



HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM AMBIÊNCIA DE REABILITAÇÃO FÍSICA: ESTUDO DE CASO EM CURITIBA

Mallin SSV*¹
Pereira HV²
Pacheco Júnior W³
Ensslin, L⁴
Pereira. VLDV⁵

1 Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Avenida Sete de Setembro, 3165, Rebouças Curitiba – PR CEP 80230-901
Fone: +55 41 3310 4590
gadir-ct@utfpr.edu.br

2. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João Ferreira Lima Trindade – Florianópolis – SC
CEP 88040-900 Fone: +55 48 3721 9000
propg@contato.ufsc.br

RESUMO

Objetivo A tese de doutoramento buscou estruturar aspectos da humanização da assistência em ambiência de reabilitação segundo a ótica de usuários, gestores e trabalhadores de Estabelecimento Assistencial de Saúde na cidade de Curitiba.

Métodos Respeitando os procedimentos de tríplice inclusão (trabalhadores, gestores e usuários), a amostra do estudo foi composta por 19 participantes, 02 deles gestores, 11 trabalhadores e 06 usuários do Centro Hospitalar de Reabilitação, foco do estudo. Atitudes, juízos de valor e preferências sobre humanização, sob suas óticas indicaram elementos considerados como as variáveis do estudo. O instrumento utilizado foi a entrevista aberta. A construção da estruturação dos aspectos relevantes da humanização segundo os atores envolvidos partiu da aplicação da Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão com abordagem Construtivista (MCDA-C).

Resultados Como resultados, para o decisor USUÁRIOS foram encontradas 5 áreas de preocupação ligadas aos aspectos relevantes da humanização com 9 Pontos de Vista Fundamentais; para o decisor GESTORES foram encontradas 6 áreas de preocupação e 13 Pontos de Vista Fundamentais e para o decisor TRABALHADORES foram encontradas 7 áreas de preocupação com 14 Pontos de Vista Fundamentais.

¹ Doutora em Engenharia de Produção pela UFSC. Professora de Ergonomia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Departamento Acadêmico de Desenho Industrial. Laboratório de Ergonomia.
mallin@utfpr.edu.br

² Professor PhD. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento Acadêmico de Engenharia de Produção.
vpereira@deps.ufsc.br

³ Professor convidado da Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento Acadêmico de Engenharia de Produção. vpereira@deps.ufsc.br

⁴ Professor PhD. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento Acadêmico de Engenharia de Produção
leonardoensslin@gmail.com

⁵ Professora Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento Acadêmico de Engenharia de Produção (orientadora da Tese de Doutorado)
vpereira@deps.ufsc.br



Conclusões Os resultados demonstram que é possível a construção da humanização da assistência em ambiência de reabilitação física baseada em subjetividades.

Descritores Saúde Pública. Humanização da Assistência. Centros de Reabilitação

Área de Concentração: Outros

Opção de Apresentação: Apresentação CASE

1 INTRODUÇÃO

Ações que levam a melhoria das condições dos estabelecimentos de saúde contribuem para aperfeiçoar o desempenho dos profissionais envolvidos, bem como dos usuários desse sistema e os motivam à reabilitação. Humanizar é, em última instância, propiciar o exercício do direito a todo cidadão, de usufruir de um mundo acessível, que comporte o diálogo e o desenvolvimento pleno do ser humano. Esse processo é pouco efetivo no Brasil e com a pesquisa, buscou-se contribuir para a humanização dos centros de reabilitação, a partir de uma proposição em que aspectos relevantes sob a ótica de usuários, trabalhadores e gestores foram combinados, de maneira a elevar o nível dessa humanização nos espaços de reabilitação. Devido o caráter polissêmico do termo (SOUZA, 2009; MINAYO, 2006; BETTS, 2007; DESLANDES, 2004; DESLANDES, 2006), humanização é aqui entendida como a *valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores* (BRASIL, 2008). No âmbito do presente estudo entende-se por ambiência o que Millanvoye (MILLANVOYE, 2007) classificou como o meio em que ocorrem as tarefas, em suas dimensões espaciais, temporais, emocionais, perceptivas e relacionais (BRASIL, 2006).

