

## Design e saúde: a cura como artefato estético

*Design and health: healing as aesthetic artifact*

Gabriel Bergmann Borges Vieira

### **Resumo**

Na atualidade, questões relativas à saúde e à doença são uma constante. Entretanto, pouco se tem discutido a respeito do processo de cura enquanto aspecto cognitivo, físico e psíquico, cabendo às ciências biomédicas uma abordagem um tanto mecanicista e fragmentária do ser humano. Nesse contexto, é possível apontar relações entre estética (aquilo que é sensível e deriva dos sentidos) e o processo de cura, expandindo a visão para o contexto em que o paciente está inserido – esse, formado por pessoas e objetos diversos. Dessa forma, destaca-se o papel do design que, considerando a relevância das questões cognitivas, físico e psíquicas desse ambiente, pode projetar uma nova experiência estética para o segmento médico-hospitalar orientada para o processo de cura.

**Palavras-chave:** Cura; estética; design.

## 1 Introdução

A sociedade pós-moderna aponta uma crescente difusão dos termos saúde e doença como elementos quotidianos. De acordo com Bauman (2001) a saúde é colocada pelos produtores como o padrão que seus membros devem atingir. O autor aponta que a saúde demarca e protege os limites entre “norma” e “anormalidade”, sendo a saúde o estado próprio desejável do corpo e do espírito humanos. Por outro lado, ainda segundo o autor, tem-se a idéia de doença, que, em vez de ser percebida como um evento excepcional, com um começo e um fim, tende a ser vista como permanente companhia da saúde, devendo ser combatida diariamente. Com relação a essas assertivas, é possível perceber a lacuna existente entre saúde e doença onde se situa o processo de cura.

A cura, enquanto elemento constituinte das ações humanas, pode ser entendida como artefato. Segundo Simon (1969), um artefato pode ser considerado como o ponto de encontro entre um ambiente interno, a substância e organização do próprio artefato, e um ambiente externo, as condições em que o artefato funciona. E adiciona: se o ambiente interno é adequado ao externo, ou vice-versa, o artefato atingirá o objetivo desejado.

Dessa forma, o indivíduo, em seu caráter cognitivo, físico e psíquico, é entendido como ambiente interno; o contexto em que o mesmo está inserido, cercado de profissionais e utensílios, ambiente externo e, para que o processo de cura seja viabilizado, é fundamental a adequação entre os ambientes interno e externo.

É nesse contexto que a estética (aquilo que é sensível e deriva dos sentidos) ganha corpo, pois, ao ser empregada em projetos de design, revela-se com o papel de mediar a rela-

ção de experiência entre o paciente e o ambiente externo.

## 2 Ambiência da cura

A cura, processo situado entre a saúde e a doença, envolve um elevado e complexo número de fatores que se inter-relacionam com o objetivo de promover a reabilitação e reintrodução do homem no sistema. Dessa forma é despertada a necessidade de entender e confrontar algumas visões acerca do assunto a partir da estética, em contraposição ao modelo biomédico, dotado de uma postura de caráter mecanicista. De origem Renascentista, esta visão, segundo Felipe Junior (2008) considera o corpo humano como uma obra da engenharia, sendo estudado e percebido de forma fragmentada.

Com o grande avanço da ciência em geral, e especialmente da ciência médica, no século XIX foram desenvolvidos novos equipamentos e técnicas de elevada complexidade e sofisticação. Entretanto, segundo Capra (1982) os aprimoramentos técnicos reduziram a noção de indivíduo, tornando-se os testes de laboratório e a medição de parâmetros físicos na sala de exames mais importantes para diagnosticar o paciente do que a avaliação do estado emocional, da história familiar ou da situação social do paciente.

A sociedade pós-moderna, entretanto, experimenta novo ritmo e fluxo de informações. O crescente avanço da ciência, aponta para a necessidade de (re)valorização do indivíduos que buscam inserção neste novo sistema (LIPOWETSKY, 2005; BAUDRILLARD, 2007).

