortinas em alguns ambientes.

Por outro lado, o texto de Johnson (2005) expõe que a necessidade do paciente por privacidade, apesar de compreensível, é incompatível com a necessidade de supervisão por parte da equipe de enfermagem. Partindo do pressuposto de que a privacidade total é impossível, o autor destaca quatro faces a serem consideradas na assistência em saúde: respeito ao corpo do paciente; uso de mecanismos espaciais para obter privacidade, como cortinas e biombo; compromisso com a discricção/confidencialidade de dados a respeito do paciente e respeito à necessidade dos pacientes de estarem mais ao lado de familiares e amigos.

As exigências com supervisão e visualização do paciente nos espaços hospitalares e, conseqüentemente, a inserção desta demanda no processo de projeto desde as primeiras fases de desenvolvimento, são aspectos recorrentes nas discussões sobre a história das tipologias hospitalares (Figura 01). Entretanto, vão de encontro aos mecanismos de busca por privacidade, pois se por um lado o paciente sente-se seguro e satisfeito com o cuidado e compromisso da equipe, por outro se sente invadido constantemente.

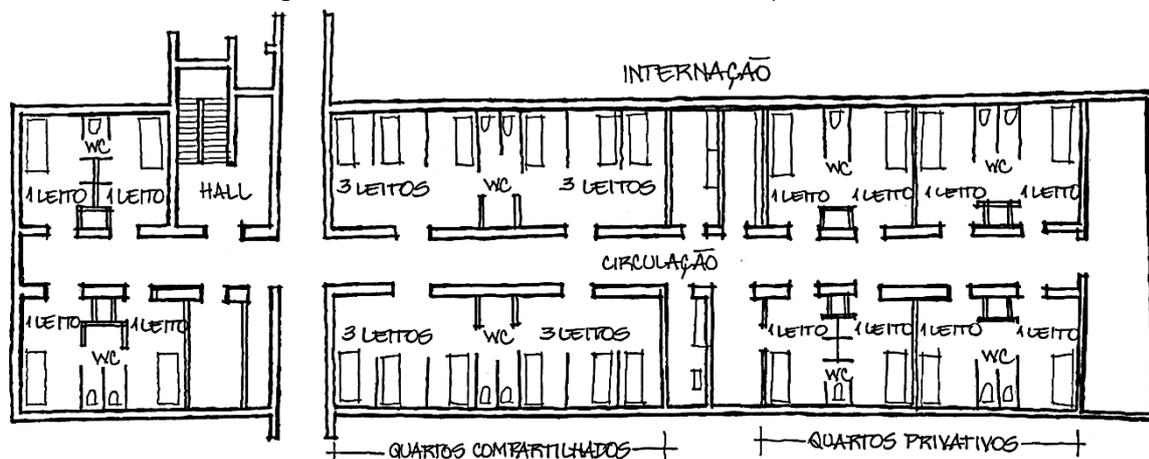
Figura 1: Planta baixa de trecho de área de internação com ângulo de visão a partir do posto de enfermagem



Fonte: Croqui de Letícia Nunes Azevedo - adaptado de THOMPSON; GOLDIN (1975)

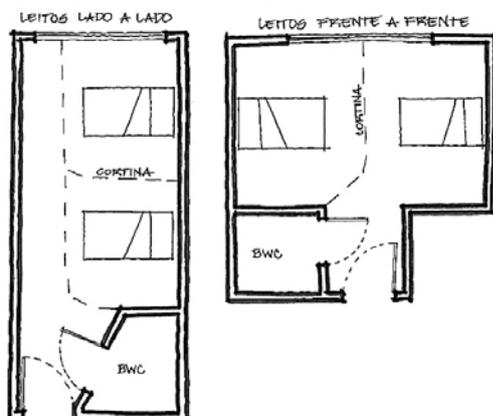
Carpman e Grant (1986) e Verderber e Fine (2000) comentam que propostas arquitetônicas para atenuar problemas com privacidade nas unidades de internação começaram a ser trabalhadas com maior ênfase a partir dos anos de 1960. Soluções de projeto contemplaram desenhos que apresentavam desde um até seis leitos numa enfermaria, seguindo o raciocínio de que a área ocupada pelos cômodos com menor número de leitos teria que corresponder à área de enfermarias com maior número (Figuras 02, 03 e 04).