A “coisificação” do ser humano que perde sua identidade reflete a perda do calor humano e da dimensão emotiva que vem produzindo a desumanização (BERMEJO, 2008). Sobre esse aspecto, o relatório da Organização Mundial da Saúde/OMS, de 2008, já afirmava ser urgente uma reformulação dos sistemas de saúde em todo o mundo. O texto recomenda que os valores de justiça social e direito à saúde de qualidade para todos, participação e solidariedade fossem



retomados, favorecendo "colocar as pessoas no centro da atenção sanitária" (WHO, 2008). Mais do que a resolução de um problema, objetivou-se construir conhecimento de forma a compreender melhor a situação real e complexa que se apresenta no binômio humanização/desumanização dos hospitais de reabilitação, respondendo a uma necessidade social imperativa no Brasil levando-se em conta a ecologia hospitalar (MORSH e ARAGÃO, 2008; DILANI, 2001; DILANI, 2004; HASLAM, 2007; GUIMARÃES, 2007; GROSSMAN *et al.*, 2008; ULRICH, 2004) em que a soma de saberes específicos deve ser colocada a serviço de uma causa maior: a saúde do ser humano (DUCHIADE, 1995; FONSECA, 2007; BRASIL, 2002; BRAGA, 2000). A pesquisa possui aplicabilidade também no âmbito do Sistema Único de Saúde visto que está ligada ao levantamento de aspectos relacionados a humanização da assistência que não baseados apenas na pesquisa de satisfação dos usuários do Serviço Público de Saúde, retomando a abordagem de colocar as pessoas no centro da atenção da saúde.

O interesse sobre Humanização da Assistência tem crescido consideravelmente no Brasil, principalmente a partir do ano de 2000 coincidindo com a instituição do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). A partir de 2003, com a instituição da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), novos contornos foram dados às discussões sobre o tema. No tocante a reabilitação de pessoas com deficiência, poucos trabalhos têm abordado a humanização da assistência em saúde (MESQUITA, 2005).

Por ter a humanização da assistência como foco, surgiu o questionamento de como são estruturados os aspectos subjetivos, próprios dessa humanização, em um contexto de reabilitação. Os trabalhos publicados que *mensuram* a humanização o têm feito pela via da consideração ora da satisfação dos usuários do sistema de saúde, ora através da análise da responsividade (elementos que não estão diretamente ligados a questão médica, mas fazem parte do espectro que envolve a saúde de todos) (VAITSMAN e ANDRADE, 2005). Porém, a questão de conhecer os



aspectos relevantes na humanização em um contexto de reabilitação e como identificá-los permaneceu em aberto. Dessa preocupação emergiu a pesquisa que aborda como tema a Saúde Pública (BIREME, 2011; DONNANGELO, 1979; SCLIAR, 2007; SEGRE e FERRAZ, 1997; LALONDE, 1974; SILVA, 2010; TEIXEIRA, 2003) circunscrita ao Brasil e como fenômeno a humanização da assistência em ambiência de reabilitação. As bases teóricas que sustentam o estudo foram colhidas das diretrizes da Política Nacional de Humanização já mencionadas, dos preceitos norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010, BRASIL, 2009), das teorias sobre Ambiência de Reabilitação Física (ALVES *et al.*, 2005; ABNT, 2004; ANDEANE, 2004; BELLO, 2000; BECKER e PARSOND, 2007; CHC, 2006; CHC, 2010; CVC, 2010; DELINGER, 2010; FRAMPTON, 2009; GUIMARÃES, 2007; MALKIN, 2003; MALKIN, 2010, MARBERRY; 1995; MARTIN e GADBOIS, 2007; PICKER INSTITUTE, 2010; ULRICH *et al.*, 2008; ZANNA, 1995) e aportes teóricos da Humanização igualmente citados no texto.