Essa busca revela uma nova visão de mundo que deixa de ser mecanicista e reducionista tornando-se orgânica, ecológica, holística (CAPRA, 1982). Através de tais elementos

emerge o conceito de holismo (do grego *holos* significa todo, totalidade). De acordo com Ferreira; Reis; Pereira (1997), tal visão passa a entender o homem como ser indivisível e que não pode ser interpretado por intermédio de uma análise separada de suas diferentes partes. Capra (1995) reforça a necessidade de um novo “paradigma” – uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental nos pensamentos, percepções e valores. Declara ele que os primórdios dessa mudança – da transferência da concepção mecanicista para a holística da realidade – já são visíveis em todos os campos.

O novo contexto em que o homem busca seu papel, frente ao desmoronamento das grandes ideologias (LIPOWETSKY, 2005) e do sentimento de cura através da tecnologia e da ciência (CAPRA, 1995) é que desponta um sentimento de nostalgia e bucolismo (BAUMAN, 2001) como fuga e negação da sociedade brutal que se apresenta. Então, no campo da saúde, segundo Felipe Junior (2008), percebe-se o crescimento do naturalismo, vegetarianismo e de tudo aquilo que se relaciona com a natureza - postura que representa uma posição preventiva no que tange a área da saúde, uma vez que o que é oferecido pelo mercado e contexto atual é percebido como risco.

Em contrapartida, a medicina moderna, de maneira geral, opera na cura, ao invés de operar na prevenção (figura 1).

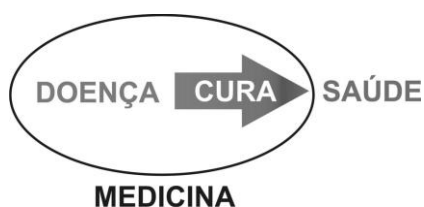


FIGURA 1 – Ambiência da cura.  
Fonte: Autor

De acordo com Felipe Junior (2008), Platão, no ano de 380 a.C pontuou que não podemos curar o corpo sem considerar a alma; e devemos começar curando a mente porque tanto a mente com o corpo devem ser saudáveis. Ao se reconhecer a verdade dessa afirmação, reconhece-se o erro daqueles que tratam apenas o corpo humano, de forma técnica em detrimento a uma abordagem completa.

Outro aspecto de destaque é o da cura estar direcionada na maioria das vezes à doença e não ao paciente – embora existam alguns movimentos rumo à humanização do atendimento.

Desde o surgimento da racionalidade médica moderna, vem se consolidando o projeto de situar o saber e a prática médica no interior do modelo das ciências naturais. Com isso, a medicina faz sua opção por deixar surgir a objetividade da doença, com a exclusão da subjetividade e a construção de generalidades.

Em contraposição ao modelo biomédico, o modelo biopsicosocial visa ultrapassar o reducionismo ao defender que a saúde e a doença não podem ser restritas aos fatores biológicos ou orgânicos, pois as dimensões psicológica e social da pessoa são extremamente relevantes (REIS, 1999; ENGEL, 1977; KNOWLES, 1977; LEIGH & REISER, 1977; LIPOWSKI, 1977). Com base nesta assertiva, pode-se constatar que a cura como artefato estético está relacionada diretamente com as esferas sociais, psicológicas e biológicas dos indivíduos, integrando um todo dinâmico maior que a soma das partes.

Entretanto, este é um campo que, segundo Uexküll (1995) e Hoffmeyer (1997), necessita igualmente de um estudo aprofundado a

fim de entender as interpenetrações entre as várias dimensões do sistema humano. Por outro lado, segundo Uexküll, Pauli (1986), Reis (1994), este alargamento disciplinar permite a inclusão de métodos fenomenológicos e qualitativos, tradicionalmente ligados às ciências humanas e sociais, os quais facilitarão a compreensão de dados e alargarão o campo de observação e de experimentação, levando ao desenvolvimento teórico.

Além disso, é possível perceber que um procedimento cirúrgico envolve uma série de etapas, cada uma, cercada de instrumentos, objetos e equipamentos específicos onde despontam papéis de profissionais de áreas diversas.