Figura 2: Planta baixa com enfermarias de 3 leitos e quarto individual



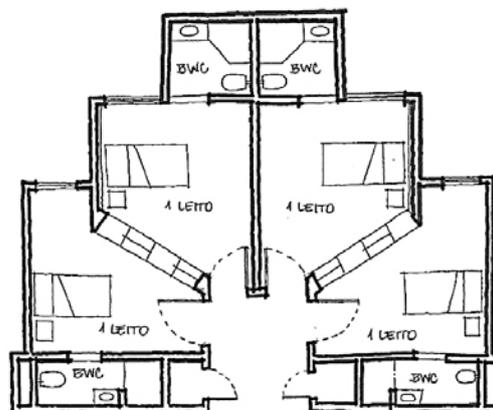
Fonte: Croqui de Leticia Nunes Azevedo - adaptado de THOMPSON; GOLDIN (1975)

Figura 3: Enfermarias com diferentes dimensões e posicionamento dos leitos



Fonte: Croqui de Leticia Nunes Azevedo - adaptado de CARPMAN; GRANT (1986)

Figura 4: Apartamentos com 1 leito.



Fonte: Croqui de Leticia Nunes Azevedo - adaptado de THOMPSON; GOLDIN (1975)

De acordo com Chaudhury et. al (2006), a comparação entre enfermarias coletivas e quartos individuais em unidades de internação está centrada nos benefícios gerados pela privacidade, já que também ocorre redução nos níveis de estresse, na quantidade de medicamentos, menores chances de erros por parte da equipe de enfermagem e maior controle de infecção hospitalar. A pesquisa realizada em quatro hospitais com a participação de profissionais de enfermagem confirmou tais dados recorrentes na literatura sobre o assunto. De fato, existe a preferência pelos quartos individuais quando feita a relação com o processo de restabelecimento do paciente. Porém, quando questionados a respeito das distâncias percorridas para atender os pacientes de quartos individuais e coletivos, os participantes da pesquisa apontaram o segundo modelo como mais confortável, dada a possibilidade de ver um número maior de pacientes num só ambiente.

Numa pesquisa sobre os benefícios dos quartos individuais nos setores de internação hospitalar, Van de Glind et. al. (2007) destacam alguns aspectos relacionados aos conceitos de *healing environment* e *evidence based design*. Apesar destes conceitos abarcarem diversos aspectos da estrutura física e da

gestão do edifício hospitalar, eles também apresentam quesitos ligados ao número de leitos adotados no setor de cuidados com o paciente internado. A pesquisa foi fundamentada numa revisão bibliográfica e concentrou-se nos itens: satisfação do paciente, privacidade, níveis de ruído, qualidade do sono e riscos de infecção hospitalar. Como resultado da análise das informações obtidas, os autores apontaram os quartos individuais como local para atuação adotado por diversas instituições hospitalares, alternativa que se destaca em função da relação custo-benefício, dos melhores resultados médicos e da maior satisfação do cliente.

Em um outro trabalho, dessa vez acerca das interações entre profissionais de saúde e paciente em quartos individuais ou coletivos, Van de Glind et. al. (2008) verificaram algumas diferenças no que diz respeito ao tipo de ambiente em que essa interação se dá. De acordo com seu estudo, os quartos individuais permitiram visitas e conversas mais demoradas e um número maior de perguntas, dos pacientes, sobre aspectos considerados mais íntimos.

Numa vasta revisão de literatura sobre efeitos positivos do ambiente hospitalar sobre a percepção dos pacientes, Devlin e Andrade (2017) exploram todos os quesitos referentes ao suporte psicossocial da edificação. Trazem à tona a importância de um novo campo de estudos para este tipo de reflexão, a chamada neuroarquitetura, que relaciona a função cerebral em áreas como a amígdala, hipocampo e córtex cerebral, e as condições físicas meio ambiente, como forma de compreender respostas emocionais ao ambiente projetado. Em matéria de privacidade, as autoras expõem que a falta de controle dos meios, da interação social e ruído são fatores que aumentam os níveis de estresse do paciente, evidenciando pesquisas com foco na percepção de quartos individuais ou coletivos.

Apesar da existência de projetos que contemplam diferentes números de leitos numa enfermaria e de alguns trabalhos apontarem o quarto individual como única opção para garantir privacidade, essa não é a única ideia ressaltada nesta discussão. Há que se ressaltar, ainda, a existência de outras modalidades de tratamento e de espaços nos quais a possibilidade de controle da interação social beneficiaria o paciente e sua experiência no local. Além das unidades de internação, como apartamentos, enfermarias e UTIs, os ambientes das unidades de apoio ao diagnóstico e terapia necessitam de inúmeros cuidados no tocante à privacidade. Os novos procedimentos, medicamentos, aparatos tecnológicos e o advento da longevidade proporcionam o uso cada vez maior das áreas de tratamento de diversas especialidades, desde fisioterapia, oncologia, medicina nuclear e métodos de diagnóstico por imagem.