O foco da pesquisa é um Centro Hospitalar de Reabilitação em Curitiba (AEN, 2008; SESA, 2010 b, SESA, 2008), no Estado do Paraná (SENAI, 2008), com atendimento 100% gratuito à população através do SUS. A problemática definiu-se pelo seguinte questionamento: Como identificar e organizar aspectos relevantes da humanização da assistência sob a ótica dos gestores, trabalhadores e usuários de ambiência de reabilitação física de modo a apoiar suas tomadas de decisões? Para responder a questão, a estratégia foi calcada nos materiais e métodos descritos a seguir.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

De base filosófica estruturalista, a trajetória da pesquisa possui caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa e estudo de caso (RICHARDSON *et al.*, 1999). Ao longo do estudo, partindo de uma contextualização histórica, caminhando pelas dimensões simbólicas, afetivas, e psicossociais do espaço, com contornos e interações estabelecidos para o tema, obteve-se através



do delineamento de um perfil bibliométrico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os anos de 1980 a 2010, a certeza da lacuna no conhecimento sobre a humanização da assistência em ambiência de reabilitação.

A amostra do estudo, respeitando-se os procedimentos de tríplex inclusão (trabalhadores, gestores e usuários), foi composta de 19 participantes, 02 deles gestores, 11 trabalhadores e 06 usuários do Centro Hospitalar de Reabilitação, foco do estudo de caso. Os atributos da humanização hospitalar foram estudados e, mais tarde transformados em pontos de vista em configuração arborescente. Atitudes, juízos de valor e preferências sobre humanização, sob a ótica dos atores em suas diversas esferas, indicaram os elementos considerados como as variáveis do estudo. O instrumento utilizado foi a entrevista aberta. Um pré-teste com o instrumento de coleta de dados foi realizado em fevereiro de 2010 com 02 participantes que não faziam parte da amostra considerada, mas que continham o mesmo perfil (trabalhador e usuário de estabelecimento assistencial de saúde). O tipo de entrevista realizada foi a não estruturada, também denominada entrevista em profundidade (RICHARSON *et al.*, 1999) em que se espera que o entrevistado revele os aspectos que ele considera mais relevantes sobre determinado problema. Os participantes da pesquisa foram convidados a falar sobre suas experiências vividas no que concerne a humanização no âmbito da reabilitação. Os depoimentos foram registrados em gravações em fita k7, segundo a técnica de *brainstorming* a fim de estimular sua criatividade. Para facilitar as análises, o instrumento da coleta de dados encontrava-se dividido em 09 áreas estratégicas (ENSSLIN *et al.*, 2001) adaptado para a investigação sobre Humanização da Assistência (aspectos desejáveis, ações, dificuldades, consequências, metas, restrições, linhas gerais, objetivos estratégicos e perspectivas diferentes) visando estimular a criatividade dos participantes e identificar um número considerável de Elementos Primários de Avaliação também conhecidos na metodologia MCDA-C pela sigla EPA's, servindo à construção dos mapas cognitivos (ENSSLIN, 2002). Cada área estratégica transcrita foi analisada em termos da identificação de expressões-chave buscando dar conta da discursividade obtida. A coleta de dados foi realizada nos meses de março e abril



de 2010 com um período de recesso no levantamento, no mês de maio. Os trabalhos foram retomados no mês de junho durando até início de novembro de 2010. A construção da estruturação dos aspectos relevantes da humanização segundo os atores envolvidos partiu da aplicação da metodologia MCDA-C cumprindo primeiramente a identificação do contexto do processo decisório determinando-se um rótulo para o problema. A metodologia MCDA-C foi escolhida pelo seu diferencial no que concerne ao apoio à tomadas de decisão. Nesse processo de construção do conhecimento, reconhecendo e valorizando os elementos subjetivos, se compartilha a visão de que nos problemas de decisão, há múltiplos critérios que devem ser levados em conta no contexto à busca do melhor entendimento (ENSSLIN, 2001). Em um segundo momento estabeleceu-se a organização dos aspectos relevantes do problema identificados pelos atores e num terceiro momento integraram-se os aspectos relevantes em estruturas hierárquicas de valor em separado, para cada ator do processo decisório.