Segundo Reis (1999) os pensamentos, crenças e sentimentos estão encarnados no corpo. As vivências pessoais da pessoa, o seu ambiente, os seus pensamentos, sentimentos e crenças vivem intimamente com os seus músculos, tendões, ossos, nervos, hormônios e posturas corporais.

Considerando este contexto, a cura não é limitada ao corpo-objeto mas, sim, à pessoa como um todo constituído de aspectos biológicos, psicológicos e sociais. E isso de forma que o indivíduo possa experienciar de um organismo unitário em que todas as dimensões têm de ser conectadas ou ligadas dialeticamente para promover e facilitar o processo de cura (REIS, 1999; KEPNER, 1987).

A dialética saúde X doença pode ser percebida sob o ponto de vista de equilíbrio x desequilíbrio. Nesse contexto, o equilíbrio remete a situação de harmonia própria da natureza humana. Considerando tal aspecto, destaca-se a ótica de que, na realidade a saúde nada mais é do que a ausência da doença, o que, isoladamente torna-se um con-

ceito vazio e dispensável. Nesse sentido, Gadamer (1994, apud Caprara, 2003) aponta que, enquanto a doença chama nossa atenção pela sua presença, a saúde não desperta nosso interesse, ficando escondida. Segundo este autor, nesse estado, o indivíduo esquece de si mesmo e somente nos momentos de cansaço, esforço, fadiga, lembra de novo de seu estado. Já, a saúde, não pode ser mensurada, porque está ligada ao estado de ser de cada indivíduo; é por isso que tem sentido perguntar às pessoas se elas se sentem doentes (GADAMER, 1994 APUD CAPRARA 2003).

A cura, entendida como o processo que busca o equilíbrio e harmonia distante do quadro da doença, pode ser impulsionada através da participação de um outro agente denominado curador. Entretanto, a cura é um processo individual de experiência interna: ninguém cura ninguém; alguém pode ajudar outro para que se cure. E esta cura pode ser de nível físico, emocional, mental etc. Nesse contexto, segundo Gadamer (1994, apud Caprara, 2003) a ciência médica, diferencia-se da arte da cura pois uma corresponde ao conhecimento e, a outra, à sua aplicabilidade.

Caprara (2003) destaca que para Gadamer (1994), a diferença entre conhecimentos gerais e sua aplicabilidade é objeto de discussão e de estudo na hermenêutica. Os conhecimentos são adquiridos por meio do estudo, enquanto que sua aplicabilidade pode ser adquirida somente por intermédio de um longo processo experiencial.

A hermenêutica apresenta-se condizente com esses conceitos, pois sob sua linha de estudo, o homem é considerado não somente enquanto organismo biológico, mas como um todo maior que a soma das partes. Se-

gundo Caprara (2003) a hermenêutica na filosofia grega expressava a arte de interpretar e, com o passar do tempo, adquiriu um significado mais amplo, passando a indicar no âmbito filosófico, diferentes formas de teoria da interpretação que constituem diversas maneiras de expressão da filosofia continental – entre as quais o existencialismo, a fenomenologia e a própria hermenêutica.

Uma reflexão teórica importante sobre os conceitos de saúde e doença tem sido desenvolvida dentro das linhas filosóficas da hermenêutica, do existencialismo e da fenomenologia. Segundo elas, a ciência médica teria de ser colocada como ciência da doença, porque é o estado de doença que, aparecendo, produz um sentimento de perigo e estimula uma resposta terapêutica.

De acordo com Gadamer (1994, apud Caprara, 2003), para a arte da cura tem aspectos que vão além da dimensão biológica característica da abordagem médica, aspectos que não podem ser reduzidos à posição da ciência médica. Ele propõe uma nova medicina “humanista” que utiliza os instrumentos técnicos e diagnósticos mas que ao mesmo tempo analisa o ser humano na sua totalidade – o seu ser no mundo.