Considerando a relação entre privacidade e cultura, bem como dos sentidos atribuídos ao processo de saúde e doença ou ao processo de hospitalização, pode-se imaginar que não há uma resposta única quando se trata de conceitos subjetivos. Isso indica que qualquer proposta nesse sentido deve estar direcionada a um determinado contexto, e ser acompanhada pela análise de uma série de aspectos que a influenciam. Ainda assim, a privacidade visual e acústica são as mais comentadas na literatura sobre o assunto, ao passo que outros quesitos, não menos importantes, geralmente são mencionados com menor destaque. Assim, tendo como base as questões já discutidas, torna-se possível apontar algumas diretrizes projetuais com respeito à busca por privacidade em ambientes de atenção à saúde (Figura 05):

Figura 5: Relação entre os sentidos e as diretrizes projetuais na busca por privacidade

SENTI DOS	VISÃO (Quem vê? Quem é visto?)	AUDIÇÃO (Quem ouve? Quem é ouvido?)	OLFATO (Sente-se cheiros? O que significam?)	TATO (Proximidade/ contato físico)
DIRETRIZES PROJETUAIS	Refletir acerca de diferentes opções de layout para espaços individuais ou coletivos.			
	Testar diferentes arranjos espaciais para as diferentes unidades funcionais e setores específicos.			
	Disponer de elementos que promovam separação ou contato entre pessoas, e que cujo controle possa ser exercido pelos próprios usuários.			
	Disponer de elementos que se relacionam à territorialidade e ao espaço pessoal: idealizar, nos projetos de arquitetura de interiores, local para guarda de objetos pessoais e para os que estão sendo utilizados durante um tratamento.			
	Atentar para a proximidade entre determinados setores cuja fonte de odor ou ruído poderá ser fator de incômodo.			
	Analisar a posição de portas, janelas ou outros tipos de aberturas e em sua relação com o mobiliário, sobretudo os leitos.			
Dotar o(s) ambiente(s) de materiais que promovam conforto acústico.				

FONTE: Elaborado pelo autor

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme discutido nesse artigo, as inovações tecnológicas e científicas nas áreas de diagnóstico e terapia provocam uma série de mudanças na estrutura física e organizacional dos estabelecimentos de atenção à saúde. Para acomodar essa nova demanda, a criação e o desenvolvimento de programas que visam a valorização do indivíduo – profissional e paciente – nas práticas de saúde tem sido uma presença marcante nas políticas públicas e privadas de assistência de vários países.

Dessa forma, considerando a ênfase dada aos estudos pessoa-ambiente no contexto hospitalar e sua relação com o surgimento de conceitos como *healing environment*, *supportive design* ou humanização, chega-se a um conjunto de recomendações projetuais baseados numa nova postura de cuidado com o paciente. Dentro do que foi apresentado nas seções a respeito do tema, reúne-se componentes arquitetônicos ligados ao controle dos meios e das condições de privacidade, ao suporte social, ao conforto e às possibilidades de distração dentro do ambiente hospitalar. Tendo em vista as discussões acumuladas pelos estudiosos no assunto e suas diferentes opções de abordagem, tem-se uma variedade de conclusões, principalmente no âmbito internacional, acerca da influência desses componentes sobre os resultados médicos.

A privacidade é apenas um dos aspectos relacionados ao suporte psicossocial do edifício hospitalar e seu estudo envolve necessariamente elementos que dizem respeito às atitudes dos profissionais de saúde e à organização físico-funcional do local. Entretanto, seu estudo também envolve as questões culturais presentes no cotidiano das nossas relações. O que faz sentido para um paciente durante a sua experiência num determinado ambiente de atenção à saúde está ligado à sua história de vida, ideias, hábitos e costumes também compartilhados com seu grupo social. Assim, é possível destacar duas dimensões fundamentais para o entendimento da privacidade no contexto analisado: em alguns casos, será necessária a preferência pelo compartilhamento do ambiente; em outros, a preferência pela reserva e o desejo por ambientes individualizados ou semi-individualizados.

Apesar de a literatura apontar para a necessidade de privacidade dos pacientes em diversas situações dentro do espaço hospitalar e a importância de considerá-la nos projetos de arquitetura, uma vez que esta condição lhes garantiria dignidade e confidencialidade, a forma como isto acontece é variável: pode alterar-se conforme perfil da instituição, setor que está sendo utilizado, características espaciais e mesmo do indivíduo usuário do serviço e ambiente. Note-se, porém, que, quando existe um desequilíbrio entre a privacidade desejada e a alcançada, os níveis de estresse aumentam e podem ser prejudiciais ao organismo dependendo de uma série de outros fatores, como a enfermidade em questão e o tipo de tratamento em curso, as características de personalidade do paciente e sua história de vida, as características da internação em si (tanto do local – apartamento, enfermaria, etc. - quanto do tempo previsto para acontecer ou a preparação prévia para a hospitalização), o suporte social, entre outros.