A proposta da pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina que *tem a finalidade maior de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos* (CEP/UFSC, 1997). A documentação para a submissão foi entregue conforme os padrões estabelecidos pelo referido Comitê honrando os ditames da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde do Brasil. O relatório encontra-se registrado através da Folha de Rosto nº 298139. Sob certificado nº 421 o projeto foi considerado em consonância com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. A pesquisa foi igualmente submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná/Hospital do Trabalhador (SESA/HT), apontado pelo Diretor Acadêmico do Centro Hospitalar de Reabilitação visto que o mesmo, foco do trabalho, ainda não possuía à época Comitê de Ética instituído. De parecer favorável à realização da pesquisa, o referido comitê SESA/HT expediu o termo de aprovação na sessão do dia 25 de março de 2010 (SESA, 2010).



A participação dos entrevistados deu-se por meio do esclarecimento sobre a natureza e importância da pesquisa bem como a solicitação de concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

Como resultados, para o decisor USUÁRIOS foram encontradas 5 áreas de preocupação ligadas aos aspectos relevantes da humanização com 9 Pontos de Vista Fundamentais; para o decisor GESTORES foram encontradas 6 áreas de preocupação e 13 Pontos de Vista Fundamentais e para o decisor TRABALHADORES foram encontradas 7 áreas de preocupação com 14 Pontos de Vista Fundamentais (Quadro 01).

QUADRO 01. Aspectos relevantes da Humanização da assistência conforme a visão de usuários, gestores e trabalhadores na ambiência estudada

USUÁRIOS		GESTORES		TRABALHADORES	
Áreas de Preocupação	Pontos de Vista	Áreas de Preocupação	Pontos de Vista	Áreas de Preocupação	Pontos de Vista
Informação	Provimento de Informação Divulgação	Formação	Cultura Institucional	Responsividade	Empatia
Tratamento	Ênfase no tratamento Horários	Bioética	Percepções positivas Direitos e deveres do paciente Direitos e deveres da família Direitos e deveres do trabalhador	Valorização do Trabalhador	Acolhimento Satisfação pessoal Meritocracia
Acessibilidade	Maior oportunidade de tratamento a mais pessoas	Acolhimento	Relação profissional/paciente Relação profissional/família	Educação Continuada	Treinamento Multiplicação do Conhecimento
Atendimento	Acolhimento Empatia	Informação	Conscientização Multiplicação	Trabalho em Rede	Parceiros externos Família
Infra-estrutura	Segurança Alimentação	Ambiência	Espaço físico Experiência emocional Credibilidade do Serviço Público Excelência no Serviço Público	Qualidade dos Serviços Ambiência Informação	Cultura Institucional Excelência no atendimento Experiências sensoriais Conteúdo Segurança Sistema de Comunicação



Os aspectos relevantes da humanização da assistência em ambiência hospitalar de reabilitação física, na ótica dos **USUÁRIOS** no contexto estudado, explicam-se pela preocupação com a **informação** em termos de **provimento dos usuários de informação sobre humanização bem como direitos e deveres do paciente; ênfase no tratamento e não nos aspectos burocráticos e respeito aos horários; a acessibilidade**, no que tange ao **oferecimento de maiores oportunidades de tratamento a mais pessoas; atendimento** que privilegie as **questões de acolhimento e empatia; infra-estrutura** que supra as questões referentes a **segurança do patrimônio e das pessoas e alimentação dos usuários do hospital.**