### 3 Estética e Cura

A estética como disciplina filosófica não é simplesmente o estudo do belo e da arte, mas sim relaciona esse tipo de estudo à experiência perceptivo-cognitiva.

A palavra estética vem do grego *aisthesis* e significa “aquilo que é sensível e deriva dos sentidos”. Embora o termo “estética” só tenha aparecido no campo filosófico com Baumgarten, as questões relativas ao belo, à arte e à sensibilidade, como se sabe, tiveram origem no mundo grego com os pensamen-

tos de Platão e Aristóteles (HANS; ARANTES, 2006).

A estética da cura não pode ser analisada sem considerar o ambiente e contexto em que o paciente está inserido. Como foco desse estudo, propõe-se a análise da importância das características perceptivo-sensoriais do ambiente na cura da enfermidade.

Jimenez (1999) coloca que um dos enigmas postos à Freud diz respeito à relação entre obra de arte e aquele que, diante dela, sente uma emoção particular, positiva ou negativa, atração ou repulsão. Esta relação não pode ser puramente intelectual. O choque estético que às vezes “agarra poderosamente” deve ter como origem o fato do indivíduo reconhecer uma semelhança, um parentesco, entre as emoções e as intenções expressas pelo artista e suas próprias. Essa interação entre objeto e espectador, no que se refere a um ambiente para cura, caracteriza um vínculo social entre os atores.

Considerando que Adorno (1970) em Teoria Estética, aponta que o socialmente decisivo nas obras de arte é o que, a partir do conteúdo se exprime nas estruturas formais, através do design é possível oferecer uma nova experiência frente aos equipamentos e produtos médico-hospitalares, tornando-os parte integrante e também responsável pela qualidade do atendimento e no processo de cura do paciente. Ademais, por estar frente uma nova situação, o próprio estado de fé do paciente é capaz de potencializar sua cura.

Conforme coloca Baxter (1998) a percepção humana é amplamente dominada pela visão e, quando se fala no estilo do produto, referimo-nos ao seu estilo visual, pois o sentido visual é predominante sobre os demais sentidos. Dessa forma, pode-se verificar que as características perceptivo-cognitivas de um

artefato físico depende em grande parte de seu aspecto visual. De acordo com Baxter (1998) este fenômeno pode ser entendido como estética dos objetos – o que está relacionado com a percepção estética dos indivíduos, variando de indivíduo para indivíduo e de diferentes contextos, quer sejam, sociais, econômicos ou culturais.

Desse modo, tanto o modelo biopsicosocial em que as dimensões psicológica e social da pessoa são extremamente relevantes (REIS, 1999; ENGEL, 1977; KNOWLES, 1977; LEIGH & REISER, 1977; LIPOWSKI, 1977) quanto à hermenêutica - que propõe analisar o ser humano em sua totalidade (CAPRARA, 2003; GADAMER, 1994) - apontam que a cura está estreitamente relacionada com os aspectos perceptivos estéticos do contexto em que o paciente está inserido. E no que tange a medicina tradicional, este contexto é constituído por um conjunto de pessoas, equipamentos e produtos diversos – os quais proporcionam uma experiência ao paciente.

Considerando que produtos sempre são signos, cabe ao designer incorporar junto à qualidade técnica e de uso do produto uma qualidade comunicativa pois, conforme coloca Löbach (2000) o objeto é portador de informação que se percebe simultaneamente em sua totalidade mediante a adição de elementos estéticos, como forma, cor, material, superfície, etc. E ainda mais: Archer (1984) apud Santos (2006) afirma que um produto verdadeiramente bom se mostra tal como é.

De acordo com Santos (2006) as funções semióticas (função estética e função simbólica) estão relacionadas com a comunicação do produto. Com o que ele desperta para o consumidor ou usuário, através da forma, cores e acabamentos superficiais. Nesse contexto, Bürdek (1994) coloca que as fun-

ções semióticas, são as relações aglutinantes entre produto e usuário, transmitidas através dos sentidos humanos, ou seja, como efeito psíquico do produto.