No que diz respeito às pesquisas que tratam exclusivamente sobre privacidade e arquitetura no contexto hospitalar, muito há o que se produzir. Pode-se inferir, inclusive, que uma das dificuldades para encontrar material específico sobre o assunto seja proveniente da própria dificuldade em realizar esse tipo de investigação, já que os métodos de coleta de dados podem envolver diferentes graus de “invasão de privacidade”.

Quanto aos aspectos relativos ao projeto hospitalar, pode-se dizer novamente que aqueles relacionados à privacidade estão diretamente associados ao espaço interno ou à interação interior-exterior do edifício. Nesse sentido, é interessante observar a localização destes ambientes dentro das suas respectivas unidades funcionais; as possibilidades de layout utilizadas concomitantemente; aberturas e fechamentos; uso de materiais translúcidos ou opacos e o uso de materiais que absorvam o ruído.

Se a complexidade do edifício hospitalar exige projetos que propiciem o funcionamento eficiente das rotinas desenvolvidas no local, também se espera que permita acolher paciente, acompanhante e funcionário. Ainda que essa não seja uma tarefa fácil, considerar aspectos da relação pessoa-ambiente e conseguir transferir esses dados para o projeto arquitetônico, é um exercício na procura por soluções que amenizem o impacto gerado por rotinas e procedimentos dolorosos. Por fim, espera-se que as discussões aqui desenvolvidas possam servir de base para novos projetos arquitetônicos e novas pesquisas a respeito da temática.

6 REFERÊNCIAS

- ALTMAN, I. *The environment and social behavior*. Monterrey, Califórnia: Brooks/Cole, 1975.
- BAILLIE, L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *International Journal of Nursing Studies*, n. 46, 2009, p. 23–37.
- BARLAS, D.; SAMA, A. E.; WARD, M. F.; LESSER, M. L. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Annals of Emergency Medicine*, v. 38, n. 2, 2001, p.135-139.
- BRASIL/Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização – relatório de atividades 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAVALCANTI, P. B. *A humanização de Unidades clínicas de Hospital-Dia: vivência e apropriação pelos usuários*. Tese (Doutorado em Arquitetura). PROARQ/UFRJ, Rio de Janeiro, 2011, 421f.
- CARPMAN, J.R.; GRANT, M. A. *Design that cares: planning health facilities for patients and visitors*. Chicago: American Hospital Association, 1986.
- CHARLES-EDWARDS, I.; BROTCHE, J. Privacy: what does it mean for children's nurses? *Pediat. Nurs.* v.17, n.5, p. 38-43, 2005.
- CHAUDHURY, H.; MAHMOOD, A.; VALENTE, M. Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: an exploratory comparative assessment. *Appl. Nurs. Res.*, v.19, n.3, p.118-125, 2006.
- DESHEFY-LONGHI, T.; KARPEDIXON, J.; OLSEN, D.; GREY, M. Privacy and confidentiality issues in primary care: views of advanced practice nurses and their patients. *Nursing Ethics*, v.11, n.4, 2004, p.378-393.
- DEVLIN, A. S.; ANDRADE, C. C. Quality of the Hospital Experience: Impact of the Physical Environment. In FLEURY-BAHI, G.; POL, E.; NAVARRO, O. (Orgs.). *Handbook of Environmental Psychology and Quality of Life Research/ International Handbooks of Quality-of-Life*. Switzerland: Springer International Publishing, 2017.
- DOUGLAS, C.H.; DOUGLAS, M.R. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, n.7, 2004, p.61–73.
- FERREIRA, M. A.; FIGUEIREDO, N. M. A.; ARRUDA, A. A expressão de gênero nas representações de clientes hospitalizados sobre o cuidar e o cuidado de enfermagem. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, 2002, p. 111-123.
- HEIKKINEN, A.; WICKSTROM, G.; LEINO-KILPI, H. Understanding privacy in occupational health services. *Nurs. Ethics*, v.13, n.5, 2006, p. 515-530.
- HUTTON, A. The private adolescent: privacy needs of adolescents in hospitals. *Journal of Pediat. Nurs.*, v.17, n.1, 2002, p.67-72.
- JOHNSON, M. Notes on the tension between privacy and surveillance in nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, v.10, n.2, 2005. Disponível em: www.nursingworld.org/ojin/topic27/tpc27_3.htm. Acesso em 30/01/2010
- JOSEPH, A.; ULRICH, R. Sound control for improved outcomes in healthcare settings. *The Center for Health Design*, v.4, 2007. Disponível em <https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Sound%20Control.pdf>. Acesso em 30/01/2010.
- MACHADO, E. S. *Relações entre ambientes internos e externos em centros de reabilitação motora: um estudo na Associação de Assistência à Criança Deficiente de Nova Iguaçu-RJ*. Tese (Doutorado em Arquitetura), PROARQ/UFRJ, Rio de Janeiro, 2012, 217f.
- MALKIN, J. *Hospital Interior Design*. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold, 1992.
- MOORE, B. *Privacy: studies in social and cultural history*. London: ME Sharp, Inc. 1984.
- NEWLL, P. B. *The meaning and use of privacy: a study of young adults*. Tese (Doutorado em Psicologia). University of Arizona, EUA, 1992.
- PACHECO, M. E.; CAVALCANTE, S.; SOUZA, L. N.; BAQUIT, J. A. Contribuições da Psicologia Ambiental na contemporaneidade: territorialidade e apropriação do espaço urbano. In: VII Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia DeVry Brasil. *Anais do*. Belém: Devry Brasil, 2016. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/viiimostradevry/28744-CONTRIBUICOES-DA-PSICOLOGIA-AMBIENTAL-NA-CONTEMPORANEIDADE--TERRITORIALIDADE-E-APROPRIACAO-DO-ESPACO-URBANO>>. Acesso em: 24/05/2019.
- PUPLIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão de privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v.10, n.3, 2002, p.433-438.
- RODRIGUEZ-MARÍN, J. R. *Psicología Social de la salud*. Madri: Síntesis, 1995.
- SILVEIRA, B. B.; FELIPPE, M. L. *Ambientes Restauradores: conceitos e pesquisas em contextos de saúde*. Florianópolis: UFSC, 2019.