Os aspectos relevantes na ótica dos **GESTORES** explicam-se pela preocupação com a **formação** em termos de **cultura institucional e percepções positivas**; com a **Bioética** no que diz respeito aos **direitos e deveres do paciente, direitos e deveres da família** bem como **direitos e deveres dos trabalhadores** envolvidos no processo; o **acolhimento** no que tange a **relação profissional/paciente** e na **relação profissional/família**; a **informação** com respeito a **conscientização** sobre humanização bem como a **multiplicação das ações** exitosas no campo da reabilitação no Centro Hospitalar de Reabilitação estudado; a **ambiência** no que diz respeito ao **espaço físico**; as **experiências vivenciadas pelo paciente** e a **qualidade dos serviços** no que se refere a **credibilidade do serviço público** e a sua **excelência.**

Já os aspectos relevantes da humanização da assistência em ambiência hospitalar de reabilitação física, na ótica dos **TRABALHADORES** explicam-se pela preocupação com a **responsividade** em termos de **empatia e acolhimento**; com a **valorização do trabalhador** no que diz respeito a **satisfação pessoal** e a **meritocracia**; a **educação continuada** no que tange ao **treinamento** e a **multiplicação dos conhecimentos adquiridos**; ao **trabalho em rede** no que se refere aos **parceiros externos** bem como a **família**; a **qualidade dos serviços** no que tange a **cultura institucional** e a **excelência no atendimento**; a **ambiência** no



que se refere às **experiências sensoriais** experimentadas e a **informação** no que se refere ao **conteúdo**, a **segurança** e ao **sistema de comunicação** como um todo.

Todos os elementos citados anteriormente caracterizam-se como informações-potenciais sobre humanização que foram produzidas a partir dos discursos de quem efetivamente atua no processo de humanização, para então direcionar as estratégias capazes de alavancar as mudanças necessárias no cenário estudado.

Para um melhor entendimento sobre os Pontos de Vista alcançados, identificados e representados nas Árvore de Valor dos decisores, é importante definir os conceitos, descrevendo um *status quo* ou a situação atual para cada um deles, orientando como pode ser realizada uma ação de melhoria. Esse processo apóia a tomada de decisão no âmbito da gestão do Centro Hospitalar de Reabilitação. Assim, para cada desdobramento gerado a partir de um ponto de vista, deve-se seguir o processo em que a situação pré-existente é descrita. Em seguida, amparado por um conceito consagrado na literatura científica para o termo que melhor define a preocupação, estabelecem-se os objetivos buscados em relação à situação inicial, indicando diretrizes ou estratégias de ações para obter uma melhoria no quadro geral. Esse procedimento deve ser discutido com todos os envolvidos no processo da humanização na ambiência estudada. Os atores tomam conhecimento das preocupações que compõem os aspectos relevantes da humanização para todo o grupo e assim, constroem conhecimento compartilhando experiências.

4 DISCUSSÕES

A forma de investigação posta em prática na condução da pesquisa apresentou-se satisfatória, pois foi possível obter uma resposta adequada à questão fundamental do estudo: Como estruturar (identificar, organizar e integrar) aspectos relevantes da humanização da assistência sob a ótica dos gestores, trabalhadores e usuários de ambiência de reabilitação de modo a apoiar a tomada de decisões?



Revelou-se assim, que a humanização da assistência é muito maior que apenas ações pontuais de assistencialismo. Diz respeito a responsabilizar todos os atores, cada qual com sua parcela de atribuições, visões, aspirações e necessidades em agir na conquista de um processo que leve em conta dimensões ambientais, físicas, emocionais, espirituais, profissionais, organizacionais, políticas e pedagógicas considerando as tecnologias relacionais. É possível a construção da humanização baseada nas subjetividades, como processo coletivo. A confirmação da hipótese através da análise da discursividade e a concretização da estruturação dos pontos de vista para os atores envolvidos tornaram possível e viável traçar um perfil de humanização próprio para uma determinada ambiência de reabilitação.

Reunir usuários do sistema de saúde, gestores e trabalhadores em torno de um mesmo tema significa romper barreiras. Ouvir todos os lados envolvidos e construir a partir daí pontos de vista diferenciados exige igualmente respeito as diversidades e a adoção de uma postura de facilitador e mediador do processo. Na construção do sentido de humanidade que dialoga com os diversos atores, buscou-se manter o foco nas propostas da Política Nacional de Humanização brasileira como um dos eixos teóricos norteadores.