Uma vez que cura e estética são artefatos cognitivos, perceptivos e sensoriais, a simbiose entre tais aspectos representa uma assertiva na reabilitação dos indivíduos.

Quanto ao ambiente para a cura, acredita-se que o mesmo deva promover tranquilidade, segurança, bem estar e harmonia em sua totalidade: pessoas, utensílios; equipamentos; relacionamento profissional x paciente etc.

E, como a cura é um processo individual de experiência interna, assim como a estética, são ambas motivadas pelo exterior, apreendem as percepções através dos sentidos e encerram-se em si, dentro do indivíduo.

Por tal razão, assim como o médico pode ser considerado curador, é possível atribuir ao designer também este papel, uma vez que, operando sobre os produtos e serviços, pode ser difusor de um ambiente agradável, de bem estar e harmonia.

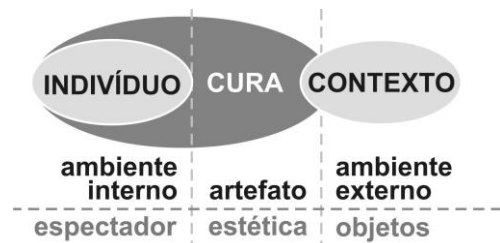


FIGURA 2 – A cura como artefato estético.  
Fonte: Autor

De acordo com de Iida e Mühlenberg (2006), no que diz respeito aos atributos de um produto, aqueles que mais se destacam são os de caráter técnico, estético e simbólico – apresentados em maior ou menor grau, conforme quadro 1.

## FATORES

RACIONAIS	ESTÉTICOS/ SIMBÓLICOS
Bom	Bonito
Função Prática	Função Estética Simbólica
Funcionalidade Utilidade	Beleza Forma; Cores; Decoração
Usabilidade Ergonomia	Cultura Sociedade
Materiais; Processos; Acabamentos;	Moda: Tendências
Análises Técnicas Função; Tarefa Morfologia	Sínteses Holísticas Percepção Global Visão; Audição; Olfato; Paladar; Tato
Métodos Determinísticos	Métodos Criativos
Física; Química Biologia; Engenharias	Arte Psicologia Antropologia Sociologia

FIGURA 3 – Fatores do design.  
Fonte: Adaptado de Iida; Mühlenberg (2006).

Nesse sentido, cabe ressaltar que os atributos racionais aproximam-se do caráter mecanicista e fragmentado da biomedicina moderna, respondendo pela estética empregada em diversos espaços de saúde. Em contraponto, os fatores estéticos, psicológicos e sociais dos indivíduos, de maneira geral, não vêm sendo considerados como complementares aos fatores racionais na estética atual do segmento médico-hospitalar.

### 4 Aspectos cognitivos da cura

O processo de cognição humana é um antigo objeto de estudo da civilização. Segundo Ficagna (2006), para Platão, o ser humano interage e suas ações são de ordem interna, ou seja, o homem formula suas conclusões apenas com base no que está em seu interior, e no que acredita estar observando. Assim, quando o homem percebe uma coisa tem uma percepção incerta e distorcida, pois não

é capaz de obter uma idéia da totalidade devido às possíveis falhas dos seus sentidos.

Já, Aristóteles, acreditava que o homem devia aprender de acordo com suas observações (uma visão única e exclusivamente empírica). Ele dizia que a verdade está nos objetos, na observação e interação com os mesmos – haveria aí um processo cognitivo.

Entretanto, o termo cognição tem diferentes significados em cada área na qual é utilizado. De acordo com Caviquiolo et al (2006), na psicologia é tomado como o conjunto de unidades de saber da consciência que se baseiam em experiências sensoriais, representação, pensamentos e lembranças. Mas, também é usado no sentido de aquisição do conhecimento, e pode ser interpretado em um senso cultural ou social para descrever o desenvolvimento emergente do conhecimento e também conceitos dentro de um grupo. Segundo Sternberg (2000), a psicologia cognitiva é uma ciência que “estuda o modo como as pessoas percebem, aprendem, recordam e pensam sobre as informações”

Segundo Santos (2002) o conceito de cognição abrange toda a capacidade de processar informações, de reagir ao que percebemos no mundo e em nós mesmos. Dentro do processo de cognição, a percepção relaciona-se com uma série de características que se fazem presentes em objetos diversos e que podem ser projetadas através de design tais como cores, formas, sons, texturas, etc. E esses aspectos são capazes de promover uma experiência positiva no que diz respeito a aspectos cognitivos, físicos e psíquicos da cura.