- SAWADA, N. O. *O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal*. Tese de doutorado não-publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.
- SOMMER, R. *Espaço pessoal: as bases comportamentais de projetos e planejamentos*. São Paulo: EPU, 1973 (original em inglês, publicado em 1960).
- SOMMER, R. Espaço pessoal. In: S. CAVALCANTE; G. A. ELALI. *Psicologia Ambiental - Conceitos para a leitura pessoa-ambiente*. Petrópolis: Vozes, 2018.
- TOLEDO, L. C. M. *Feitos para cuidar: a arquitetura como um gesto médico e a humanização do edifício hospitalar*. Tese (Doutorado em Arquitetura), UFRJ, Rio de Janeiro, 2008, 238f.
- THOMPSON, J.; GOLDIN, G. *The hospital: a social and architectural history*. New Haven and London: Yale University Press, 1975.
- ULRICH, R. Effects of healthcare interior design on wellness: theory and recent scientific research. In: S. MARBERRY (Org.). *Innovations in Healthcare design*. Nova Iorque: John Wiley & Sons Inc, 1995, p. 88-104.
- ULRICH, R. Effects of gardens on health outcomes: theory and research. In: C. COOPER-MARCUS; M. BARNES (Orgs.), *Healing gardens: therapeutic benefits and design recommendations*. Nova Iorque: John Wiley & Sons Inc, 2000, p. 27-85.
- ULRICH, R. Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In: A. DILANI (Org.) *Design and Health: the therapeutic benefits of design*. Estocolmo: Svensk Byggtjänst, 2001.
- ULRICH, R.; ZIMRING, C.; QUAN, X.; JOSEPH, A. The environments impact on stress. In: S. MARBERRY (Org.), *Improving Healthcare with Better Building Design*. Concord: The Center for Health Design, 2006, p. 37-61.
- VAN DE GLIND, I.; ROODE, S.; GOOSSENSEN, A. Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health Policy*, n.84, 2007, p.153–161.
- VAN DE GLIND, I.; VAN DULMEN, S.; GOOSSENSEN, A. Physician–patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Education and Counseling*, n. 73, 2008, p.215–219.
- VERDERBER, S.; FINE, D. J. *Healthcare Architecture in an era of radical transformation*. New Haven: Yale University Press, 2000.
- WOOGARA, J. Patients' privacy of the person and human rights. *Nurs. Ethics*, v.12, n.3, 2005, p. 273-287.

NOTA DO EDITOR (*) O conteúdo do artigo e as imagens nele publicadas são de responsabilidade do(s) autor(es).