Dificuldades técnico-metodológicas foram sentidas ao longo da pesquisa. Uma delas se refere ao desconhecimento por parte de muitos atores das questões sobre humanização da assistência. Esse fato revelou também o desconhecimento da maioria das pessoas e do meio acadêmico no Brasil sobre a Política Nacional de Humanização e o conteúdo do seu texto base. A insegurança e a novidade também inibiram alguns participantes. Outra limitação da pesquisa se refere ao desenvolvimento completo da Metodologia MCDA-C. Dada a necessidade de novos encontros com os decisores e para não falsear dados, a construção de indicadores tornou-se inviável. Sua confecção passou a pertencer a um período posterior a pesquisa, pois reunir novamente usuários oriundos de cidades do interior do Paraná, trabalhadores e gestores que participaram da primeira fase não seria exequível em tempo hábil suficiente para o término do trabalho. Mesmo assim, o conhecimento



gerado e a opção em não prosseguir nas fases subsequentes não invalidaram a proposição.

Por meio dos resultados alcançados é possível vislumbrar que a pesquisa possui aplicação prática, porém se restringe ao Centro Hospitalar de Reabilitação estudado. Servirá certamente de ilustração de caso a novas incursões que estudem outros centros ou hospitais. A construção de conhecimento sobre a humanização da assistência em ambiência de reabilitação física sistematizada auxilia decisores e responsáveis a melhorar os aspectos da humanização em seu local de exercício profissional, mas de acordo com seus pontos de vista específicos. Dessa forma, os pontos de vista levantados não podem ser transpostos automaticamente a outras instituições. É necessária a construção de conhecimento para cada caso em particular contribuindo para compreender e atuar em um mundo que contemple a diversidade funcional humana.

5 CONCLUSÃO

Por toda argumentação aqui exposta, confirma-se através dos resultados obtidos que de fato há um caminho para a construção de pontos de vista sobre a humanização da assistência em ambiência de reabilitação física baseada em subjetividades, como processo coletivo em que decisores e responsáveis melhoram os aspectos da humanização de acordo com suas realidades locais.

Agradecimentos

A todos os participantes da pesquisa que abriram seus espaços pessoais, agradecemos pela incomensurável hospitalidade.



Observação O presente manuscrito refere-se ao conteúdo da Tese de Doutorado *Humanização da assistência em ambiência de reabilitação: um estudo de caso* defendida em março de 2011 pelo autor principal .

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA ESTADUAL DE NOTÍCIAS. AEN . Um presente do Paraná para Curitiba: cidade ganha maior centro público de reabilitação do país. **Notícias do Paraná**. Paraná, Maio de 2008. Impresso.

ALVES, Silvana Aparecida *et alli*. Avaliação do ambiente construído através da percepção ambiental: metodologia aplicada à escola PRODECAD-UNICAMP. In: **Anais do Congresso ENCAC-ELACAC 2005**. Maceió, 2005, p.27-36.

ANDEANE, Patrícia O *et alli*. *Sintaxis espacial: la relación entre la configuración espacial y La percepción y ejecución de tareas de orientación*. In: Günter, Hartmut *et al*. **Psicologia ambiental: entendendo as relações do homem com seu ambiente**. Campinas: Editora Alínea, 2004. Capítulo V. p.115-132.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT. **NBR 9050**. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2ª ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. 97 p.

BECKER, Franklin e PARSONS, K S. *Hospital facilities and the role of evidence-based design*. **Journal of Facilities Management**. Emerald Group Publishing Limited, vol.05, Iss. 04, pp.262-274, 2007. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm>

BELLO, Sonia Cedrés de. *Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios*. **Revista de La Facultad de Medicina**, v.23 n.2. Caracas, jul, 2000.