É importante destacar que, dentro do processo de percepção, a abordagem psicológica da “gestalt” procura compreender os processos psicológicos envolvidos tanto na percepção da forma como nos estímulos físicos que

agradam ao observador. Esta abordagem aponta que a percepção visual é regida por leis muito claras que podem ser observadas e testadas. Essas leis enfatizam dois pontos essenciais na compreensão da percepção visual: a emergência da figura com relação ao fundo; e o desejo de organizar o que é percebido em “configurações”.

Certo é que a partir do reconhecimento das capacidades humanas de percepção, chega-se à conclusão de que, para alcançar harmonia e pregnância, consideram-se, além dos elementos, os seus aspectos estruturais e relacionais. Com base nisso, a gestalt auxilia na determinação da estrutura da boa forma, organizada para alcançar o equilíbrio e harmonia.

E, nesse contexto, as cores, por serem estímulos psicológicos, podem ser relacionadas com as experiências cognitivas, físicas e psíquicas da cura. Farina (1986) afirma que experimentos têm comprovado que o vermelho é extremamente excitante, fazendo com que uma pessoa ao olhar durante determinado tempo para esta cor apresente estimulação em todo o sistema nervoso, elevando a pressão arterial e alterando o ritmo cardíaco. Afirma, também, que, ao fixar o olhar para o azul puro, o efeito será totalmente ao contrário – pois o ritmo cardíaco e a respiração diminuem.

Experiências comprovam a validade do uso ou não das cores em terapia quando se deseja evitar certos efeitos psíquicos ou fisiológicos. Também Walker (1995), sustenta que o corpo e a mente são afetados pelas cores. O autor elucida tal aspecto, citando o excelente resultado de uma clínica médica que viu o aumento da produção de seus funcionários através do uso da cor azul no ambiente hospitalar.

Quando um ambiente físico responde às necessidades dos usuários, tanto em termos funcionais – físicos e cognitivos, quanto formais – psicológicos, certamente terá impacto positivo na realização das atividades – assim como no processo de cura.

Outra abordagem é a de Arhein (1994, apud Guimarães, 2000) apud que dá grande importância à ação perceptiva da gravidade, ou seja, à relação corpo-mundo, traduzida em padrões de percepção para o sentido alto-baixo e, conseqüentemente, leve-pesado. Tal idéia, aliada ao estudo das cores pode servir de subsídio para que se atinja uma maior adequação do paciente com seu entorno de modo convergente, objetivando o processo de cura.

Conforme coloca Farina (1986) denominando de hospital policromo, espaços projetados com base na cor podem transmitir diversas sensações: salas repousantes, verdes e azuis para nervosos, outras vermelhas e amarelas para os deprimidos e anêmicos.

## Referências

- BAXTER, R. M. Projeto de Produto. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 1998.
- BÜRDEK, E. B. História, teoría y práctica del diseño industrial. Barcelona: Gustavo Gili, 1994.
- CAPRA, F. O Ponto de Mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Trad. Álvaro Cabral. 10 ed. São Paulo : Cultrix, 1995.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Caderno de Saúde Pública, vol.19, n°.4, p.923-931, 2003.
- CAVIQUIOLO, S. C; ROCHA, V. C et all. Design & Emoção: Desenvolvimento de Produtos com Foco na Experiência Emocional do Usuário. In: 7º Congresso Brasileiro de Pesquisa & Desenvolvimento em Design, Curitiba: UNICEMP, 2006.