BERMEJO, José Carlos. **Humanizar a saúde**: cuidados, relações e valores. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BETTS, Jaime. Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar. In: **Portal Humaniza**: humanização da saúde. Instituto A Casa de Pesquisa e Desenvolvimento da Saúde Mental e Psicossocial, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br>

BIREME (Brasil). Biblioteca Virtual em Saúde. **DeCS. Descritores em Ciências da Saúde**. São Paulo: Bireme, 2011. Disponível em: <http://decs.bvs.br>

BRAGA, Daphne. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas**. [Dissertação] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública: 2000. 75 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: marco conceitual e diretrizes políticas. Texto integral: Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. Cartilha. PNH/HumanizaSUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – **RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002.

Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Texto Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: marco conceitual e diretrizes políticas. Texto integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As pessoas com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **O que é o SUS?** Área Sobre o SUS. Esplanada dos Ministérios. Brasília, Distrito Federal, 2010. Disponível em:
<http://portalsaude.gov.br/portal/saude/cidadao>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sala de Situação em Saúde. **Dados Socioeconômicos, Ações em Saúde, Situação de Saúde, Gestão em Saúde**. Esplanada dos Ministérios. Brasília, Distrito Federal, 2009. Disponível em:
<http://portalsaude.gov.br/portal/> Data de acesso: Janeiro de 2011.

*CENTER FOR HEALTH DESIGN. **Designing the 21st century hospital: environmental leadership for healthier patients and facilities.** Conference. Robert Wood Johnson Foundation, September, 2006. California, USA, 2006. Disponível em:*
<http://www.healthdesign.org>

CENTER FOR HEALTH DESIGN. California, USA, 2010. Disponível em
<http://www.healthdesign.org>

CENTRO VIRTUAL CERVANTES. (CVC). **Proxémica**. Dicionario de términos clave de Español como Lengua Extranjera (ELE). Instituto Cervantes. Madrid, 2010. Disponível em:
http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/proxemica.htm



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS. **Regimento**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. Disponível em: <http://www.cep.ufsc.br>

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 9(1):07-14, 2004. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva>

DESLANDES, Suely F. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes, S F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

DILANI, Alan. (org.) **Design & health: the therapeutic benefits of design**. Estocolmo: Svensk Byggtjänst, 2001.

DILANI, Alan. **A new paradigm of design and health**. International Academy for Design and Health, 2004.

DUCHIADE, M P. População brasileira: um retrato em movimento. In: Minayo, M C S. (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, p.14 – 56, 1995.

DONNANGELO, Cecília. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DELLINGER, B. *Healing environments. Chapter 03*. In: McCullough, C. **Evidence-based design for healthcare facilities**. Sigma Theta Tau International, USA, 2010.

ENSSLIN, Leonardo *et alli*. **Apoio à decisão: metodologia para estruturação de problemas e avaliação multicritério de alternativas**. Florianópolis: Insular, 2001.



ENSSLIN, Sandra R. **A incorporação da perspectiva sistêmico-sinérgica na metodologia MCDA-Construtivista: uma ilustração de implementação.** Tese. 2002. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis, PPGE, 2002.

FONSECA, Angélica Ferreira (org). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?id=7>

FRAMPTON, Susan B. *Creating a Patient-Centered System. The American Journal of Nursing.* 109(3): 30-33, march, 2009.

GUIMARÃES, Gustavo Cardoso. **Hospitais de reabilitação: a humanização de edifícios para a prática de atividades de reabilitação.** Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Arquitetura. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

GROSSMAN, Elio, ARAÚJO-JORGE, T C, ARAÚJO, I S. A escuta sensível: um estudo sobre o relacionamento entre pessoas e ambientes voltados para a saúde. **Revista Interface – Comunic.,Saúde, Educ.,** v.12, n.25, p.309-324, abr./jun.2008.

HASLAM, Nick. *Humanizing medical practice: the role of empathy. Medical Journal of Australia.* 187; n.07:381-382, 2007.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** Government of Canada. Ottawa, April, 1974.

MALKIN, Jain. **Hospital interior architecture creating healing environments for special patient populations.** New York, 2003.



_____. ***A visual reference for evidence-based design.*** San Diego, California, 2010.

MARBERRY, Sara O. ***Innovations in healthcare design.*** John Wiley e Sons, New York, 1995.

MARTIN, Christian; GADBOIS, Charles. A ergonomia no hospital. In: Falzon, P. (editor). ***Ergonomia.*** São Paulo: Editora Blucher, 2007.

MESQUITA, M L. As potencialidades e as deficiências do processo de humanização. **Anais do IV Seminário do Centro de Ciências Sociais Aplicadas de Cascavel.** Cascavel: Unioeste, 2005. 08 a 10 de junho.

MILLANVOYE, Michel. As ambiências físicas no posto de trabalho. In: Falzon, P. ***Ergonomia.*** São Paulo: Blucher, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de S. Sobre o humanismo e a humanização. Prefácio. Deslandes, S F. (org.). ***Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.*** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

MORSH, Denise Streit, e ARAGÃO, Priscila Menezes. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: Deslandes, Suely F. (org.). ***Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.*** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PICKER INSTITUTE. ***Principles of patient-centered care.*** USA: Picker Institute, 2010. Disponível em: <http://pickerinstitute.org>

RICHARDSON, Roberto Jarry. *et alli.* ***Pesquisa social: métodos e técnicas.*** São Paulo: Atlas, 1999.



SOUZA, Luiz Augusto de Paula e MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface** (Botucatu). 2009, v.13, supl.1, p.681-688.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1):29-41,2007.

SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. In: **Revista de Saúde Pública**. Outubro, 1997, vol.31, nº 05, p.538-542.

SILVA, Telma Terezinha Ribeiro de. Considerações sobre os aspectos relacionados à promoção a saúde e bem estar no local de trabalho nos últimos 20 anos. Capítulo 19. p. 179-186. In: Vilarta, R, Gutierrez, G L, Monteiro, M I. (orgs.). **Qualidade de vida: evolução nos conceitos e práticas no século XXI**. Campinas: Ipes, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. SESA. **Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier**. Número de funcionários e especialidades. Relatório. Curitiba, 2010 *b*.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. SESA. **Saúde Integral da Pessoa com Deficiência. Divisão de Saúde de Pessoas com Deficiência e Restrições de Mobilidade. Mapa da Rede Estadual de Reabilitação**. Regionais de Saúde. Curitiba, 2008. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/PessoascomDeficiencia/maparededereabilitacao.pdf

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. SESA. **Saúde Integral da Pessoa com Deficiência. Situação no mundo, no Brasil e no Paraná**. Divisão de Saúde de Pessoas com Deficiência e Restrições de Mobilidade. Governo do Paraná, Paraná, 2010. Disponível em:



<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1526>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. SESA. Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier. **Evolução do número de atendimentos**. Relatório. Curitiba, 2010.

SERVIÇO NACIONAL DA INDÚSTRIA. SENAI. Departamento Regional do Paraná. **Rotas estratégicas para o futuro da indústria paranaense: Roadmapping de Saúde – horizonte de 2018**. SENAI. Departamento Regional do Paraná. Curitiba: SENAI/PR, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. SESA. Hospital do Trabalhador. HT. **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**. Curitiba, 2010.

TEIXEIRA, Erika. *et alli*. **Terapia ocupacional na reabilitação física**. São Paulo: Roca, 2003. (AACD).

ULRICH, Roger S. *et alli*. *A review of the research literature on evidence-based healthcare design*. **Health Environments research and Design Journal (HERD)**, vol.1, nº3, Spring 2008.

ULRICH, Roger S. e ZIMRING, Craig. **The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity**. *The Center for Health Design. Designing the 21st Century Hospital Project*. Robert Wood Johnson Foundation. September, 2004.

VAITSMAN, Jani e ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005; julho- setembro, vol. 10, número 003, pp.599-613.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.

ZANNA, Giovanni Del. *Uomo, disabilità, ambiente: ricerca dei criteri per una progettazione accessibile*. Milano: Abitare Segesta Spa, 1995.