- ENGEL, G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, n.196, p.129-136, 1977.
- FARINA, R. *Psicodinâmica das cores em comunicação*. São Paulo: E. Edgard Blucher, 1990.
- FELIPPE JUNIOR, J. de; *Medicina Complementar e Estratégias Integrativas em Saúde - Associação Brasileira de Medicina Complementar*, 2008. Disponível em <http://www.medicinacomplementar.com.br/conceitos.asp>. Acesso em 01/08/2008.
- FERREIRA, A.A.; REIS, A.C.F.; PEREIRA, M.I. *Gestão empresarial: de Taylor aos nossos dias, evolução e tendências da moderna administração de empresas*. São Paulo: Pioneira, 1997.
- FICAGNA, T. V. Design de Interfaces e a Cognição Humana. In: 7º Congresso Brasileiro de Pesquisa & Desenvolvimento em Design, Curitiba: UNICEMP, 2006.
- GADAMER, H.G. *Dove si Nasconde la Salute*. Milão: Raffaello Cortina Editore, 1994.
- GADAMER, H.G. *Verdade e Método*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- GUIMARÃES, L. *A cor como informação: a construção biofísica, lingüística e cultural da simbologia das cores*. São Paulo: Annablume, 2000.
- HANNS, D. K.; ARANTES, P. *Arte, Design e Estéticas Emergentes*. In: 7º Congresso Brasileiro de Pesquisa & Desenvolvimento em Design, Curitiba: UNICEMP, 2006.
- HOFFMEYER, J. *Some things or someones?* *Advances*, n.13, p. 22-24, 1997.
- JIMENEZ, M. *O que é estética. Qu' est-ce que l'esthétique?* 410p. Trad. Fulvia M. L. Moretto. Coleção Focus - vol. 3. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1999.
- KNOWLES, J. H. *Doing better and felling worse: Health in the United States*. New York: Norton, 1977.
- LEIGH, H.; REISER, M. F. *The patient: Biological, psychological and social dimensions of medical practice*. New York: Plenum, 1980.
- LIPOWSKI, Z. J. *Psychosomatic medicine in the seventies: An overview*. *American Journal of Psychiatry*, n. 134, p. 233-244, 1977.
- LÖBACH, Bernd. *Design Industrial*. São Paulo: Blücher, 2000.
- PEREIRA, M. F. *A construção do processo de planejamento estratégico a partir da percepção da coalizão dominante*. 294 f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.
- REIS, J. C. *Importância do método clínico ou de exploração crítica no estudo da personalidade*. *Intervenção Social*, n° 10 (4), 9-23, 1994.
- REIS, JOAQUIM. *Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial?*. *Análise Psicológica*, vol.17, n°3, p.415-433, Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Portugal, 1999.
- SANTOS, C. G. dos. *Memória e Linguagem*. Drauzio Varella, 2002. Disponível em [http://www.drauziovarella.com.br/entrevista/s/ claudio\\_memoria\\_1.asp](http://www.drauziovarella.com.br/entrevista/s/ claudio_memoria_1.asp). Acesso em 02/08/2008.
- SANTOS, C. T. *Configuração e domínio formal de produtos de consumo*. In: 7º Congresso Brasileiro de Pesquisa & Desenvolvimento em Design, Curitiba: UNICEMP, 2006.
- STERNBERG, R. J. *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2000.
- UEXKÜLL, T. *Biosemiotic research and not further molecular analysis is necessary to describe the pathways between cells, personalities, and social systems*. *Advances*, n° 11, p. 24-27, 1995.
- UEXKÜLL, T.; PAULI, H. *The mind-body problem in medicine*. *Advances*, n° 3 (4), p.159-174, 1986.
- WALKER, M. *O poder das cores – as cores melhorando sua vida*. Trad. Denise Cavalcante. São Paulo: Ed. Saraiva, 1995.

Gabriel Bergmann Borges Vieira

Mestre em Design pelo Programa de Pós-Graduação em Design Estratégico da Unisinos. Docente no curso de Bacharelado em Design da Faculdade da Serra Gaúcha.